

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang telah dilaksanakan sejak tahun 2014 merupakan salah satu perwujudan dari falsafah Negara Republik Indonesia yaitu Pancasila terutama sila ke-5 yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan tentang hak azasi manusia di bidang kesehatan tersebut dituangkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan Pasal 34 ayat (2) tentang penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sebagai peraturan tertinggi di Indonesia, ini menjadi dasar utama bagi terselenggaranya program Jaminan Kesehatan Nasional ini dengan baik. Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam TAP Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sebagai bentuk implementasinya pemerintah mensahkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Menkes RI, 2016a). Pemerintah Indonesia sekarang memberikan jaminan sosial wajib bagi semua penduduknya termasuk memberikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) membayarkan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Kapitasi dan Non Kapitasi. Dana Kapitasi merupakan besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan Dana Non Kapitasi merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Menkes RI, 2016b). Dalam mendukung pelaksanaan pengelolaan keuangan yang baik, efektif, efisien, transparan, dan akuntabel perlu adanya regulasi atau pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini, diantaranya Peraturan Menteri Keuangan Nomor 206/PMK.02/2013 Tentang Tata

Cara Penyediaan, Pencairan, Dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Penerima Bantuan Iuran, Undang -Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Mokodompit et al., 2017).

Dana kapitasi ditransfer secara langsung dari BPJS ke rekening puskesmas. Dana kapitasi tersebut dicatatkan dalam Laporan Keuangan Pemerintah Daerah (LKPD) setempat walaupun aliran Dana Kapitasi tersebut tidak melalui rekening Bendahara Umum Daerah (BUD). Sehingga laporan dana kapitasi ini menjadi salah satu objek pemeriksaan oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) sebagai bentuk pertanggungjawaban oleh pemerintah daerah (Mokodompit et al., 2017).

Pembiayaan sering kali menjadi tolak ukur pada sebuah sistem kesehatan yang diimplementasikan oleh sebuah negara. Model pembayaran kapitasi menunjukkan penurunan jumlah pasien sakit dan jumlah pasien baru di fasilitas pelayanan kesehatan. (Glazier et al., 2009). Kebijakan pembiayaan dengan sistem kapitasi di Amerika Serikat memperlihatkan mekanisme pembiayaan yang efektif (Kutzin, 2013). Di lain sisi, sistem pembayaran kapitasi ini akan menurunkan kualitas dan kuantitas layanan kesehatan yang nantinya akan mengancam kesehatan masyarakat disebabkan prinsip efisiensi atau masalah keuangan yang dialami penyedia (Cox, 2011). Dalam pengelolaan keuangan, efisiensi sangat penting karena pengendalian biaya adalah kekuatan penggerak dalam sistem kapitasi ini (Aboagye, 2013).

Namun tidak bisa dipungkiri bahwa dalam pemberian pelayanan kesehatan, tidak ada metode pembiayaan kesehatan yang sempurna. Setiap metode pembiayaan kesehatan memiliki kelebihan dan kekurangannya (Andoh-Adjei et al., 2016). Mekanisme pembayaran yang berbeda dapat memiliki efek yang sangat berbeda pada perilaku, seperti *fee for services* dapat mendorong pelayanan medis yang berlebih, sedangkan kapitasi dapat mendorong pelayanan medis yang kurang (Sidorenko and Butler, 2007). Penggunaan metode pembayaran kapitasi ini diharapkan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk meningkatkan kegiatan promotif dan preventifnya dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Dana kapitasi yang diterima oleh puskesmas dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan (Menkes RI, 2016a). Dana operasional pendukung kegiatan puskesmas sangatlah bergantung

kepada besarnya kapitasi yang diterima. Puskesmas yang memiliki dana kapitasi besar akan mempunyai keleluasaan lebih dalam pengelolaannya, sedangkan puskesmas yang memiliki kapitasi kecil, sangat terbatas dalam pengelolaannya (Hasan and Adisasmito, 2017). Perolehan dana kapitasi terbesar adalah puskesmas, dan yang terkecil adalah parktek dokter gigi (Budiarto and Kristiana, 2015). Besarnya perolehan dana kapitasi setiap bulannya ini, menjadi penyebab utama besarnya sisa dana yang tidak terpakai setiap bulannya. Hal ini akan menambah masalah, dengan pengelolaan yang tidak dilakukan secara optimal.

Manfaat yang paling dirasakan dengan adanya dana kapitasi ini adalah adanya peningkatan *performance* puskesmas, terutama pada puskesmas dengan kapitasi besar (Hasan and Adisasmito, 2017). Manfaat lain adalah adanya jasa pelayanan yang diberikan kepada tenaga yang terlibat dalam pelayanan baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan, sesuai dengan ketentuan SK kepala daerah. Pembagian jasa menggunakan variable-variabel yang telah disepakati di awal bersama dengan dinas kesehatan (Anggraeni et al., 2016). Dana kapitasi tidak hanya digunakan oleh peserta Non PBI, namun juga digunakan oleh pasien umum, karena sebagian besar dukungan biaya operasional digunakan untuk belanja modal dan peruntukan selain obat (Kurniawan et al., 2016)

Dana kapitasi yang telah digunakan untuk jasa pelayanan dan dukungan operasional setiap bulannya akan menyisakan dana yang belum digunakan atau disebut dana sisa. Jika diakumulasikan maka di akhir tahun dana ini akan menjadi semakin besar (Anggraeni et al., 2016). Potensi sisa anggaran menumpuk dan fleksibilitas penggunaan dana kapitasi merupakan masalah yang besar dalam keuangan. Bila puskesmas tidak pintar dan tidak bisa inovatif dalam penganggaran dan pemanfaatan dana maka mereka akan kesulitan dalam mengalokasikan sisa anggaran ini secara tepat, efektif dan efisien (Hasan and Adisasmito, 2017). Oleh karena itu, dana kapitasi ini sifatnya sangat rawan untuk disalah gunakan. Perlu adanya tindakan yang khusus terkait pengelolaan dana kapitasi ini (Solihin et al., 2015). Prinsip efisiensi dalam penggunaan dana kapitasi sangat penting, agar puskesmas mampu memenuhi kuantitas dan kualitas dalam memenuhi kebutuhannya dengan dana yang tersedia (Hasan and Adisasmito, 2017).

Hambatan yang terjadi terkait implementasi kebijakan pemanfaatan dan kapitasi adalah adanya *miss communication* antara pihak BPJS dengan Dinas Kesehatan, dan masyarakat tentang informasi mengenai kepesertaan dan informasi

terbaru terkait aturan-aturan atau perubahan-perubahan aturan yang terjadi. Dalam pengelolaan dana kapitasi ini sebagian besar bendahara tidak mempunyai kompetensi dalam pengelolaan keuangan dan tugas yang merangkap dengan tugas /program lainnya (Mokodompit et al., 2017). Hal lain yang menjadi hambatan yaitu ketersediaan obat di gudang yang terbatas, hal ini disebabkan oleh pengadaan obat harus melalui proses yang panjang, seperti ; obat yang dibutuhkan tidak tersedia di furnas, atau bahan baku obat yang terbatas, respon penyedia yang lambat, dan lama waktu pengiriman (Anggraeni et al., 2016). Masalah lain terkait pengelolaan dana kapitasi ini adalah masalah transfer dana yang hanya numpang lewat saja di rekening puskesmas, lalu pencairannya yang harus melalui mekanisme daerah, dan perencanaan yang tidak diakomodir dengan baik (Harahap, 2018).

Pendapatan dari Dana Kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, sisa Dana Kapitasi dimanfaatkan untuk tahun anggaran berikutnya.(Menkes RI, 2016a) Untuk ketentuan pemanfaatan sisa dana kapitasi, harus melalui penganggaran kembali pada tahun berjalan yaitu harus dimasukkan dalam rencana pendapatan dan belanja Dana Kapitasi JKN yang dianggarkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat memiliki 20 puskesmas di wilayah kerjanya, 12 puskesmas sudah memiliki fasilitas rawat inap sedangkan delapan (8) puskesmas belum memiliki fasilitas rawat inap (Dinkes Pasbar, 2018b). Survei awal yang dilakukan diketahui bahwa jumlah total realisasi dana kapitasi puskesmas tahun 2018 sebesar Rp. 15.649.844.973,- terdiri dari jasa pelayanan sebesar Rp. 8.837.261.188,- dan untuk belanja operasional terealisasi sebesar Rp.6.858.466.385,-. Total sisa saldo di rekening puskesmas tahun 2018 sebesar Rp.7.405.084.287,-. Dana sebesar itu sebenarnya sudah berkurang dari dana sisa tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 8.265.045.171,60 (Dinkes Pasbar, 2018a). ini menunjukkan adanya perbaikan dalam pengelolaan dana kapitasi. Namun dengan jumlah dana sisa yang besar tersebut tersebut tentunya akan menimbulkan berbagai dampak terutama munculnya dana yang tidak termanfaatkan, dimana tujuan dari dana kapitasi ini adalah pemanfaatan seoptimal mungkin untuk menunjang pelayanan kesehatan di puskesmas.

Salah satu penyebab menumpuknya sisa dana kapitasi di rekening puskesmas adalah mekanisme keuangan daerah. Selama ini sebagian besar puskesmas harus menunggu adanya anggaran perubahan untuk memanfaatkan sisa lebih dana kapitasi

didukung dengan pemanfaatan dana dalam anggaran perubahan memiliki waktu yang sangat sempit di akhir tahun. Hal ini menyebabkan sisa lebih dana kapitasi masih belum dapat terserap secara optimal dan menjadi sisa kembali di tahun selanjutnya (Kurniawan et al., 2017).

Konsep BLUD menurut PP No. 23 Tahun 2005 menjelaskan perbedaan BLUD dengan satker lainnya, salah satunya adalah mengenai; wewenang pengelolaan keuangan, fleksibilitas, anggaran, belanja, dan pendapatan (Republik Indonesia, 2005). Puskesmas sebagai BLUD akan mengelola sendiri keuangannya, tanpa memiliki ketergantungan operasional kepada Pemerintah Daerah sehingga dapat mempersingkat proses pemanfaatan dana kapitasi dan sisa dana kapitasi. Sebagai instansi pemerintah, BLUD tidak terlepas dari prinsip-prinsip dan aturan-aturan pemerintah dalam hal pengelolaan keuangan negara (prinsip universalitas dalam pengelolaan APBN/APBD), terutama dalam hal pengelolaan pendapatan dan pengeluaran negara. Mekanisme pencairan dana, termasuk laporan keuangan atas penggunaan sisa dana tersebut diperlakukan berbeda dengan instansi pemerintah lainnya. Puskesmas sebagai garda terdepan layanan kesehatan tingkat dasar, maka sistem pelayanan kesehatan dasar puskesmas menjadi keharusan untuk ditingkatkan, salah satunya melalui program menjadikan Puskesmas sebagai BLUD (Suwarsi, 2018).

Melalui konsep pola keuangan BLUD ini, puskesmas diharapkan dapat meningkatkan profesionalisme, mendorong *enterprenship*, transparansi, dan akuntabilitas dalam rangka pelayanan publik sesuai dengan tiga pilar yang diharapkan dari pelaksanaan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) BLUD ini, yaitu mempromosikan peningkatan kinerja pelayanan publik, fleksibilitas pengelolaan keuangan dan tata kelola yang baik (Triprasetya et al., 2014, Pasaman Barat, 2019, Suwarsi, 2018).

Sejak ditetapkan Peraturan Bupati Nomor 59 tahun 2019 tentang Penetapan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah UPT Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat, mulai tanggal 31 bulan Januari tahun 2019 seluruh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD, dimana puskesmas akan mengelola keuangannya sendiri, tanpa memiliki ketergantungan operasional dengan pemerintah daerah. Untuk mendukung berjalannya puskesmas dengan status BLUD penuh tersebut, bersamaan dengan itu juga Pemerintah Kabupaten Pasaman Barat telah menetapkan juga Peraturan Bupati

Pasaman Barat Nomor 27 Tahun 2019 Tentang Pemanfaatan Dana Pendapatan Badan Layanan Umum Daerah UPT Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat.

Berdasarkan laporan realisasi dana kapitasi puskesmas sampai bulan juni 2018, yaitu puskesmas yang paling tinggi serapan dana kapitasi adalah Puskesmas Ophir sebesar 95,21%, sedangkan yang terendah adalah Puskesmas Desa Baru sebesar 45,21%. Perhitungan ini didapatkan dengan membagi total realisasi jasa dan operasional dibagi dengan total pendapatan puskesmas dari dana kapitasi. Dari kedua puskesmas tersebut dapat dibandingkan bentuk pengelolaan keuangan puskesmas antara sebelum dan setelah diterapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di puskesmas. Waktu yang diambil yaitu semester pertama sebelum penerapan dan semester pertama setelah penerapan PPK-BLUD.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem karena untuk melihat pengaruh dari komponen sistem yang ada di dalamnya, komponen *input* dan proses bisa berpengaruh terhadap pencapaian atau hasil pada *output*. Untuk mengetahui proses pelaksanaan suatu kegiatan dapat dilihat dari ketersediaan *input*, pelaksanaan proses, dan *Output*. Ketersediaan *input* meliputi kebijakan, tenaga, dana, metode, dan sarana, pelaksanaan proses meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi, serta *Output* berupa hasil yang dicapai dalam pengelolaan dana kapitasi yang efektif dan efisien (Azwar, 2010). Untuk itu peneliti ingin melihat bagaimana komponen *input* dan proses pengelolaan dana kapitasi di puskesmas setelah penerapan PPK BLUD sehingga mempengaruhi pada hasil *output* ada puskesmas penyerapan dana tinggi dan puskesmas penyerapan dana rendah.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis implementasi pengelolaan dana kapitasi program Jaminan Kesehatan Nasional oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat. Dimana nantinya akan dijelaskan kondisi sebelum penerapan dan sesudah penerapan PPK-BLUD, sejauh mana pola pengelolaan keuangan ini dilaksanakan oleh puskesmas.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang analisis implementasi sistem pengelolaan dana kapitasi Jaminan Kesehatan

Nasional oleh Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019. Maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah :

1. Bagaimana komponen-komponen *input* yang berhubungan dengan tenaga, anggaran/dana, sarana dan prasarana, serta kebijakan/peraturan dalam mendukung efektifitas pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019?
2. Bagaimana komponen-komponen proses, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan dalam mendukung efektifitas pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019 ?
3. Bagaimana *ouput* berupa ekuitas, efisiensi, kualitas, dan *sustainability* dalam pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana implementasi pengelolaan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tentang komponen-komponen *input* yang berhubungan dengan tenaga , anggaran/dana, sarana dan prasarana, serta kebijakan/peraturan dalam mendukung efektifitas pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019.
- b. Untuk mengetahui tentang komponen-komponen proses, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan dalam mendukung efektifitas pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019.

- c. Untuk mengetahui tentang *ouput* berupa ekuitas, efisiensi, kualitas, dan sustainabilitas dalam pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019.

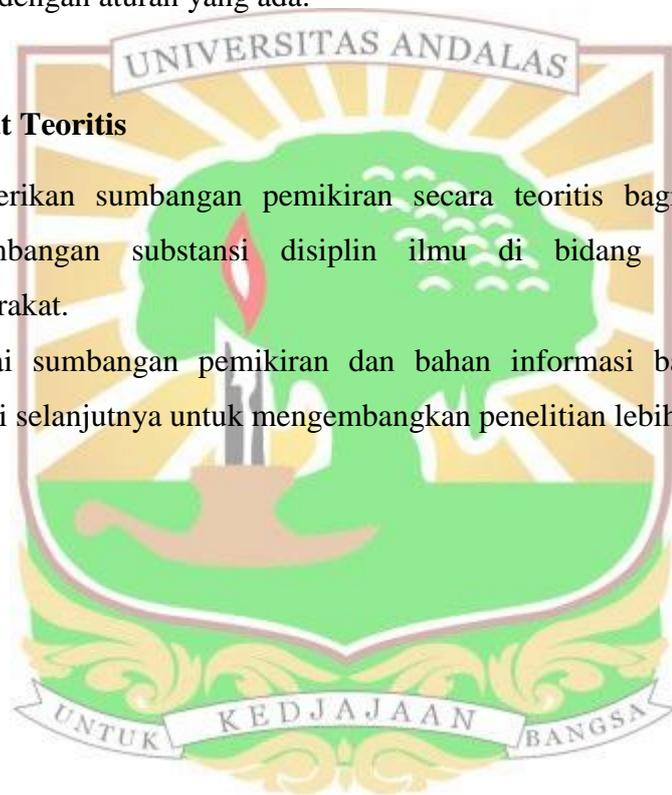
D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

- a. Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan informasi dalam pengelolaan dana kapitasi puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat.
- b. Sebagai evaluasi dalam pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi puskesmas sesuai dengan aturan yang ada.

2. Manfaat Teoritis

- a. Memberikan sumbangan pemikiran secara teoritis bagi penerapan dan perkembangan substansi disiplin ilmu di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- b. Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan informasi bagi peminat dan peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian lebih mendalam.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Jaminan Kesehatan Nasional

a. Sistem Kesehatan Nasional

Sistem adalah suatu tatanan berbagai unsur yang mempunyai fungsi berbeda secara sinergis bertujuan untuk menghasilkan suatu perubahan mencapai suatu keseimbangan atau tujuan tertentu (Thabrany, 2016). Menurut Shrode dan Voich (1974) dalam Adisasmito (2016), sistem adalah kumpulan unsur-unsur atau bagian-bagian yang saling berinteraksi dan saling ketergantungan dan bekerjasama untuk mencapai tujuan dalam lingkungan yang kompleks (Adisasmito, 2016)

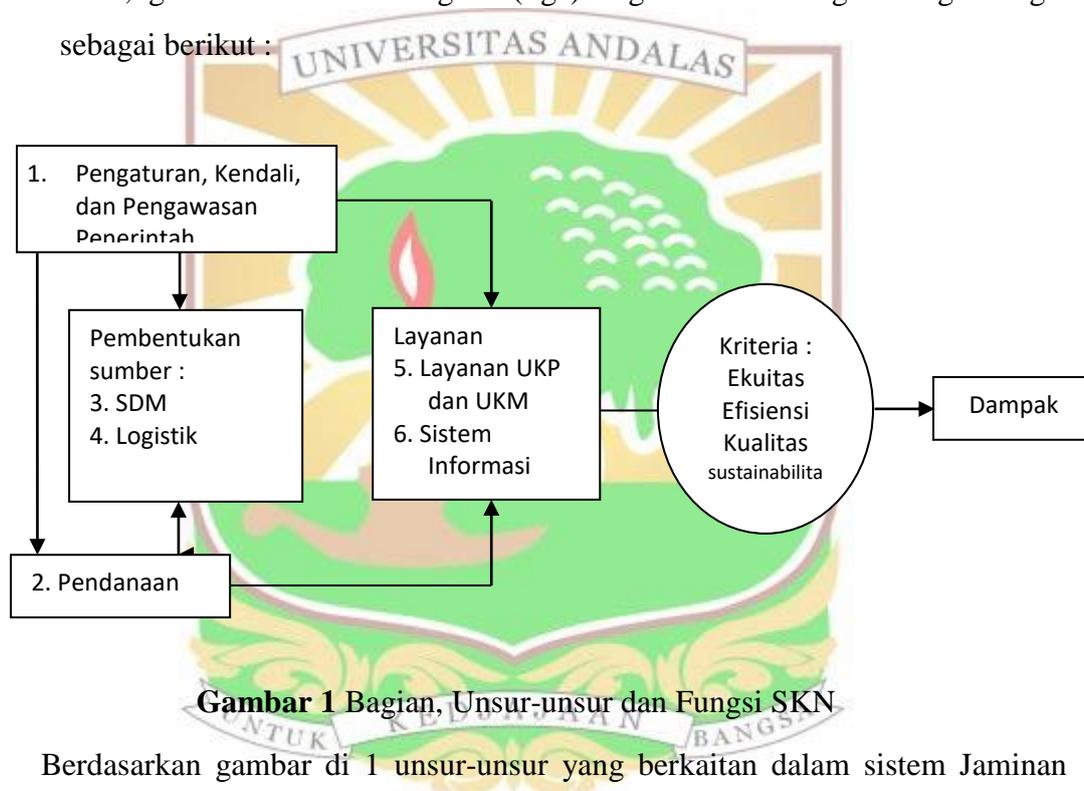
WHO mendefinisikan sistem kesehatan (*health system*) merupakan semua aktifitas yang memiliki tujuan utama adalah meningkatkan, memperbaiki atau merawat kesehatan. Para ahli mengganti istilah *heath system* ini menjadi *health care system* karena lingkupnya yang sangat tergantung dengan kebijakan di suatu negara (Adisasmito, 2016).

Indonesia telah memiliki sistem kesehatan sejak 1982 melalui Sistem Kesehatan Nasional yang disingkat dengan SKN. Pada SKN tahun 2009, Sistem Kesehatan Nasional didefinisikan sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945 (Adisasmito, 2016). Sistem Kesehatan Nasional disusun untuk mencapai keseimbangan fungsi sebuah sistem kesehatan agar seluruh anggota masyarakat menikmati hidup sehat dan produktif (Thabrany, 2016).

b. Unsur-unsur dan Peran Masing-masing dalam Sistem Kesehatan Nasional

Berdasarkan konsep IPOO (*input, process, output, outcome*), susunan unsur-unsur SKN adalah unsur-unsur masukan (*input*) seperti pengaturan, dana, sumber daya kesehatan, BPJS, dan fasilitas kesehatan. Semua masukan diproses (*process*) dengan berbagai kendali, informasi, dan pengawasan (*steering and rowing*) dengan komando pemerintah (*leadership*).

Unsur-unsur masukan tersebut diproses untuk menghasilkan suatu keluaran (*output*). Berupa layanan kesehatan masyarakat. Dengan kuantitas dan kualitas keluaran yang bagus (*kriteria ekuitas, efisiensi, kualitas, dan sustainability*) akan menghasilkan dampak (*impact/outcome*) yang bagus berupa penduduk sehat dan produktif. Karena semua yang ada di alam ini bersifat dinamis, maka unsur-unsur dalam SKN harus selalu berubah mengikuti tuntutan dan perubahan standar kehidupan. Perubahan yang terus-menerus diikuti keseimbangan masukan hingga menghasilkan keluaran akan menjamin kesinambungan (*sustainability*). Diadaptasi dari laporan WHO 2000, gambaran SKN terbagi 3 (tiga) bagian besar dengan fungsi-fungsi sebagai berikut :



Gambar 1 Bagian, Unsur-unsur dan Fungsi SKN

Berdasarkan gambar di 1 unsur-unsur yang berkaitan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional adalah :

1) Input

- a) Pengaturan, Kendali, dan Pengawasan Pemerintah. Pemerintahan (Pemerintah bersama DPR) merumuskan apa yang hendak dicapai bersama dan langkah-langkah mencapainya (berupa undang-undang dan peraturan pelaksanaannya).
- b) Pendanaan. Harus ada pengaturan yang jelas tentang aturan sumber dana, dan pembelanjannya.
- c) Sumber daya manusia (SDM). Harus ada pengaturan tentang hak dan kewajiban tenaga kesehatan. Bagaimana seharusnya tenaga kesehatan

memberikan pelayanan kepada masyarakat dan mendapatkan hak nya secara layak.

- d) Logistik. Dana yang memadai juga harus ditujukan untuk membeli logistik kesehatan berupa sediaan farmasi atau obat, alat-alat medis, dan alat-alat kantor.

2) Proses

- a) Layanan Kesehatan. Layanan kesehatan di Indonesia terbagi 2 yaitu Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM).
- b) Sistem Informasi. Sebuah SKN akan berfungsi baik dan seimbang apabila ditunjang dengan sistem informasi yang baik.

3) Output

Terdapat (empat) kriteria utama terakait dengan evaluasi kinerja sistem yaitu :

- a) Ekuitas . Ekuitas adalah pelayanan yang diperoleh peserta.
- b) Efisiensi. Ukuran jumlah atau besar masukan (*input*) dibandingkan dengan jumlah keluaran/dampak (*output/outcome*).
- c) Efektifitas. Efektifitas merupakan ukuran tercapai tidaknya suatu sistem. Berkaitan dengan tujuan JKN maka dikatakan efektif apabila JKN mampu melindungi/memproteksi pesertannya yang sakit tidak jatuh miskin karena biaya berobat yang besar.
- d) Sustainability. Sustainability atau kesinambungan program terjadi jika masukan dan keluaran seimbang secara terus menerus. Masukan yang paling utama adalah dana.

4) Dampak

Dampak adalah tujuan jangka panjang yang terus berubah sesuai standar hidup yang dipengaruhi tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, lingkungan, dan teknologi yang tersedia. Dampak dari JKN yang diharapkan adalah turunnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan angka kematian penduduk pada usia produktif. Dampak jangka panjang yaitu produktivitas dan daya saing penduduk Indonesia yang tidak kalah dengan penduduk negara lain.

c. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan yang diberikan oleh pemerintah kepada setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah, dalam bentuk perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Menkes RI, 2016a).

1) Tujuan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Menkes RI, 2014a).

Tujuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, dalam rangka:

- a) Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- b) Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan kepada peserta secara menyeluruh, terstandar, dengan sistem pengelolaan yang terkendali mutu dan biaya.
- c) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

2) Sasaran

Sasaran Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. (Menkes RI, 2014a)

2. Sistem Kapitasi

a. Pengertian sistem kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi adalah sistem pembayaran yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya pelayanan Rawat jalan Tingkat Pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di faskes tersebut dikalikan dengan besaran kapitasi per jiwa. Sistem pembayaran ini adalah pembayaran di muka atau prospektif dengan konsekuensi pelayanan kesehatan dilakukan secara pra upaya atau sebelum peserta BPJS jatuh sakit. Sistem ini mendorong Faskes Tingkat Pertama untuk bertindak secara efektif dan efisien serta mengutamakan kegiatan promotif dan preventif.

b. Dana Kapitasi

Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. (Republik Indonesia, 2014). Penetapan besaran Tarif Kapitasi di puskesmas ditentukan melalui proses seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Penggunaan kriteria dalam pertimbangan penetapan besaran Tarif Kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensial dilakukan secara bertahap. Pertimbangan penilaian pemenuhan kriteria sumber daya manusia ditetapkan sebagai berikut: (Menkes RI, 2016b)

- 1) Kapitasi sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) per peserta per bulan apabila tidak memiliki dokter dan tidak memiliki dokter gigi.
- 2) Kapitasi sebesar Rp3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki dokter gigi dan tidak memiliki dokter.
- 3) Kapitasi sebesar Rp4.500,00 (empat ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi.

- 4) Kapitasi sebesar Rp5.000,00 (lima ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki 1 (satu) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
- 5) Kapitasi sebesar Rp5.500,00 (lima ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi.
- 6) Kapitasi sebesar Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan apabila memiliki paling sedikit 2 (dua) orang dokter, dan memiliki dokter gigi.

Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk:

- 1) Pembayaran jasa pelayanan kesehatan
- 2) Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari penerimaan Dana Kapitasi. Alokasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar selisih dari besar Dana Kapitasi dikurangi dengan besar alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan. (Menkes RI, 2016a)

Usulan mengenai dukungan biaya operasional diperhitungkan dengan mempertimbangkan: (Menkes RI, 2016a)

- 1) Tunjangan yang telah diterima dari Pemerintah Daerah;
- 2) Kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja di bidang pelayanan kesehatan; dan
- 3) Kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.

c. Masalah dalam Pembayaran Kapitasi

Pembayaran kapitasi merupakan suatu cara pengendalian biaya kesehatan dengan menempatkan fasilitas kesehatan pada posisi menanggung resiko, seluruhnya atau sebagian, dengan menerima pembayaran borongan (Thabrany, 2016).

1) Reaksi Positif

- a) Memberikan layanan yang berkualitas tinggi, dengan menegakkan diagnosis tetap dan terapi yang tepat. Peserta yang sakit akan cepat sembuh dan senang memilih dokter sebagai dokter primernya.
- b) Memberikan nasehat dan layanan promotif-preventif mencegah insiden sakit akut maupun kronik. Jika peserta menderita penyakit yang obatnya ditanggung atau dibayar terpisah di luar kapitasi, maka dokter akan berupaya agar komplikasi penyakit kronik tidak terjadi.
- c) Jika kapitasi dibayarkan penuh atau total termasuk rawat inap, maka terjadi efek-efek terbaik dimana layanan yang pas, sesuai dosis, akan terjadi.

2) Reaksi Negatif

- a) Pada pembayaran kapitasi yang terpisah-pisah antara rawat jalan dan rujukan tanpa diimbangi dengan insentif yang memadai akan terjadi angka rujukan yang tinggi. Selain itu, dokter bisa mengorbankan kualitas layanan dengan memendekkan waktu konsultasi dan atau memberikan obat termurah yang kurang efektif.
- b) Mendorong pasien untuk tidak sering konsultasi dengan berbagai cara. Meskipun pada jangka panjang hal ini akan merugikan dokter itu sendiri. Hal ini dapat terjadi pada pembayaran kapitasi yang kurang layak besarnya.

3. Puskesmas

a. Defenisi

Puskesmas adalah suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah kerja tertentu yang telah ditentukan secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan namun tidak mencakup aspek pembiayaan. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Menkes RI, 2014b).

b. Visi dan Misi Puskesmas

1) Visi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat.

2) Misi Puskesmas

- a) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya
- b) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya
- c) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
- d) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

c. Peran Puskesmas

Peran Puskesmas adalah sebagai ujung tombak dalam mewujudkan kesehatan nasional secara komprehensif, tidak sebatas aspek kuratif dan rehabilitatif saja seperti di Rumah Sakit (Menkes RI, 2014b).

d. Fungsi Puskesmas

- 1) Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilaksanakan dengan cara: (Menkes RI, 2014b)

- 1) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- 2) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.

- 3) Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- 5) Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program (Menkes RI, 2014b).

e. Pengelolaan keuangan di puskesmas

1) Puskesmas Non BLUD

Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi mulai bulan Januari sampai dengan bulan April tahun 2014 dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Untuk memanfaatkan kembali Dana Kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP Milik Pemerintah Daerah, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus :

- a) mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut;
- b) membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan

Pemerintah daerah yang belum menetapkan bendahara dan rekening dana kapitasi JKN dan BPJS membayar dana kapitasi ke rekening lama, maka dana kapitasi tersebut harus disetor ke kas daerah. Setelah ditetapkan bendahara dan rekening dana kapitasi JKN, dinas kesehatan mengusulkan kepada dinas PPKAD untuk melakukan reklas/pemindahbukuan dana kapitasi dari BUD ke masing-masing rekening dana kapitasi JKN FKTP sesuai dengan dana kapitasi yang diterima oleh FKTP. Untuk pembagian jasa pelayanan, pemerintah daerah dapat menambah variabel antara lain kinerja, status kepegawaian, dan masa kerja sesuai dengan kondisi daerah yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan. Dan untuk menghitung jumlah/nilai setiap tenaga dilakukan secara proporsional dengan melakukan elaborasi variabel jenis ketenagan dan/atau jabatan dengan variabel kehadiran.

2) Puskesmas BLUD

Untuk FKTP BLUD mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana baik kapitasi maupun non kapitasi sepenuhnya dilakukan berdasarkan ketentuan BLUD.

4. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

a. Definisi

Badan Layanan Umum Daerah atau disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah di Indonesia yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang/jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

BLUD merupakan bagian dari perangkat pemerintah daerah, dengan status hukum tidak terpisah dari pemerintah daerah. Berbeda dengan SKPD pada umumnya, pola pengelolaan keuangan BLUD memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, seperti pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. Sebuah satuan kerja atau unit kerja dapat ditingkatkan statusnya sebagai BLUD.

Suatu satuan kerja instansi pemerintah dapat diizinkan mengelola keuangan dengan PPK-BLUD apabila memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan administratif. Persyaratan substantif terpenuhi apabila instansi pemerintah yang bersangkutan menyelenggarakan layanan umum yang berhubungan dengan:

- 1) Penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum
- 2) Pengelolaan wilayah/kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum
- 3) Pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat.

Persyaratan teknis untuk BLUD terpenuhi apabila:

- 1) Kinerja pelayanan di bidang tugas pokok dan fungsinya layak dikelola dan ditingkatkan pencapaiannya melalui BLU sebagaimana

direkomendasikan oleh menteri/pimpinan lembaga/kepala SKPD sesuai dengan kewenangannya dan

- 2) Kinerja keuangan satuan kerja instansi yang bersangkutan adalah sehat sebagaimana ditunjukkan dalam dokumen usulan penetapan BLU.

Persyaratan administratif terpenuhi apabila instansi pemerintah yang bersangkutan dapat menyajikan seluruh dokumen berikut:

- 1) Pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat
- 2) Pola tata kelola
- 3) Rencana strategis bisnis
- 4) Laporan keuangan pokok
- 5) Standar pelayanan minimum
- 6) Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

5. Puskesmas Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

a. Standar pelayanan dan tarif layanan

Puskesmas yang telah menjadi BLU/BLUD menggunakan standar pelayanan minimum yang ditetapkan oleh menteri/pimpinan lembaga/gubernur/bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya, harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan. Dalam hal puskesmas maka standar pelayanan minimal ditetapkan oleh kepala daerah dengan peraturan kepala daerah.

Standar pelayanan minimal tersebut harus memenuhi persyaratan, yaitu:

- 1) Fokus pada jenis pelayanan, dalam arti mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLU/BLUD.
- 2) Terukur, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 3) Dapat dicapai, merupakan kegiatan nyata yang dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

- 4) Relevan dan dapat diandalkan, merupakan kegiatan yang sealian, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLU/BLUD
- 5) Tepat waktu, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

b. Pengelolaan Keuangan

Dengan terbitnya Permendagri Nomor 79 Tahun 2016 tentang BLUD, Unit Pelaksana Teknis (UPT) puskesmas mengalami perubahan menjadi BLUD. Perubahan ini berimbas pada pertanggungjawaban keuangan tidak lagi kepada Departemen Kesehatan tetapi kepada Departemen Keuangan sehingga harus mengikuti standar akuntansi keuangan yang pengelolaannya mengacu pada prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan efisiensi.

Anggaran yang akan disusun pun harus berbasis kinerja. Penyusunan anggaran puskesmas harus berbasis kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanannya dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, dan APBN/APBD.

c. Pelaporan dan Pertanggungjawaban

BLUD sebagai Instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan merupakan organisasi pemerintahan yang bersifat nirlaba. Laporan keuangan puskesmas merupakan laporan yang disusun oleh pihak manajemen sebagai bentuk penyampaian laporan keuangan suatu entitas.

Laporan keuangan tersebut merupakan penyampaian informasi kepada pihak-pihak yang berkepentingan terhadap entitas tersebut, sehingga isi pelaporan keuangan puskesmas harus mengikuti ketentuan untuk pelaporan keuangan sebagaimana diatur menurut SAK, yaitu sebagai organisasi nirlaba (PSAK Nomor 45) dan menyanggupi untuk laporan keuangannya tersebut diaudit oleh auditor independen. Laporan keuangan rumah sakit yang harus diaudit oleh auditor independen.

Adapun Laporan Keuangan puskesmas daerah sebagai BLUD yang disusun harus menyediakan informasi untuk:

- 1) Mengukur jasa atau manfaat bagi entitas yang bersangkutan.

- 2) Pertanggungjawaban manajemen Puskesmas (disajikan dalam bentuk laporan aktivitas dan laporan arus kas.
- 3) Mengetahui kontinuitas pemberian jasa (disajikan dalam bentuk laporan posisi keuangan)
- 4) Mengetahui perubahan aktiva bersih (disajikan dalam bentuk laporan aktivitas)

Laporan keuangan puskesmas daerah sebagai BLUD mencakup sebagai berikut:

- 1) Laporan posisi keuangan (aktiva, utang dan aktiva bersih, tidak disebut neraca). Klasifikasi aktiva dan kewajiban sesuai dengan perusahaan pada umumnya. Sedangkan aktiva bersih diklasifikasikan aktiva bersih tidak terikat, terikat kontemporer dan terikat permanen. Yang dimaksud pembatasan permanen adalah pembatasan penggunaan sumber daya yang ditetapkan oleh penyumbang. Sedangkan pembatasan temporer adalah pembatasan penggunaan sumber daya oleh penyumbang yang menetapkan agar sumber daya tersebut dipertahankan sampai pada periode tertentu atau sampel dengan terpenuhinya keadaan tertentu.
- 2) Laporan aktivitas operasional yang terdiri dari pendapatan dan biaya.
- 3) Laporan arus kas yang mencakup arus kas dan aktivitas operasi, aktivitas investasi dan aktivitas pembiayaan.
- 4) Catatan atas laporan keuangan, antara lain sifat dan jumlah pembatasan permanen atau temporer. dan perubahan klasifikasi aktiva bersih.

6. Pengelolaan dana kapitasi sebagai suatu sistem

a. Definisi

Dalam tulisan ini, peneliti melaksanakan analisis berdasarkan Model Evaluasi Sistem Analisis, yang dikemukakan oleh Wirawan (2011). Teori umum Sistem ini pertama kali dikemukakan oleh Karl Luwig von Bertalanffy (1951), yang meformulasikan teori sistem nya dari perspektif biologi.

Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan. Menurut John McManama, sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-

fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organisasi untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (Azwar, 2010, Adisasmito, 2016).

Pendekatan sistem merupakan prosedur yang logis dan rasional dimana segala sesuatu yang dihasilkan merupakan akibat dari komponen-komponen lain yang mempengaruhinya. Komponen tersebut terdiri dari komponen *input* yang selanjutnya diolah oleh komponen *process* untuk menjadi suatu *output*. Pengelolaan adalah proses pemanfaatan sumber daya manusia ataupun sumber daya lainnya yang dapat diwujudkan dalam kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Azwar, 2010).

b. Komponen dalam sistem pengelolaan

Dalam manajemen, sistem diformulasikan dalam bentuk model linear yang terdiri dari : Masukan (*input*), Proses (*process*), Keluaran (*ouput*), Akibat (*outcome*) dan Pengaruh (*impact*). (Wirawan, 2011)

1) Masukan (*Input*)

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut (Adisasmito, 2016). Unsur masukan dalam sistem pengelolaan dana kapitasi JKN adalah subsistem regulasi/kebijakan pemerintah, subsistem pendanaan, subsistem sumber daya manusia, dan subsistem obat dan perbekalan kesehatan (Thabrany, 2016).

2) Proses (*Process*)

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan (Adisasmito, 2016)

George Terry mendefinisikan manajemen dalam bukunya *Principles of Management* yaitu "Suatu proses yang membedakan atas perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan dengan memanfaatkan baik ilmu maupun seni demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya" (Sianturi, 2015). Dari definisi Terry itulah kita bisa melihat fungsi manajemen menurutnya. Berikut ini adalah fungsi manajemen menurut Terry:

- a. Perencanaan (*planning*) yaitu suatu kegiatan yang dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi sampai pada penyusunan dan penetapan rangkaian kegiatan untuk mencapainya (Sianturi, 2015).

Manfaat yang diperoleh dari perencanaan adalah :

- 1) Tujuan yang ingin dicapai dan cara mencapainya
- 2) Jenis dan struktur yang dibutuhkan
- 3) Jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan berikut uraian tugasnya
- 4) Efektifitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan
- 5) Bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan.

Langkah dalam melakukan perencanaan ini dimulai dengan analisis situasi, mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah, menentukan tujuan, mengkaji hambatan dan kelemahan program, serta menyusun rencana kerja operasional (Sianturi, 2015).

- b. Pengorganisasian (*organization*) merupakan rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya yang dimiliki organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi.

Manfaat pengorganisasian adalah

- 1) Adanya pembagian tugas dan kelompok
- 2) Adanya Pendelegasian wewenang
- 3) Adanya pemanfaatan sumber daya dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi.

- c. Penggerakan (*actuating*) yaitu suatu kegiatan memberikan bimbingan kepada staf/tenaga agar mereka mampu melakukan pekerjaan secara optimal sesuai dengan keterampilan yang dimilikinya.

Tujuan dari kegiatan pergerakan ini adalah (Sianturi, 2015):

- 1) Menciptakan kerjasama yang lebih efisien
- 2) Mengembangkan kemampuan dan keterampilan dari staf
- 3) Menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan
- 4) Menciptakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf
- 5) Membuat organisasi berkembang lebih dinamis.

Fungsi pergerakan ini lebih menekankan bagaimana mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang

telah disepakati. Adapun fungsi pergerakan dalam pelaksanaannya adalah sebagai berikut (Sianturi, 2015):

- 1) *Actuating* (memberikan bimbingan)
 - 2) *Motivating* (membangkitkan motivasi)
 - 3) *Directing* (memberikan arahan)
 - 4) *Influencing* (memengaruhi)
 - 5) *Commanding* (memberikan komando atau perintah)
- d. Pengawasan (*controlling*) yaitu suatu kegiatan mengamati secara terus menerus pelaksanaan rencana kerja yang telah disusun dan mengadakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi.

Manfaat dari pengawasan ini adalah:

- 1) Mengetahui perkembangan kegiatan yang telah dilaksanakan
- 2) Mengetahui adanya penyimpangan pada pemahaman staf ketika melaksanakan tugas-tugasnya.
- 3) Memastikan waktu dan sumber daya lainnya mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan secara efisien.
- 4) Mengidentifikasi penyebab penyimpangan yang terjadi
- 5) Mengidentifikasi staf yang membutuhkan pelatihan lanjutan, promosi, atau penghargaan.

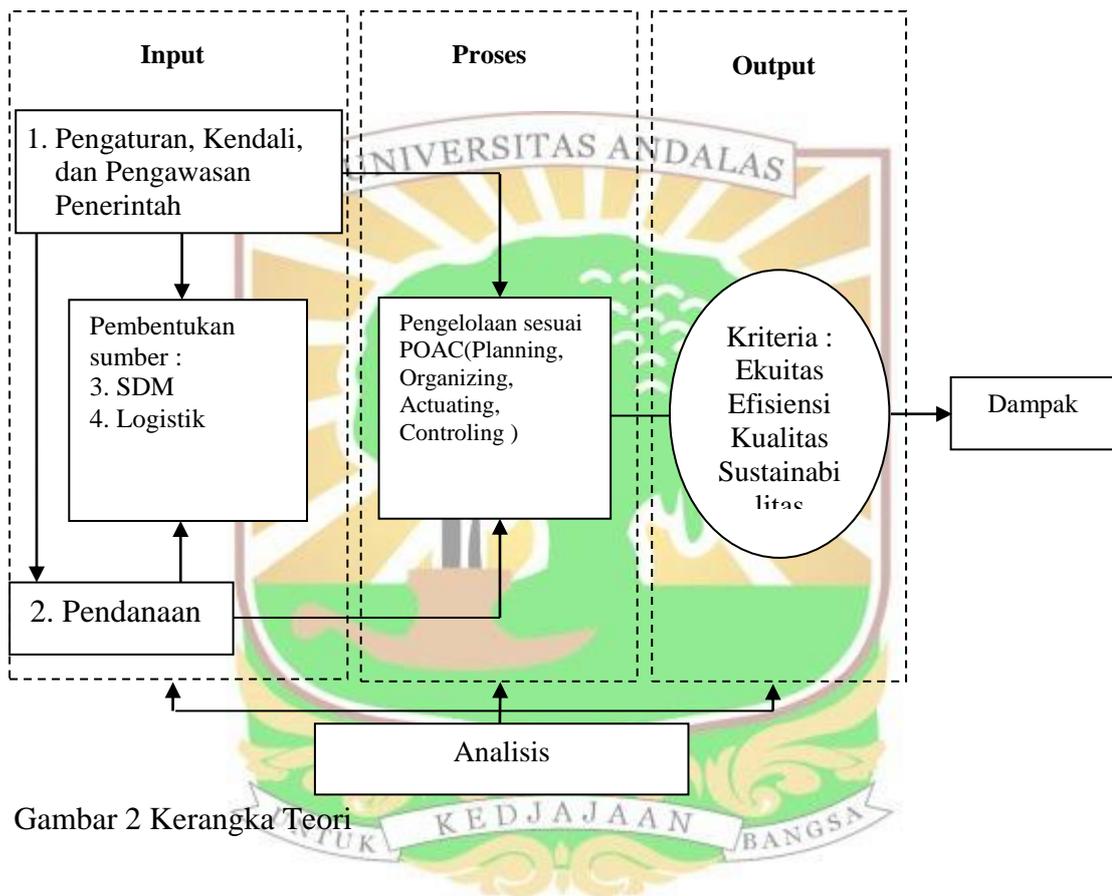
Ada tiga langkah dalam proses pengawasan yaitu, mengukur hasil/prestasi yang telah dicapai oleh staf/organisasi, membandingkan hasil yang telah dicapai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, dan memperbaiki penyimpangan yang terjadi sesuai dengan faktor penyebab. Pengawasan dapat dilakukan melalui pengawasan langsung, laporan lisan ataupun laporan tertulis (Sianturi, 2015).

3) Keluaran (*Output*)

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dari sistem (Adisasmito, 2016). Pada kegiatan pengelolaan dana kapitasi JKN maka keluaran yang dihasilkan berdasarkan proses kegiatan yang telah dilakukan adalah terselenggaranya pengelolaan dana kapitasi JKN berdasarkan 4 kriteria kinerja JKN yaitu ekuitas, efisiensi, kualitas dan sustainabilitas.

B. Kerangka Teori

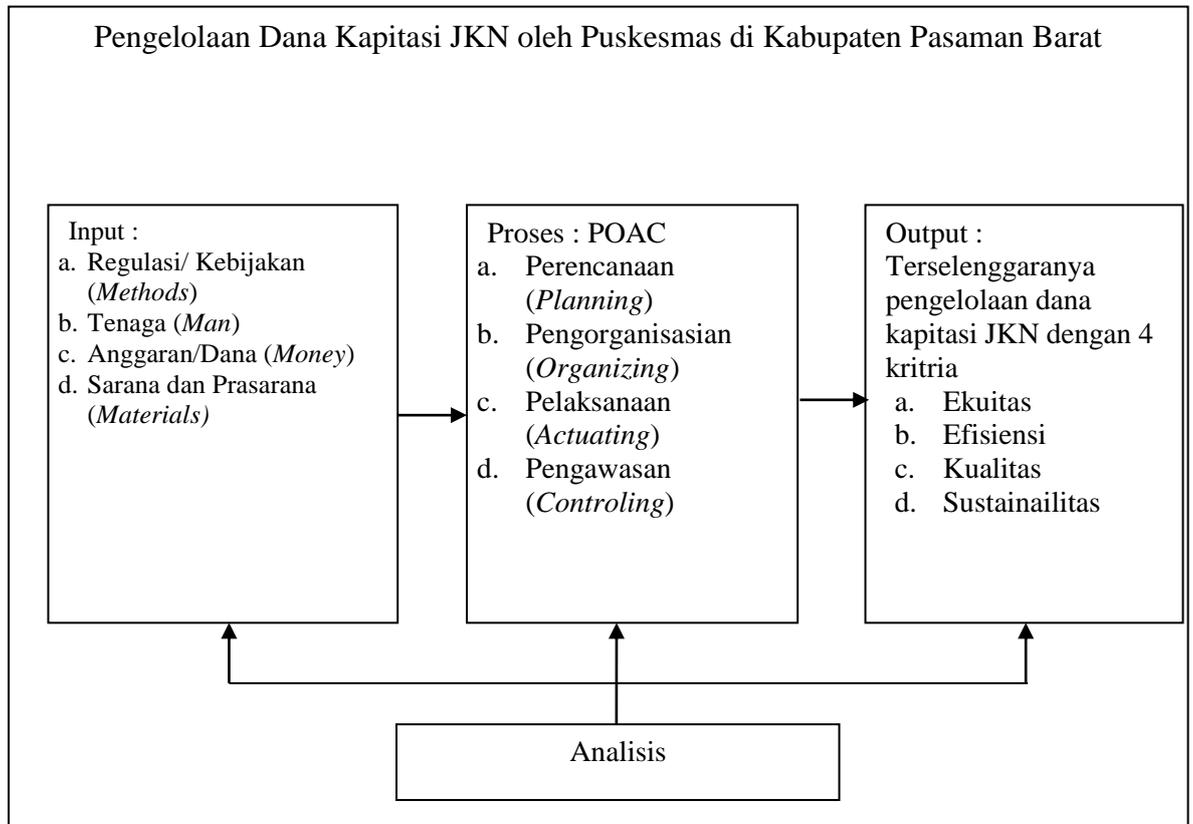
Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan sebelumnya. Kerangka teori pada penelitian ini menggunakan konsep dasar teori sistem yang dikemukakan oleh Karl Luwig von Bertalanffy, disesuaikan dengan teori yang dikemukakan Thabrany (2016). Namun pada unsur “proses”, peneliti melihat bagaimana manajemen pengelolaannya dari segi POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*). Gambaran kerangka teori dalam penelitian ini adalah :



Gambar 2 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep dalam penelitian ini Gambaran kerangka konsep penelitian dapat dilihat seperti pada gambar 3 berikut:



Gambar 3 Kerangka Konsep Penelitian



D. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang analisis implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat ini belum pernah dilakukan oleh peneliti lain, namun terdapat beberapa penelitian serupa dengan penelitian ini yaitu:

Tabel 1 Keaslian penelitian

No	Penulis	Tahun	Judul Penelitian	Desain/Jenis Penelitian	Variabel	Hasil
1.	Honassan Muda Harahap	2018	Manajemen Keuangan Daerah dalam Pengelolaan Dana BPJS Puskesmas	Deskriptif Kualitatif	Perencanaan/penganggaran Hambatan dalam pengelolaan keuangan	Pengelolaan dana Kapitasi BPJS Kabupaten Bengkalis melalui beberapa tahapan dan proses, yaitu perencanaan/penganggaran, sumber dana, penggunaan dana sampai dengan pengendalian dana dan pertanggung jawaban dana tersebut. Terdapat beberapa hambatan, antara lain adanya proses transfer dana yang hanya numpang lewat di rekening Puskesmas (FKTP) dan lalu di transfer kembali ke kas daerah, proses pencairan dana yang lamban, dan adanya usulan-usulan dari puskesmas tidak diakomodir oleh pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkalis.
2.	Christopel Ontoraël, Ardiansa A.T Tucunan, Franckie R.R Maramis	2018	Analisis Pemanfaatan Dana Kapitasi pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP Puskesmas Wawonasa Kota Manado Tahun 2018	Kualitatif dengan pendekatan Deskriptif	Jasa Pelayanan Kesehatan Biaya Operasional Kesehatan Belanja Modal Pelayanan Kesehatan	Pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas Wawonasa Kota Manado belum sepenuhnya berjalan sesuai aturan yang ada yakni Permenkes No. 21 Tahun 2016 tentang petunjuk teknis pemanfaatan dana kapitasi JKN, dimana tidak semua pelayanan kesehatan yang ada didukung oleh dana kapitasi seperti kegiatan Upaya Kesehatan Luar Gedung yang mencakup kegiatan promotif, preventif, dan kunjungan rumah untuk peserta JKN, serta kurang optimalnya pemberian sosialisasi oleh pimpinan dan bendahara JKN puskesmas kepada tenaga kesehatan yang ada tentang mekanisme pembagian upah jasa pelayanan kesehatan. Selain itu puskesmas memperoleh dana kapitasi dari BPJS Kesehatan tanpa melalui dinas kesehatan melainkan dengan sistem transfer ke rekening puskesmas setiap tanggal 15 bulan berjalan.

3.	Abdul Gani Hasan, Wiku B.B. Adisasmito	2017	Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016	Rapid Assessment Procedure (RAP)/ Kualitatif		Terdapat perbedaan yang signifikan dana kapitasi puskesmas meliputi peserta, norma kapitasi, jumlah dokter dan rasio dokter antara berbagai puskesmas. Wawancara mendalam didapatkan sulitnya pemenuhan rasio dokter ideal, norma kapitasi rendah menunjukkan kuantitas kualitas puskesmas rendah, belum semua puskesmas melakukan proses perencanaan dengan benar, puskesmas kapitasi kecil sulit dalam operasional dan yang besar berlebih operasional dan berpotensi menumpuk, penentuan poin cukup jauh berbeda antar tenaga, pemenuhan obat-obatan terkendala oleh pengadaan, potensi <i>overlapping</i> kapitasi dengan BOK dan kualitas pelayanan dokter menurun pada rasio dokter per peserta besar.
4.	Desi Fitriani, Lukman Waris, Anni Yulianti	2017	Penganggaran dan Penerimaan Dana Kapitasi Program JKN di Daerah terpicil Kabupaten Kepulauan Mentawai	Kualitatif	- Penganggaran - Penerimaan - Hambatan dalam pembayaran dana kapitasi	Pelaksanaan penganggaran dan penerima dana kapitasi tenaga kesehatan pada tahun 2014-2015 belum berjalan sesuai ketentuan pembayaran, tahun 2016 masih ditemukan permasalahan pembayaran norma kapitasi oleh BPJS Kesehatan sudah normatif namun belum sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar. Tahun 2017 penerimaan dana kapitasi sudah berjalan lebih baik dibuktikan dengan telah teradministrasi dan terdokumentasi semua bentuk pemanfaatan dan realisasi belanja pencairan dana kapitasi untuk seluruh petugas di puskesmas dan jaringannya
5.	Immanuel Christian Undap, Lintje Kalangi, Hendrik Manossoh	2017	Analisis Pengelolaan Dana Kapitasi JKN Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Di Kota Bitung	Pendekatan eksploratori (exploratory approach) / Kualitatif	- Penganggaran - Pelaksanaan - Pemanfaatan	Penganggaran dana kapitasi JKN oleh FKTP dilakukan dan tersentralisasi di Dinas Kesehatan sementara pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi JKN FKTP Pemerintah Kota Bitung belum mengikuti regulasi yang mengatur, sehingga berimplikasi pada tidak maksimalnya pelayanan kesehatan FKTP pada masyarakat. Akibat lain yang terjadi karena kondisi pengelolaan keuangan yang tidak sesuai regulasi menyebabkan program dan kegiatan yang bersumber dari dana kapitasi JKN ini penyerapan anggaran sangat rendah.
6.	Risa Tri Anggraeni,	2016	Analisis Pemanfaatan	Deskriptif/ Kualitatif	- Perolehan dana kapitasi	Alokasi pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional di Kabupaten Purbalingga memiliki aturan alokasi yang sama dengan

Ayun Sriatmi, dan Eka Yunila Fatmasari	Dana Kapitasi oleh Puskesmas dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Prubalingga	- Pemanfaatan dana kapitasi : Jasa Layanan kesehatan, dukungan biaya operasional, upaya promotif dan preventif	Permenkes nomor 19 tahun 2014. 1. Adanya ketidakpuasan dalam pembagian biaya layanan disebabkan oleh perhitungan poin pada variabel komponen pendidikan, masa kerja, dan kehadiran. 2. Dukungan biaya operasional tidak dialokasikan sesuai dengan aturan yang ditetapkan disebabkan oleh sistem pengadaan menggunakan e-katalog. 3. Pada kegiatan promotif preventif terdapat 4 dari 7 pelayanan kesehatan primer tidak dialokasikan dalam dana kapitasi.	
7. Yuliyanto	2016	Evaluasi terhadap pengaturan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pemerintah Daerah	<i>Desk research</i>	Permenkes nomor 21 tahun 2016 tentang penggunaan dana kapitasi JKN untuk jasa dan dukungan biaya operasional oleh FKTP milik pmda dikeluarkan sebagai solusi atas kekurangan regulasi sebelumnya.
8. Rinny Fadlilah Mokodompit, David P. E Saerang, Hendrik Manossoh	Implementasi Pemanfaatan dan Pengelolaan Keuangan Dana Kapitasi JKN Oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Pemerintah Kota Kotamobagu	Pendekatan eksploratori/ Kualitatif	- Pemanfaatan dana kapitasi - Pengelolaan dana kapitasi - Kendala yang ditemukan	Proses pelaksanaan dan penatausahaan pemanfaatan dan pengelolaan keuangan dana kapitasi JKN oleh FKTP Kota Kotamobagu dilaksanakan dengan baik dan mengacu pada regulasi / pedoman yang ada, Proses penganggaran dana kapitasi JKN FKTP Kota Kotamobagu dilaksanakan tersentralisasi di Dinas Kesehatan dan masuk dalam DPA Dinas Kesehatan bersama-sama dengan anggaran kegiatan dinas kesehatan lainnya. Pertanggungjawaban kondisi pengelolaan keuangan dana kapitasi JKN FKTP Kota Kotamobagu sesuai dengan skema alur pertanggungjawaban dana kapitasi JKN berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014, dan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tahun 2014.

9.	Wasis Budiarto dan Lusi Kristiana	2015	Pemanfaatan Dana Kapitasi oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam penyelenggaraan JKN	Deskriptif/kualitatif	<ul style="list-style-type: none"> - Alokasi/perolehan dana kapitasi dari BPJS - Penggunaan (utilization) dana kapitasi oleh FKTP - Kesesuaian antara perolehan dengan penggunaan 	Perolehan dana kapitasi terbesar berturut-turut adalah puskesmas, klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek perseorangan. Sebagian besar penggunaan dana kapitasi di puskesmas untuk membayar jasa dan sisanya untuk operasional (obat-obatan). Klinik pratama, dokter praktek dan dokter gigi praktek perseorangan mempunyai pola penggunaan dana kapitasi yang sama. Penerimaan dibandingkan penggunaan dana kapitasi di puskesmas relatif cukup, tetapi untuk klinik pratama, dokter dan dokter gigi praktek masih kurang terutama untuk pembelian obat dan laboratorium.
10	M. Faozi Kurniawan, Budi Eko Siswoyo, Faisal Mansur, Wan Aisyah, Dedy Revelino, Welly Gadistina	2016	Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia)	Deskriptif/Kuantitatif dan Kualitatif		Meski peningkatan penerimaan dari dana kapitasi ditemukan di sebagian besar FKTP, namun tingginya utilisasi pasien cenderung menurunkan kapitasi aktual di FKTP. Temuan tersebut terutama dialami dokter praktek perseorangan dan klinik pratama. Analisis kuantitatif juga menunjukkan sebagian besar FKTP swasta mengalami defisit. Sebagian besar Puskesmas menggunakan SK Bupati/ Peraturan Daerah (Perda) sebagai dasar hukum utama dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi. Namun, banyak kebijakan dari Perda yang tidak sepenuhnya sejalan dengan kebijakan Pusat, terutama karena perubahan kebijakan yang cepat di tingkat Pusat. Kondisi ini menyebabkan kebingungan bagi FKTP dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi. Sebagai satu-satunya pembayar, BPJS Kesehatan dianggap belum terlalu terlibat dalam perencanaan dan penganggaran dana kapitasi di daerah. Hal ini kurang kondusif dalam mendukung monitoring dan evaluasi penggunaan dana kapitasi.
11	Muh. Ilham Sholihin, Ambo Sakka, Paridah	2016	Pengelolaan Dana Kapitasi BPJS Kesehatan di	pendekatan fenomenologis/ Kualitatif	<ul style="list-style-type: none"> - Penganggaran dana kapitasi - Pelaksanaan 	Penganggaran dana kapitasi di Puskesmas Watubangga dengan membuat dokumen rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi dalam bentuk RKA setiap bulan keempat pada tahun berjalan yang

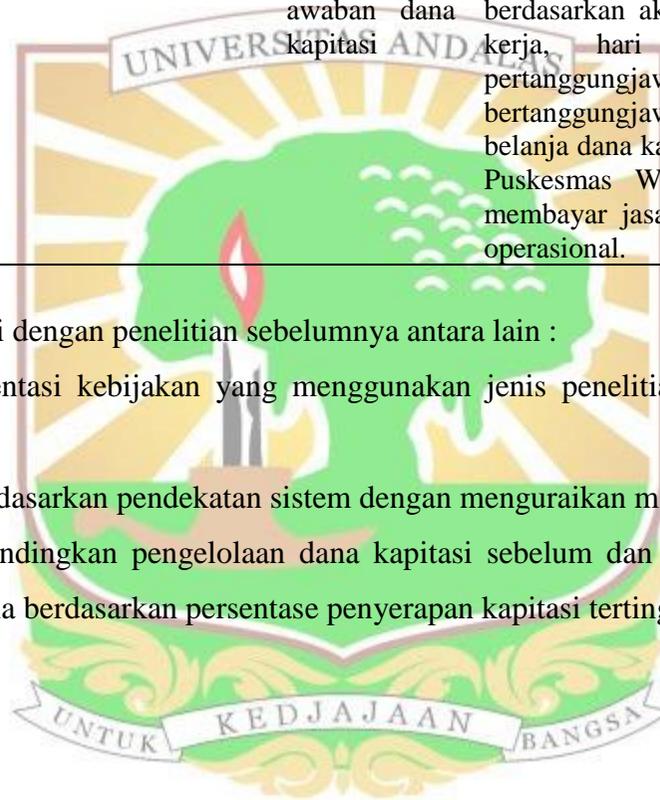
Puskesmas
Watubangga
Kecamatan
Watubangga
Kabupaten
Kolaka Tahun
2015

penatausahaa
n dana
kapitasi
- Pertanggungj
awaban dana
kapitasi

selanjutnya disampaikan kepada SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka. Dari aspek pelaksanaan penatausahaan dana kapitasi di Puskesmas Watubangga dana kapitasi digunakan sepenuhnya untuk membayar jasa pelayanan yang dilakukan di Puskesmas berdasarkan akumulasi poin berdasarkan tingkat pendidikan, hari kerja, hari efektif dan masa kerja. Dari aspek pertanggungjawaban Kepala Puskesmas Watubangga bertanggungjawab secara formal dan materil atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN, sedangkan pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas Watubangga 80% dana kapitasi digunakan untuk membayar jasa pelayanan dan 20% digunakan untuk pendukung operasional.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya antara lain :

1. Penelitian ini merupakan analisis implentasi kebijakan yang menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan metode analisis kerangka (*Framework Analysis Method*).
2. Penelitian ini menganalisis kebijakan berdasarkan pendekatan sistem dengan menguraikan masing-masing komponen dalam sistem tersebut.
3. Penelitian ini dilakukan dengan membandingkan pengelolaan dana kapitasi sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD. Sampel yang dipilih adalah 2 puskesmas dengan kriteria berdasarkan persentase penyerapan kapitasi tertinggi dengan terendah.



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif atau *qualitative research*. Metode Analisis Kerangka (*Framework Analysis Method*) digunakan untuk menganalisis implementasi pengelolaan dana kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat dengan pendekatan sistem dan unsur-unsur yang membentuk sistem tersebut.

Penelitian kualitatif dilakukan bertujuan untuk menggali makna dari suatu fenomena atau kejadian. Makna dari sebuah kejadian dapat dijadikan pelajaran berharga bagi suatu pengembangan konsep teori (Djam'an and Aan, 2010, Sugiyono, 2010).

Pemilihan metode analisis kerangka (*Framework Analysis Method*), karena metode ini bermanfaat untuk membantu analisis tematis yang menggunakan model sistematis untuk mengelola dan memetakan data, dan memperoleh kesimpulan yang terstruktur dan dapat dipercaya (Gale et al., 2013).

B. Waktu dan Tempat

Penelitian dilakukan di Kantor Bupati Pasaman Barat, Kantor DPRD Kabupaten Pasaman Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat dan dua puskesmas sampel dengan kriteria; satu puskesmas yang tertinggi persentase penyerapan dana kapitasi dan satu puskesmas yang terendah penyerapan dana kapitasi pada tahun 2018. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari sampai bulan Oktober tahun 2019.

C. Subjek Penelitian

Di dalam penelitian kualitatif subjek penelitian disebut informan atau narasumber. Subjek penelitian ditentukan berdasarkan *purposive sampling*. Kriteria sampel yang diambil adalah puskesmas dengan persentase penyerapan dana kapitasi tertinggi dan terendah.

Penentuan informan sebagai sumber data dilakukan dengan pertimbangan yaitu:

1. Informan adalah orang yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan dari penelitian yang dilakukan.
2. Informan adalah orang yang terlibat dalam pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi sehingga memudahkan peneliti menjelajahi objek yang akan diteliti.

Dalam pelaksanaan penelitian ini, wawancara akan dilakukan terhadap 6 (enam) jenis informan yang mempunyai hubungan dengan pengelolaan dana kapitasi di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat yaitu:

1. Bupati Kabupaten Pasaman Barat
2. Anggota DPRD Komisi IV Bidang Kesehatan
3. Kepala Dinas Kesehatan
4. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan
5. Kepala Seksi Pelayanan Rujukan dan Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan /seksi yang membawahi dana kapitasi JKN
6. Kepala Puskesmas
7. Bendahara JKN Puskesmas

Informan bisa jadi berkurang atau bertambah selama proses penelitian, tergantung dengan pencapaian saturasi data. Data tersaturasi jika dalam pengumpulan data tidak ditemukan lagi informasi yang baru.

D. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah *input* (tenaga, dana, sarana dan prasarana, serta kebijakan/peraturan), proses (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan) dan *output* (ekuitas, efisiensi, kualitas, dan *sustainability*) dari implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat.

E. Definisi Operasional Variabel

1. Masukan (*Input*)

Semua sumber daya yang diperlukan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

- a) Kebijakan adalah ketentuan-ketentuan yang menjadi pedoman dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

Informan : Bupati Pasaman Barat, Anggota DPRD Komisi IV bidang Kesehatan, Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

- b) Tenaga adalah sumber daya manusia yang mengetahui dan mempunyai peranan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

- c) Dana adalah anggaran khusus yang diperuntukkan untuk implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

- d) Sarana prasarana adalah segala sesuatu yang digunakan sebagai penunjang dalam terselenggaranya implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

- Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas
- Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.
- Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

2. Proses (*Process*)

Semua kegiatan yang dilakukan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

a) Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah suatu kegiatan atau proses penganalisisan dan pemahaman sistem, penyusunan konsep dan kegiatan dalam pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat.

Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

b) Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah mengatur personel atau staf yang ada dalam pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

c) Pelaksanaan (*Actuating*)

Suatu proses untuk melaksanakan kegiatan pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat, termasuk melakukan pengarahan, pengkoordinasian bimbingan, penggerakan dan pengawasan.

Informan : Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

d) Pengawasan (*Controlling*)

Suatu proses untuk mengukur pencapaian pelaksanaan kegiatan pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat, yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Informan : Bupati Pasaman Barat, Anggota DPRD Komisi IV Bidang Kesehatan, Kepala Dinas, Kabid Pelayanan Kesehatan, Kasie Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas

Cara Ukur : Observasi, Wawancara semi-terstruktur, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

3. Keluaran (*Output*)

Hasil dari kegiatan pengelolaan dana kapitasi JKN adalah terselenggaranya pengelolaan dana kapitasi JKN berdasarkan 4 kriteria kinerja JKN yaitu ekuitas, efisiensi, kualitas dan sustainabilitas.

- a) Ekuitas adalah pelayanan kesehatan yang diperoleh peserta JKN sesuai tingkatan kelas iuran atau disamakan sesuai kebutuhan peserta. Ekuitas dapat dilihat dengan terapi medis yang diberikan kepada pasien rawat jalan yang berkunjung ke puskesmas.

- b) Efisiensi adalah ukuran perbandingan antara input yang digunakan dengan output yang dihasilkan. Efisiensi dapat dilihat dengan membandingkan laporan pengeluaran keuangan puskesmas dengan laporan pencapaian target indikator Standar Pelayanan Minimal sebelum dan setelah penerapan PPK-BLUD.
- c) Kualitas adalah ukuran tercapainya suatu program sesuai dengan perencanaan yang telah disepakati. Kualitas menggambarkan kesesuaian antara perencanaan puskesmas dengan realisasi keuangannya sebelum dan setelah penerapan PPK-BLUD.
- d) Sustainability adalah kesinambungan program yang dilaksanakan. Antara pendapatan dan pengeluaran keuangan puskesmas seimbang secara terus menerus minimal 3 tahun terakhir.
- Cara Ukur : Observasi, Telaah Dokumen.
- Alat ukur : *Checklist*.

F. Instrumen dan cara pengumpulan data

Dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah instrumen utama. Konsep *Human Instrument* dipahami sebagai alat yang dapat mengungkap fakta-fakta lapangan, dan tidak ada alat yang paling elastis dan tepat untuk mengungkap data kualitatif kecuali peneliti itu sendiri (Djam'an and Aan, 2010). Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah:

1. Pedoman wawancara yaitu garis besar pertanyaan yang berhubungan dengan objek penelitian.
2. Buku catatan, digunakan untuk mencatat setiap hasil wawancara dan diskusi dengan informan dengan objek penelitian.
3. Alat Perekam, berfungsi untuk merekam wawancara dengan informan atau sumber data sehubungan dengan objek penelitian.
4. Kamera, berfungsi untuk memotret pada saat peneliti sedang melakukan wawancara dengan informan dan untuk mendokumentasikan dengan objek lain.
5. Pedoman observasi, yaitu daftar pertanyaan yang menggambarkan kondisi objek yang diobservasi, dapat berupa *checklist*.

Pengumpulan data dalam penelitian ilmiah merupakan prosedur sistematis untuk mendapatkan data yang diperlukan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Untuk mendapatkan data yang memenuhi standar, peneliti harus mengetahui teknik pengumpulan data yang strategis (Djam'an and Aan, 2010, Sugiyono, 2010). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara:

1. Pengamatan (observasi)

Observasi yang dilakukan adalah observasi terstruktur, dimana peneliti dalam mengumpulkan data menyatakan terstruktur kepada sumber data, bahwa ia sedang melakukan penelitian.

2. Wawancara (*interview*)

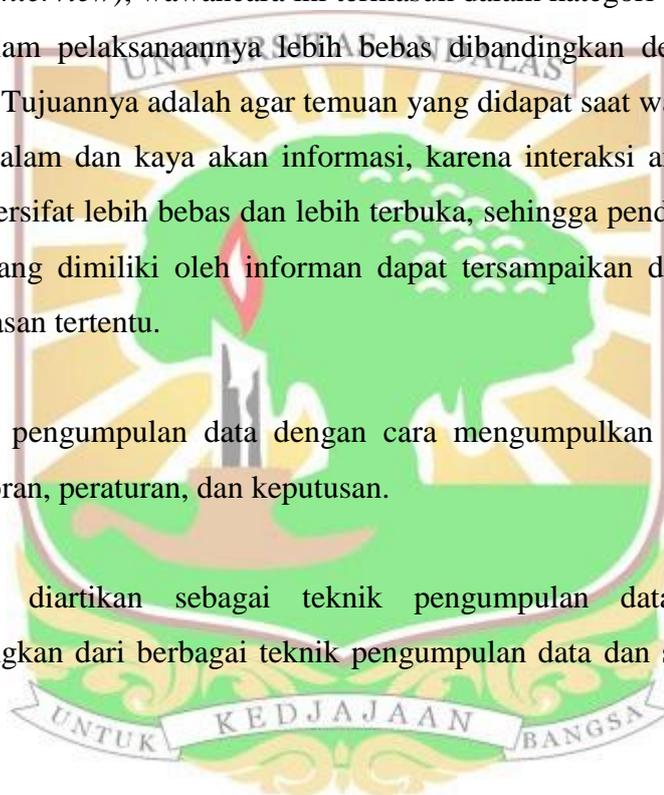
Wawancara yang dilakukan adalah Wawancara Semi-terstruktur (*Semi-structured Interview*), wawancara ini termasuk dalam kategori *indepth interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuannya adalah agar temuan yang didapat saat wawancara menjadi lebih mendalam dan kaya akan informasi, karena interaksi antara peneliti dan informan bersifat lebih bebas dan lebih terbuka, sehingga pendapat, pengalaman serta ide yang dimiliki oleh informan dapat tersampaikan dengan baik tanpa adanya batasan tertentu.

3. Dokumen

Melakukan pengumpulan data dengan cara mengumpulkan dokumen tertulis berupa laporan, peraturan, dan keputusan.

4. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada



G. Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses memahami dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri ataupun orang lain (Sugiyono, 2010).

Metode analisa kerangka (*framework analysis method*) merupakan metode analisis yang sering disebut analisis tematik atau analisis konten

kualitatif. Pendekatan ini mengidentifikasi kesamaan dan perbedaan dalam data kualitatif, sebelum berfokus pada hubungan antara bagian-bagian yang berbeda dari data, yang tujuannya untuk menarik kesimpulan deskriptif dan/atau penjelasan yang dikelompokkan di sekitar tema. Dengan menggunakan langkah-langkah yang jelas metode ini menghasilkan output yang sangat terstruktur dari data yang dirangkum. Metode ini biasa digunakan untuk menganalisis dari transkrip wawancara semi-terstruktur, meskipun pada prinsipnya dapat digunakan untuk jenis data tekstual lainnya, termasuk dokumen, seperti notulen rapat atau buku harian, atau catatan lapangan dari pengamatan. Metode ini terdiri atas 7 (tujuh) tahapan sebagai berikut (Gale et al., 2013):

1. *Transcription*

Transkripsi adalah menyalin hasil rekaman wawancara ke dalam bentuk tulisan. Rekaman wawancara dituliskan kata demi kata. Transkrip wawancara memiliki margin besar dan spasi baris yang cukup untuk pengkodean dan pembuatan catatan nantinya.

2. *Familiarisation with the interview*

Pada tahap ini, peneliti membaca transkrip dan mendengarkan kembali rekaman wawancara secara berulang dari wawancara yang telah dilakukan sebelumnya. Terbiasa dengan seluruh wawancara merupakan tahap penting bagi peneliti dalam interpretasi. Peneliti menggunakan margin atau spasi yang besar tersebut untuk membuat catatan yang analitis, pemikiran atau kesan.

3. *Coding*

Pengkodean maksudnya adalah pemberian label/kode yang menunjukkan bagian penting dalam suatu transkrip sesuai dengan *tematik framework*. Tujuannya adalah untuk mengklasifikasikan semua data sehingga dapat dibandingkan secara sistematis dengan bagian lain dari kumpulan data. Berikut contoh bentuk pengkodean yang dilakukan dalam metode analisa kerangka.

Coding labels	Participant 31: General Practitioner 5	Notes and ideas
Professional role	154 I think, sometimes, I think again <u>paediatrics has more in common</u> 155 <u>with General Practice than most specialties</u> , but obviously in <u>General</u> 156 <u>Practice you're looking at the whole person, not just the disease</u> and	Family centred care; holistic versus disease model; 1' vs. 2' care
Place & Space	157 obviously the good quality Paediatrician does that and <u>if you're</u> 158 <u>seeing people nearer to their home setting</u> , then you can see, you	Local = more holistic – families in their environment not doctors; more relaxed; shift in power?
Place & Space; Patient experience	159 know an <u>outpatient department is a bit remote</u> and I'm not saying 160 it's inhumane but <u>if you are in a setting you're comfortable in</u> , 161 <u>you're going to be more relaxed</u> , you might be <u>more honest and</u> 162 <u>open and give better quality answers particularly if there are social</u>	Experience differs according to setting – impact on consultation / outcomes? Construction of consultant as detached?
Primary- secondary care	163 <u>issues. It would be good for consultants to be, you know recognised</u> 164 <u>in a certain area</u> and I think they would appreciate that as well. So	
Quality of care	165 no I think, obviously <u>ways in which care could deteriorate are in</u> 166 <u>terms of records</u> because obviously if the consultant doesn't have	
Technology	167 the notes, that's a disaster, so I don't know what the <u>IT set up</u> would 168 be like, that would, you know obviously if the <u>consultant can access</u> 169 <u>notes remotely</u> whatever you're planning, that would be very, very 170 important.	Notes, technology, IT systems affect quality of care, risks

Sumber : Gale, et al, 2013

Gambar 4 Contoh pengkodean dalam metode analisa kerangka

4. Developing a working analytical framework

Setelah dilakukan pengkodean beberapa transkrip, masing-masing kode dikelompokkan bersama dalam satu kategori, yang kemudian didefinisikan dengan jelas. Sehingga nantinya akan membentuk suatu kerangka. Berikut contoh dari kegiatan membangun kerangka :

CODE	DESCRIPTION
Working Practices	
Professional role	<i>Perception of own or other's roles, including empowerment, professional pride, GP commissioning, GPs with Special Interest (GPwSI)</i>
Relationship between primary and secondary care	<i>Barriers, gaps, advantages and drawbacks, working relationships</i>
Knowledge and skills transfer	<i>Education, information, explanations, teaching, training (student doctors, GPwSI)</i>
Joined up working	<i>Instances of working together from two or more different disciplines, working across care sectors</i>
Changes in working practices	<i>Impact / outcome in terms of changes to working practice (e.g. Saturday clinics), changes to clinician workload, consultant travel</i>

Sumber : Gale, et al, 2013

Gambar 5 Contoh membangun kerangka dalam *framework analysis method*

5. Applying the analytical framework

Kerangka tersebut diterapkan dengan mengindeks transkrip berikutnya menggunakan kategori dan kode yang ada. Setiap kode biasanya diberi nomor

atau singkatan untuk memudahkan identifikasi (sehingga nama lengkap kode tidak harus ditulis setiap kali) dan ditulis langsung ke transkrip.

Participant #29 (Executive 5)		
335	So do you think that access would be easier <u>then</u> for people in	
336	community settings?	
337	Yeah, I mean of course it would be. Of course it would be. But, but	
338	this goes back to the point I was making before that, what, what,	
339	ideally what you try and do with access is to improve the access, so	
340	if you just transfer a clinic from a, from a hospital setting into a	Equity in service provision
341	community based setting you'll improve the access for some people	
342	and reduce it for other people. You know ideally what you're trying	
343	to do is to complement and supplement it, so you know, you can	
344	have some services that are in, in a hospital basis, but you also	
345	replicate some of those opportunities and access in a community-	
346	based setting. But to do that will potentially cost, cost resources, so	
347	you know, is it cost effective to do it? I think that, that it is just, I	
348	keep coming back to it, but that's the one big issue I think that	Ideology of CCTH
349	we've not really thought through around the care closer to home.	
350	It's got to be part of the much bigger picture around the sort of self-	
351	care and self-management, because if it's not it will be more	
352	expensive.	

Sumber : Gale, et al, 2013

Gambar 6 Contoh pengkodean dalam metode analisa kerangka

6. *Charting data into the framework matrix*

Analytical framework dapat digunakan untuk membuat matriks dan datanya 'dipetakan' ke dalam matriks. Matriks tersebut merangkum data berdasarkan kategori dari setiap transkrip.

7. *Interpreting the data*

Dalam proses ini, peneliti dibantu dengan menggunakan *visual display* yang dapat mempermudah peneliti dalam menyajikan dan menginterpretasikan data hasil penelitiannya.

Setelah didapatkan hasil penelitian, maka sebelum dilakukan publikasi, peneliti terlebih dahulu melakukan triangulasi sumber dan triangulasi teknik sebagai bentuk validasi hasil penelitian kualitatif yang didapatkan. Triangulasi sumber dan triangulasi teknik dilakukan dengan tujuan untuk menguji kredibilitas data hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data yang diperoleh melalui beberapa sumber. Hasil analisis data disajikan dalam bentuk narasi dan tabulasi.

BAB III HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. Keadaan Geografis

Kabupaten Pasaman Barat yang beribukota di Simpang Ampek terletak antara 0°03' Lintang Utara sampai dengan 0°11' Lintang Selatan dan 99°10' Bujur Timur sampai dengan 100°04' Bujur Timur. Kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten Mandailing Natal di sebelah Utara, Kabupaten Agam di sebelah Selatan, Kabupaten Pasaman di sebelah timur dan Samudera Indonesia di sebelah Barat.

Jenjang pemerintahan adalah di mulai dari Tingkat Kabupaten, Kecamatan, Nagari dan Jorong yang terdiri dari 11 Kecamatan, 19 Nagari dan 212 Jorong. Kabupaten ini memiliki luas wilayah 3887,77 km², atau 9,99 % dari luas wilayah Provinsi Sumatera Barat. Wilayah terluas adalah kecamatan Pasaman 508,93 km² (13,09%), dan wilayah yang paling kecil adalah Kecamatan Sasak Ranah Pasisie yakni 123,71 km² (3,18%).

Pasaman Barat terdiri dari daerah dataran rendah dan perbukitan, dengan ketinggian antara 0 meter sampai dengan 2.912 meter di atas permukaan laut. Daerah tertinggi di Pasaman Barat adalah Gunung Talamau di Kecamatan Talamau, sedangkan daerah terendah adalah daerah pesisir pantai sepanjang Kecamatan Sungai Beremas, Kecamatan Sungai Aur, Kecamatan Sasak Ranah Pasisie dan Kecamatan Kinali.

2. Keadaan Penduduk dan Ekonomi

Jumlah penduduk dihitung berdasarkan Proyeksi penduduk Indonesia 2010-2035 oleh BPS, kemudian diolah oleh Pusdatin Kemenkes RI dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. Angka proyeksi ini menjadi sasaran pembangunan kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. Tahun 2018, sasaran penduduk berjumlah 435.412 jiwa yang terdiri dari 220.325 jiwa laki-laki dan 215.287 jiwa perempuan yang tersebar di 11 kecamatan, dengan jumlah penduduk terbesar yakni 76.348 jiwa di Kecamatan Pasaman.

Keadaan perekonomian suatu wilayah dapat diukur dari banyaknya penduduk miskin. Kemiskinan menjadi isu yang cukup menjadi perhatian di Pasaman Barat yang berdampak pada masalah kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi. Di Kabupaten Pasaman Barat terdapat dua program jaminan kesehatan terhadap masyarakat miskin yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dengan jumlah sasaran atau yang mempunyai Kartu Jamkesmas adalah 155.637 Jiwa dan Jamkesda adalah sebanyak 35.412 Jiwa (Orang).

3. Visi dan Misi

a. Visi

“ Mewujudkan Pasaman Barat Yang Beriman, Cerdas, Sehat, Bermartabat, Sejahtera, Serta Berwawasan Lingkungan”

b. Misi

- 1) Mewujudkan masyarakat beriman dan bertaqwa melalui pengamalan ajaran agama, pemeliharaan nilai-nilai luhur,
- 2) Meningkatkan sumber daya manusia melalui pembangunan pendidikan dan kesehatan yang berwawasan kependudukan (*Population responsive* dan *Gender responsive*).
- 3) Menciptakan pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan berbasis daya saing lokal, regional dan global.
- 4) Menanggulangi kemiskinan melalui penyediaan kebutuhan dasar, pemberdayaan masyarakat dan pengembangan ekonomi kreatif.
- 5) Mewujudkan pemerintahan yang transparan dan akuntabel.
- 6) Mewujudkan pembangunan wilayah yang berkeadilan, serta mengelola sumber daya alam dan penataan ruang secara berkelanjutan dan berwawasan lingkungan.

c. Tujuan

Meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat

d. Sasaran

- 1) Menurunkan angka kematian pada kelompok rentan
- 2) Menurunkan angka kesakitan
- 3) Meningkatkan status gizi
- 4) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
- 5) Meningkatkan akuntabilitas kinerja dinas kesehatan

4. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi

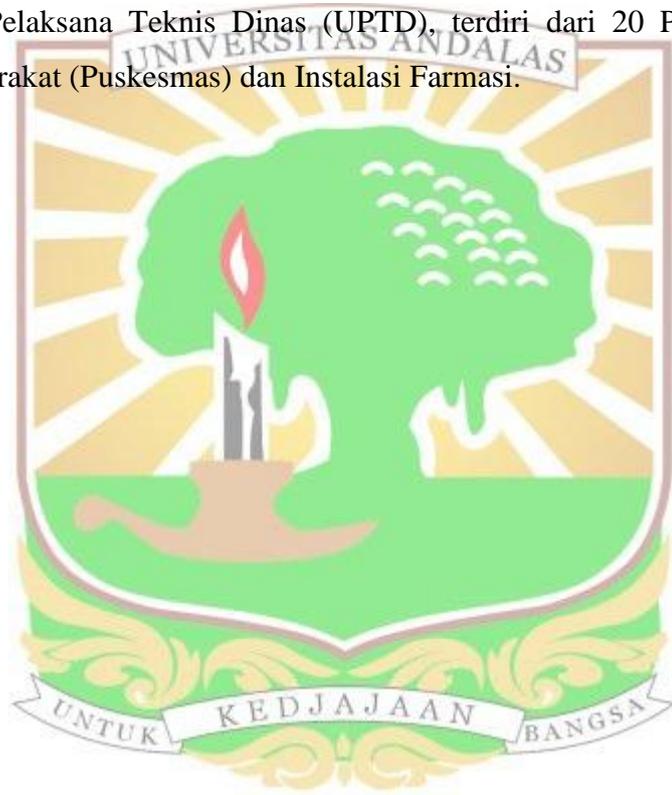
Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintahan daerah bidang kesehatan. Untuk menyelenggarakan tugas pokok Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat mempunyai fungsi adalah :

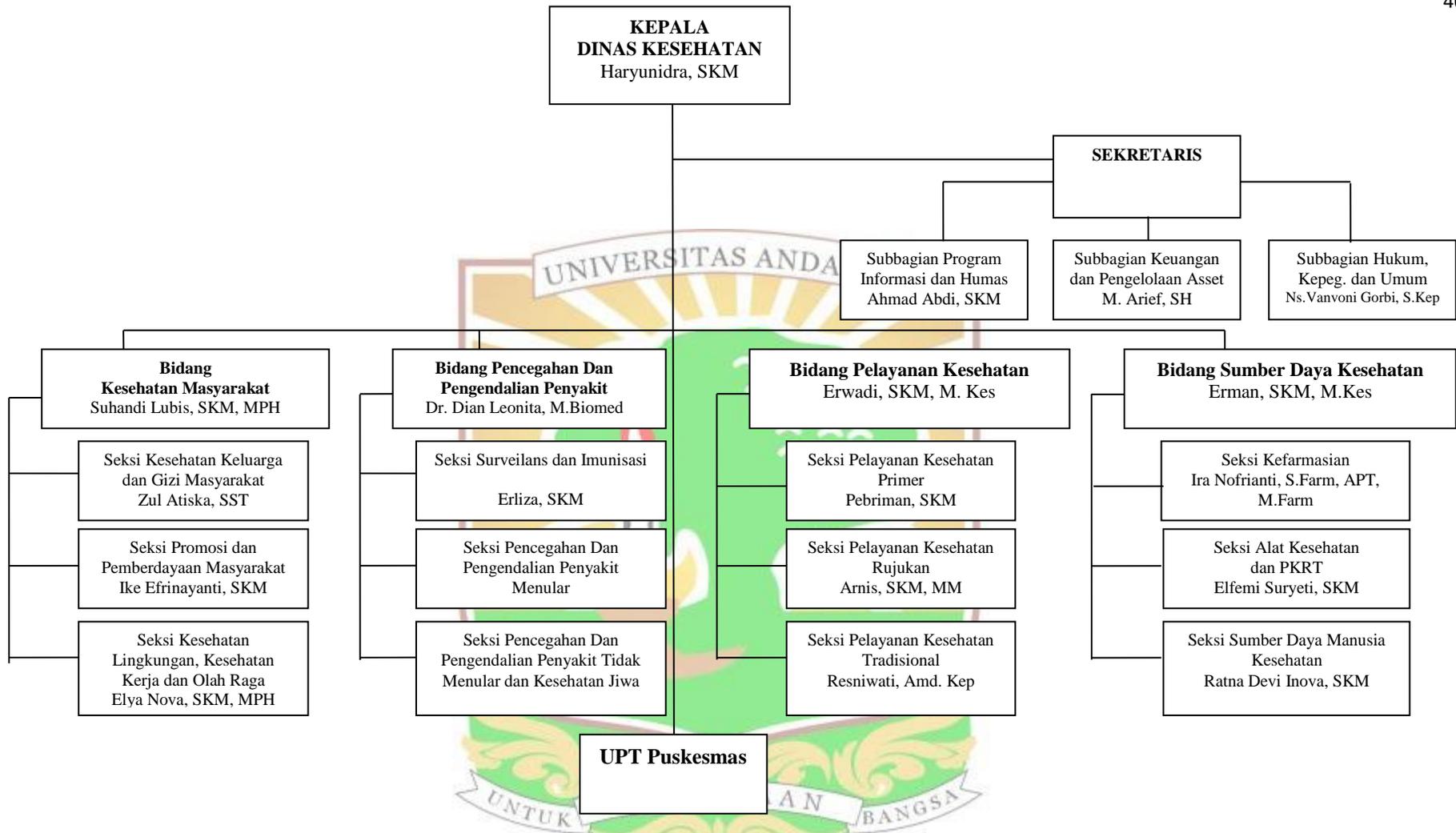
- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang urusan kesehatan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang urusan kesehatan, meliputi urusan bidang pelayanan kesehatan, pengendalian penyakit, dan penyehatan lingkungan, kesehatan keluarga serta pelayanan kesehatan,
- d. Pembinaan terhadap Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD)
- e. Pengelolaan Urusan Ketatausahaan Dinas
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Susunan organisasi Dinas Kesehatan Kota Pasaman Barat adalah sebagai berikut:

- a. Kepala Dinas.
- b. Sekretaris, membawahi Sub bagian program, Informasi dan Humas, Sub Bagian Keuangan dan Pengelolaan Aset; Sub Bagian Hukum Kependidikan dan Umum.
- c. Bidang Kesehatan Masyarakat, membawahi Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga.

- d. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, membawahi seksi Surveilans dan Imunisasi, Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- e. Bidang Pelayanan Kesehatan, membawahi Seksi Pelayanan Kesehatan Primer, Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Seksi Kesehatan Tradisional.
- f. Bidang Sumber Daya Kesehatan, membawahi Seksi Kefarmasian, Seksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) dan Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- g. Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD), terdiri dari 20 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Instalasi Farmasi.





Gambar 7 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat

5. Ketenagaaan

Tabel 2 Keadaan Tenaga Kesehatan pada Puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

No	Puskesmas	Dokter					Ahli Labor		Apoteker	
		Dokter Gizi	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Kesmas	Kesling	Medik		
1	Air Bangis	0	1	1	10	1	1	0	0	1
2	Silaping	1	0	7	22	2	0	0	1	0
3	Desa Baru	0	0	4	13	0	0	0	1	0
4	Parit	2	1	10	16	3	1	1	2	1
5	Sungai Aur	0	1	19	26	1	0	1	2	3
6	Ujung Gading	1	1	12	20	1	0	3	1	1
7	Ranah Salido	1	1	7	13	0	0	1	1	0
8	Muaro Kiawai	0	0	5	10	1	0	1	0	0
9	Paraman Ampalu	1	1	14	14	0	1	2	0	0
10	Talu	1	0	13	15	2	0	1	0	0
11	Kajai	0	1	0	11	1	0	1	1	0
12	Sukamenanti	2	1	9	17	0	1	1	1	1
13	Aia Gadang	1	0	1	12	1	0	0	0	0
14	Simpang Empat	2	1	6	13	2	1	1	1	1
15	Lembah Binuang	1	1	2	12	2	1	1	1	1
16	Ophir	3	1	8	27	2	1	0	1	1
17	Sasak	1	0	3	13	0	0	1	0	0
18	IV Koto Kinali	2	0	3	18	2	2	0	1	1
19	Kinali	1	1	9	21	2	0	1	1	0
20	VI Koto Selatan	0	0	2	9	0	1	0	0	1

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

6. Sarana Prasarana

a. Sarana Prasarana Kantor

Dalam penyelenggaraan tugas pokok dan fungsinya Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat menempati 2 (dua) unit sarana gedung yang beralamat di Jalan M. Natsir No. 2 Simpang Empat. Adapun gedung tersebut terdiri dari :

- 1) Gedung Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat yang ditempati oleh Kepala Dinas, Sekretaris, 4 (empat) Bidang yaitu Bidang Pelayanan Kesehatan, Bidang Promosi Kesehatan, Bidang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit, dan Bidang Sumber Daya Kesehatan.
- 2) Gedung Instalasi Farmasi Kesehatan

Untuk menunjang kelancaran dari penyelenggaraan upaya kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Kabupaten Pasaman Barat dilengkapi oleh beberapa sarana diantaranya:

Tabel 3 Sarana dan Prasarana di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

No	Sarana	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)	1
2	Gudang Farmasi (IFK)	1
3	Kendaraan Operasional roda 4	10
4	Kendaraan Operasional roda 2	21
5	Apotek	1

Sumber : Renstra Dinkes Pasaman Barat 2016-2021

b. Sarana Prasarana Publik

Sarana publik untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat meliputi :

- 1) Puskesmas Perawatan : 14 unit
- 2) Puskesmas Non Perawatan : 6 unit
- 3) Puskesmas Pembantu : 40 unit
- 4) Posyandu : 463 unit
- 5) Poskesdes : 53 unit
- 6) Polindes : 158 unit

7. Dana

Pembiayaan Kesehatan termasuk gaji di Kabupaten Pasaman Barat tahun 2018 bersumber dari APBD, APBN berupa Dana Alokasi Khusus (DAK) dan dana dekonsentrasi. Anggaran untuk kesehatan tahun 2018 adalah 12,54%, dari total APBD Kabupaten Pasaman Barat, sudah memenuhi dari amanat UU No. 36 tahun 2009 yang menyatakan bahwa Anggaran untuk kesehatan 10 % dari total APBD.

Tabel 4 Anggaran Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

No	Sumber Biaya	Alokasi Anggaran Kesehatan	
		Rp.	%
Anggaran Kesehatan Bersumber :			
	APBD Kab/Kota	166.615.577.592	100,00
	a. Belanja Langsung	118.491.654.412	
	b. Belanja Tidak Langsung	48.123.923.180	
	c. Dana Alokasi Khusus (DAK)	31.072.543.998	
	- DAK fisik	12.096.557.998	
	1. Reguler	12.096.557.998	
	2. Penugasan	-	
	3. Afirmasi	-	
	- DAK non fisik	18.975.986.000	
	1. BOK	12.123.106.000	
	2. Akreditasi	2.088.000.000	
	3. Jampersal	4.764.880.000	
	APBD PROVINSI	-	0,00
	a. Belanja Langsung	-	
	b. Belanja Tidak Langsung	-	
	c. Dana Alokasi Khusus (DAK) : BOK	-	
	APBN :	-	0,00
	a. Dana Dekonsentrasi	-	
	b. Lain-lain (sebutkan), misal bansos kapitasi Pinjaman/ Hibah Luar Negeri (PHLN) (sebutkan <i>project</i> dan sumber dananya)	-	0,00
	Total Anggaran Kesehatan	166.615.577.592	
	Total APBD Kab/Kota	-	
	% APBD Kesehatan Terhadap APBD Kab/Kota	12,54	100
	Anggaran Kesehatan Perkapita	382.486,20	

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

B. Karakteristik Informan

Informan yang memberikan informasi melalui wawancara semi-terstruktur sebanyak 9 orang, terdiri dari Bupati, Anggota DPRD Komisi IV Bidang Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, Kepala

Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, Kepala Seksi Pelayanan Rujukan dan Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas Ophir, Kepala Puskesmas Desa Baru, Bendahara JKN Puskesmas Ophir, dan Bendahara JKN Puskesmas Desa Baru.

Tabel 5 Karakteristik Informan Wawancara Semi-terstruktur

Kode Informan	JK	Jabatan	Pendidikan Terakhir
If.1	L	Bupati	S2 Manajemen
If.2	L	Anggota DPRD Komisi IV	S1 Pertanian
If.3	L	Kepala Dinas Kesehatan	S1 Kesmas
If.4	L	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan	S2 Kesmas
If.5	P	Kepala Seksi Pelayanan Rujukan dan Jaminan Kesehatan	S2 Manajemen
If.6	P	Kepala Puskesmas Ophir	S1 Kesmas
If.7	L	Kepala Puskesmas Desa Baru	S2 Kesmas
If.8	P	Bendahara JKN Puskesmas Ophir	D3 Bidan
If.9	P	Bendahara JKN Puskesmas Desa Baru	D3 Perawat

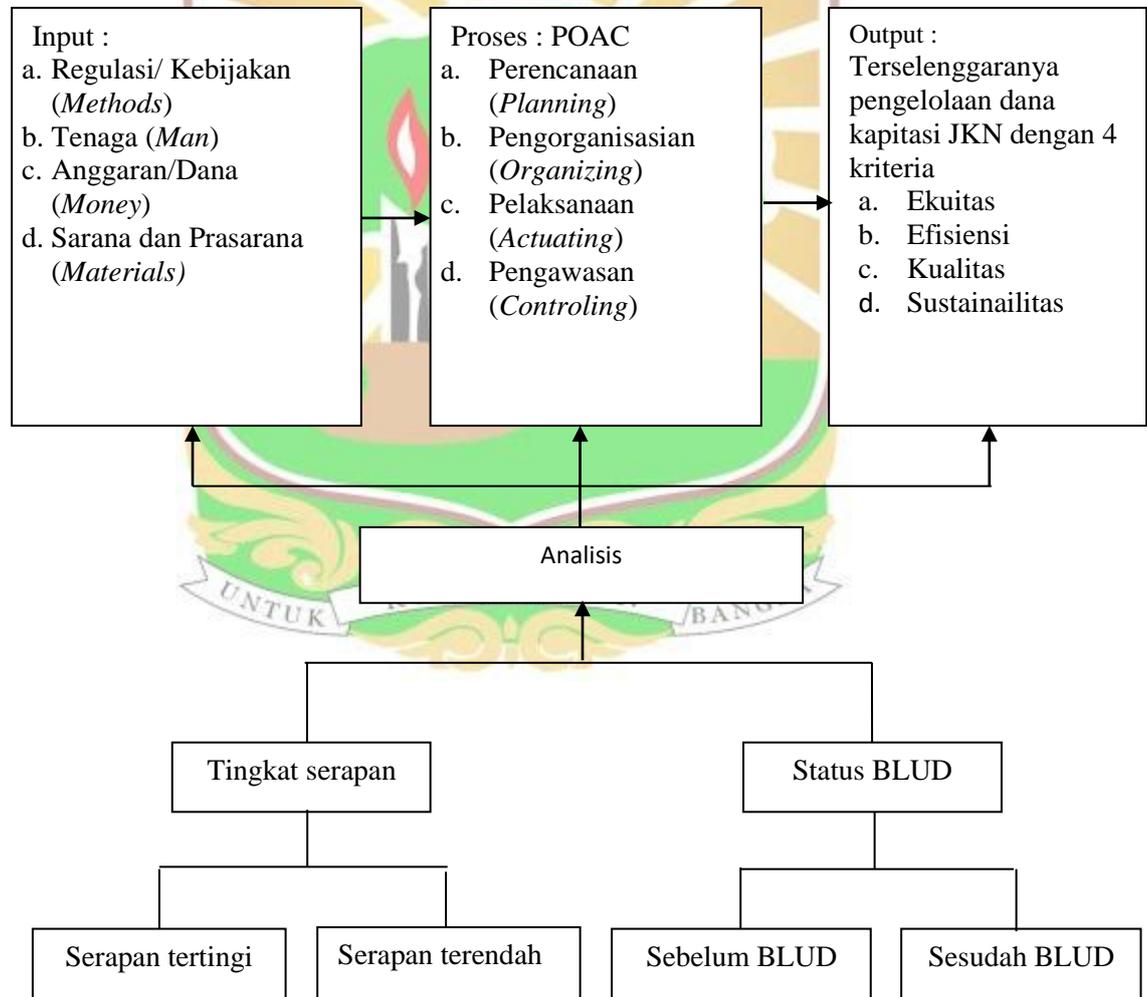
Dari tabel 5 di atas dapat kita lihat bahwa informan pada penelitian ini mempunyai latar belakang pendidikan yang bervariasi. Hal ini diharapkan dapat menggambarkan pemahaman yang bervariasi tentang implementasi pengelolaan dana kapitasi sehingga meningkatkan validitas dari hasil penelitian ini.

C. Hasil Penelitian

Dalam penelitian ini, pengumpulan data dilakukan mulai bulan Januari sampai bulan September 2019. Dokumen berasal dari dokumen yang berhubungan dengan pengelolaan dana kapitasi JKN, baik itu di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, dan di Puskesmas dengan serapan dana kapitasi tertinggi dan puskesmas dengan serapan dana terendah pada tahun 2018 di semester pertama. Dimana dalam hal ini, peneliti mengambil sampel 1 (satu) puskesmas dengan persentase serapan dana kapitasi JKN tertinggi dan 1 (satu) puskesmas dengan persentase serapan dana terendah pada semester pertama di tahun 2018. Data pengelolaan dana kapitasi dari kedua puskesmas ini kemudian dibandingkan dengan pengelolaan dana kapitasi JKN setelah diterapkannya Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) pada puskesmas yang sama di tahun 2019. Untuk ini peneliti juga mengambil sampel semester pertama di tahun 2019.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang membandingkan pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum dan sesudah diterapkan PPK-BLUD. Pengumpulan data bertujuan untuk menganalisis implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN dengan menggunakan pendekatan sistem sesuai dengan tujuan penelitian. Pendekatan sistem yang digunakan pada penelitian ini meliputi : *input* yaitu kebijakan, tenaga, dana, metode dan sarana. Proses yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan serta output yaitu terselenggaranya pengelolaan dana kapitasi JKN berdasarkan 4 kriteria kinerja JKN yaitu ekuitas, efisiensi, kualitas dan sustainabilitas.

Adapun komponen-komponen yang akan jelaskan dalam hasil dan pembahasan nanti dapat digambarkan pada gambar di bawah :



Gambar 8 Kerangka hasil dan pembahasan

1. Komponen Input

a. Kebijakan

Kebijakan pengelolaan dana kapitasi puskesmas sebelum BLUD adalah berdasarkan Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Kemudian setelah menerapkan PPK-BLUD pengelolannya berdasarkan Permendagri Nomor 79 Nomor 2018 Tentang BLUD. Sebagai penjabaran teknis dari masing-masing peraturan di atas dikeluarkan peraturan bupati sebagai penguatan kebijakan di daerah. Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 dijabarkan oleh Perbup Nomor 84 Tahun 2018 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan, Pendukung Biaya Operasional, dan Belanja Modal Pada FKTP Puskesmas se Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018. Sedangkan kan penjabaran Permendagri Nomor 27 Tahun 2019 Tentang Pemanfaatan Dana Pendapatan BLUD UPT Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat.

Semua responden sepakat implementasi pengelolaan dana kapitasi harus disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sebagaimana diungkapkan salah satu responden berikut:

“....aturan yang dikeluarkan oleh kementrian kesehatan yaitu permenkes nomor 21 tahun 2016 itu merupakan acuan utama di dalam pemanfaatan dana kapitasi. Hanya saja secara teknis di tingkat daerah aturan ini tentu perlu diperkuat kembali dengan peraturan-peraturan yang ada di daerah tertama sekali dalam kaitannya dengan bagaimana pemanfaatannya secara di tingkat puskesmas.....” (If 4)

“....sejak tahun 2019 ini puskesmas coba kita terapkan dengan pola pengelolaan keuangan BLUD. Yaitu dasarnya adalah permendagri nomor 79 tahun 2018 tentang BLUD....” (If 4)

Berikut disajikan matriks yang merupakan *framework* dari hasil wawancara semi-terstruktur tentang kebijakan implementasi pengelolaan dana kapitasi program JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019, dapat dilihat pada tabel 6 dibawah ini:

Tabel 6 Matriks framework untuk kebijakan dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If1	Permenkes, aturan daerah	Permendagri 79 tahun 2018
If2	Permenkes	Permendagri 79 tentang BLUD
If3	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 Tentang Pemanfaatan Dana Kapitasi	Peraturan Bupati Nomor 27 Tahun 2019
If4	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016, aturan daerah	Permendagri Nomor 79 Tahun 2018
If5	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 SK Bupati	Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 SK Bupati Nomor 27 Tahun 2019 Tentang pemanfaatan dana pendapatan BLUD Kabupaten Pasaman Barat
If6	Perbup	Perbup
If7	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016, Perbup	Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, Perbup
If8	Permenkes 21 Tahun 2016	Perbup
If9	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016, Perbup	Perbup Nomor 27 Tahun 2019
Kesimpulan	Kebijakan pengelolaan dana kapitasi adalah Permenkes Nomor 21 Tahun 2016, diperkuat dengan Perbup	Kebijakan pengelolaan dana kapitasi adalah Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, diperkuat dengan Peraturan Bupati Nomor 27 Tahun 2019

Beda kedua peraturan ini adalah permenkes Nomor 21 Tahun 2016 ini khusus mengatur tentang pemanfaatan dana kapitasi puskesmas, sedangkan permendagri Nomor 79 Tahun 2018 mengatur keseluruhan dari sebuah unit pelaksana teknis/badan daerah. Di dalamnya di jelaskan mulai dari syarat pembentukan BLUD, pengorganisasian, struktur anggaran, perencanaan penganggaran, pengelolaan belanja sampai pada penggunaan dana sisa anggaran.

Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 diperuntukkan bagi puskesmas yang non-BLUD dimana pengelolaan keuangannya masih mengikuti mengikuti aturan umum pelaksanaan APBD dan norma-norma penatausahaan keuangan daerah yang diatur dalam Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri

Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah. Sedangkan Permendagri Nomor 79 Tahun 2019 diperuntukkan bagi puskesmas yang sudah BLUD yang dapat mengelola keuangan sesuai dengan kebutuhannya tanpa harus mengikuti aturan pengelolaan keuangan daerah.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen, Peraturan Bupati Nomor 84 Tahun 2018 menjelaskan bagaimana pembagian persentase dana yang dapat digunakan ini disesuaikan dengan kesepakatan dan kebutuhan puskesmas masing-masing. Di awal dijelaskan aturan secara umum kemudian berikut dilampirkan persentase masing-masing puskesmas di belakangnya. Pada Perbup Nomor 27 Tahun 2019 ini berisi tentang penjelasan mengenai tata cara pengelolaan keuangan di puskesmas yang sudah menerapkan PPK-BLUD, dimana puskesmas dikelompokkan ke dalam 2 kelompok yang disebut kluster. Pengelompokan tersebut berdasarkan pada jumlah pendapatannya. Pendapatan ini terbagi atas 3 yaitu retribusi, dana kapitasi, dan dana non kapitasi. Kluster 1 untuk puskesmas dengan pendapatan 70 juta atau lebih per bulan, dan kluster 2 untuk puskesmas dengan pendapatan dibawah 70 juta per bulan. Berdasarkan kluster tersebut ditentukan persentase dana yang dapat digunakan untuk masing-masing kegiatan puskesmas.

Sosialisasi mengenai kebijakan aturan baru ini sebenarnya sudah dilakukan mulai tahun sebelumnya seperti yang disampaikan oleh salah satu informan. Berikut kutipan wawancaranya;

“Kita tahu bahwa 2018 itu selama satu tahun penuh kita periapkan puskesmas untuk bisa menerapkan PPK BLUD dengan harapan pada awal 2019 itu, yang puskesmas yaitu seluruh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat menerapkan PPK BLUD dan tujuannya tidak lain dan tidak bukan agar segala dana yang diperoleh dari kapitasi kepesertaan jaminan kesehatan ini betul-betul bisa dimanfaatkan oleh puskesmas dalam rangka mendukung kegiatan pelayanan kepada masyarakat’.(If4)

Keadaan yang sama pada kedua puskesmas baik yang penyerapan dana kapitasi tertinggi ataupun yang terendah. Kedua puskesmas sama-sama

memiliki peraturan sebagai pedoman dalam pengelolaan dana kapitasi JKN di puskesmas. Berikut dapat dilihat mengenai kepemilikan pedoman peraturan tersebut pada tabel 7.

Tabel 7 Perbandingan keberadaan pedoman pengelolaan dana kapitasi puskesmas serapan tertinggi dengan puskesmas serapan terendah

Puskesmas	Sebelum BLUD		Sesudah BLUD	
	Permenkes 21 Tahun 2016	Perbup 84 Tahun 2018	Permendagri 79 Tahun 2018	Perbup 27 Tahun 2019
Serapan Tertinggi	√	√	√	√
Serapan Terendah	√	√	√	√

Matrik Triangulasi mengenai kebijakan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi program JKN oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat tahun 2019 berdasarkan observasi, telaah dokumen dan wawancara semi-terstruktur dapat dilihat pada tabel 8 berikut ini :



Tabel 8 Matrik Triangulasi Kebijakan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara semi-terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	Adanya permenkes 21 Tahun 2016 tentang pemanfaatan dana kapitasi untuk FKTP milik Pemerintah daerah Adanya Perbup 84 Tahun 2018 tentang penggunaan dana kapitasi dan non kapitasi, yang berisi penjelasan/rincian dari permenkes 21 Tahun 2016, disesuaikan dengan kondisi daerah	Kebijakan pengelolaan dana kapitasi adalah Permenkes 21 Tahun 2016, diperkuat dengan Perbup	Kebijakan yang menjadi pedoman dalam pengelolaan dana kapitasi JKN mengacu kepada Permenkes 21 Tahun 2016 yang diperkuat dengan Perup 84 Tahun 2018 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah
Sesudah	Adanya Permendagri 79 Tahun 2018 Tentang BLUD Perbup 27 Tahun 2019 Tentang pemanfaatan dana pendapatan BLUD Kab. Pasaman Barat berisi tentang penjelasan bagaimana pengelolaan keuangan di puskesmas yang dibagi menjadi 2 kluster.	Kebijakan pengelolaan dana kapitasi adalah Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, diperkuat dengan Peraturan Bupati Nomor 27 Tahun 2019	Kebijakan yang menjadi pedoman dalam pengelolaan dana kapitasi adalah Permendagri 79 Tahun 2018 tentang BLUD yang diperkuat dengan Perup 27 Tahun 2019 tentang pemanfaatan dana pendapatan BLUD Kabupaten Pasaman Barat.

Hasil wawancara semiterstruktur, telaah dokumen dan observasi dapat disimpulkan bahwa pedoman yang digunakan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas adalah peraturan bupati yang merupakan penjabaran dari peraturan yang lebih tinggi yaitu permenkes nomor 21 Tahun 2016 sebelum BLUD dan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 setelah BLUD. Tidak ada masalah mengenai kebijakan pengelolaan dana kapitasi JKN ini. Kedua puskesmas tahu dan paham mengenai peraturan tersebut. Berikut perbandingan kebijakan sebelum dan sesudah BLUD pada kedua puskesmas sampel :

Tabel 9 Perbandingan Kebijakan sebelum dan sesudah BLUD dalam pengelolaan dana kapitasi oleh Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat

	Sebelum BLUD	Sesudah BLUD
Aturan Dasar	Permenkes Nomor 21 Tahun 2016	Permendagri Nomor 79 Tahun 2018
Aturan Turunan/ Perda	Perbup Nomor 84 Tahun 2018	Perbup Nomor 27 Tahun 2019

b. Tenaga

Tenaga merupakan bagian yang sangat penting dalam melaksanakan suatu kegiatan, begitu juga dengan kegiatan pengelolaan dana kapitasi ini. Tenaga yang berperan dalam pengelolaan dana kapitasi sebelum diterapkannya PPK-BLUD di Puskesmas adalah 3 (tiga) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang KPA (Kuasa Pengguna Anggaran), 1 (satu) orang bendahara dan 1 (satu) orang PPTK (Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan). Peran KPA dan bendahara ditugaskan kepada puskesmas bersangkutan dan peran PPTK ditugaskan pada kepala bidang yang membawahi program JKN yaitu Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, tenaga pengelolanya lebih banyak dan semuanya di pegang oleh puskesmas masing-masing. Pejabat pengelola keuangan di puskesmas BLUD terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan, dan Pejabat Teknis. Masing-masing perannya yaitu pemimpin sebagai KPA, Pejabat Keuangan dibantu oleh Bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran, kemudian pejabat teknis sebagai PPTK. Semua peran tersebut sudah berpindah secara penuh menjadi tanggung jawab puskesmas.

Informan sepakat bahwa tenaga yang berperan dalam pengelolaan dana kapitasi terdiri atas KPA (Kepala Puskesmas), PPTK (Kabid yang membawahi JKN) dan bendahara. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh salah satu informan di bawah ini :

“...sebelum BLUD, itu di puskesmas ada bendahara. Kemudian KPA, yaitu kepala puskesmas nya. Ada juga P-care di masing-masing puskesmas....”

“....PPTK ini bukan dari puskesmas masing-masing, namun dari dinas kesehatan...” (If 5)

Tenaga pengelola dana kapitasi di puskesmas setelah penerapan PPK-BLUD adalah Pemimpin Puskesmas sebagai KPA, Pejabat Teknis sebagai PPTK, dan Pejabat Keuangan yang dibantu oleh dua bendahara yaitu Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh salah satu informan berikut:

“....setelah BLUD ini, ada 3 pejabat yang mengelola keuangan BLUD ini yang dijelaskan juga dalam permendagri, yaitu pemimpin puskesmas sebagai KPA, kemudian pejabat teknis, dan pejabat keuangan. Pejabat keuangan ini terdiri atas bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran. Masing-masing pejabat ini diangkat berdasarkan SK bupati, sebagai pertanggungjawaban nantinya....” (If 5)

Menurut informan, tenaga p-care di puskesmas bertugas mengoperasikan aplikasi p-care yang ada di puskesmas yang berkaitan dengan pendaftaran pasien, rujukan dan lain-lain. Tenaga p-care juga harus mengentri sejumlah data kunjungan, baik kunjungan sehat atau kunjungan sakit sesuai dengan ketentuan minimalnya 150/100 kepesertaan sehingga kapitasi yang diperolehnya penuh. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan salah satu informan dalam kutipan wawancaranya sebagai berikut :

“...Jadi harus mereka entrikan karena juga di kapitasi itu menjadi indikator 150/1000 kepesertaan ini harus dilayani dan dientrikan ketika apa. Jadi kunjungan sehat itu harus mereka entrikan juga di p care. Kalau itu tidak terpenuhi, maka nanti ya kapitasinya bisa berkurang....” (If 3)

Dari sisi tenaga, informan mengungkapkan selama ini adanya kekurangan tenaga dari segi kualitasnya, dimana bendahara sebagai pengelola utama keuangan puskesmas bukan berasal dari tenaga dengan basic akuntansi/pengelolaan keuangan atau yang pernah mendapat pelatihan tentang akuntansi/pengelolaan keuangan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh beberapa informan dibawah ini :

“....memang masalah tenaga, kita selama ini kan masih sangat kekurangan tenaga lah yang profesional. Khusus untuk mengelola keuangan ini selama ini kita kan memberdayakan yang ada, apakah itu perawat atau bidan, mereka itu dilatih.....” (If 3)

“....dari sisi ketenagaan, dulu sebelum diterapkan pola pengelolaan BLUD, maka sebetulnya tenaga di puskesmas itu tidak cukup untuk bisa melakukan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi itu dengan baik. Misalnya, pada saat itu KPA memang sudah di puskesmas tetapi PPTK masih di dinas kesehatan, karena keterbatasan dan lain sebagainya sehingga

mengakibatkan salah satu diantara KPA atau PPTK harus ada di dinas kesehatan kemudian ketersediaan tenaga kesehatan yang bisa diberikan tanggung jawab untuk sebagai bendahara dan lain sebagainya juga masih ada keterbatasan. Demikian juga dengan tenaga kebutuhan yang lain seperti misalnya tenaga p-care dan lain sebagainya.....” (If 4)

Selain itu, sejak penerapan PPK-BLUD, puskesmas juga sudah dibantu oleh tenaga kontrak akuntansi yang membantu dalam pengelolaan dana kapitasi ini. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh salah seorang informan dibawah ini :

“....Pengelola BLUD di puskesmas kita ada tambahan tenaga akuntansi sebagai pelaksana pendanaan selain bendahara. Jadi ada tambahan tenaga, saya rasa untuk jumlah tenaga pengelola nya cukup....” (If 7)

Tenaga pengelola

Berikut disajikan *matriks framework* tentang wawancara semi terstruktur mengenai ketenagaan dalam pengelolaan dana kapitasi di puskesmas dapat dilihat pada table 10 berikut ini :



Tabel 10 Matriks *framework* tentang tenaga dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If3	Bendahara dari tenaga perawat atau bidan P-care dari kontrak hanya 1 orang	Bendahara dibantu tenaga kontrak akuntansi dari dana BOK Tenaga p-care masing-masing puskesmas minimal 2 atau 3 orang
If4	Kepala puskesmas sebagai KPA Dinas kesehatan sebagai PPTK Bendahara ditetapkan dari tenaga kesehatan di puskesmas P-care ditetapkan dari tenaga kontrak 1 orang	Kepala puskesmas sebagai KPA KTU puskesmas sebagai PPTK Pejabat Keuangan, dan Pejabat Teknis, bendahara penerimaan, bendahara pengeluaran, p-care
If5	Di puskesmas ada Bendahara, KPA (Kepala puskesmas) dan tenaga P-care PPTK di dinas kesehatan	Pemimpin puskesmas sebagai KPA, kemudian pejabat teknis, dan pejabat keuangan. Pejabat keuangan ini terdiri atas bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran
If6	Bendahara sebagai pengelola keuangan, pimpinan sebagai KPA sebagai penanggungjawab seluruh kegiatan	Tenaga pengelola keuangan masih kurang merupakan kendala selama ini
If7	Bendahara, KPA (kepala puskesmas), dan p-care	Tenaga akuntansi sebagai pelaksana keuangan selain bendahara
If8	Bendahara Tenaga pengelola adalah bendahara	PPTK, KPA, Bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran
If9	Tenaga masih kurang, bendahara dari D3 bidan	Satu tenaga kontrak akuntansi yang membantu bendahara
Kesimpulan	Sebelum penerapan PPK-BLUD tenaga pengelola keuangan JKN ini terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> - KPA ditetapkan dari kepala puskesmas - PPTK ditetapkan dari dinas kesehatan - Bendahara ditetapkan dari tenaga ASN di puskesmas - P-care ditetapkan dari tenaga kontrak di puskesmas hanya satu orang 	Setelah penerapan PPK-BLUD, tenaga pengelola dana kapitasi ini terdiri: <ul style="list-style-type: none"> - KPA ditetapkan dari Kepala Puskesmas - PPTK ditetapkan Pejabat Teknis - Pejabat Keuangan yang dibantu oleh 2 orang bendahara yaitu bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran yang ditetapkan tenaga ASN di puskesmas - P-care ditetapkan dari tenaga kontrak minimal 2 orang

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan di dinas kesehatan dan 2 puskesmas sampel. Mengenai tenaga untuk pengelolaan dana kapitasi sebelum penerapan PPK-BLUD terdapat tiga SK yaitu SK Bupati Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Penunjukan KPA dan bendaharan, SK Kepala Dinas Nomor 123 Tahun 2017 Tentang Penunjukan Pejabat Pemesanan Obat, Bahan Medis Habis Pakai, dan Perbekalan Kesehatan dan SK Kepala Puskesmas tentang Penunjukan Petugas P-care.

Setelah penerapan PPK-BLUD, terdapat ada 3 (tiga) macam SK mengenai tenaga pengelola keuangan pada puskesmas. SK pertama yaitu Keputusan Bupati Pasaman Barat Nomor 213 Tahun 2019 Tentang Penunjukan Kuasa Pengguna Anggaran/Barang dan Bendahara BLUD UPT Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun Anggaran 2019. Di dalam SK ini dijelaskan tupoksi KPA dan Bendahara kemudian dilampirkan nama-nama pejabat yang ditunjuk beserta specimen tanda tangan dan paraf yang dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan terkait dengan penyelenggaraan keuangan. SK kedua yaitu Keputusan Bupati Pasaman Barat Nomor 278 Tentang Penunjukan Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis pada BLUD UPT Puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat Tahun Anggaran 2019. Di dalam SK ini dijelaskan tupoksi Pejabat Keuangan dan Pejabat teknis, kemudian juga dilampirkan nama-nama pejabat yang ditunjuk beserta specimen tanda tangan dan paraf yang dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan terkait dengan penyelenggaraan keuangan. Kemudian SK ketiga yaitu SK Kepala Puskesmas tentang tentang penunjukan tenaga p-care. SK P-care ini dibuat oleh masing-masing puskesmas, dengan penunjukan minimal 2 orang petugas. Setelah menerapkan PPK-BLUD, puskesmas sudah mempunyai ID untuk masing-masing wilayah, puskesmas yang tidak mempunyai apoteker menumpang dengan puskesmas dalam wilayah yang terdekat.

Masalah pada tenaga ini adalah bendahara JKN yang bertugas di puskesmas mempunyai latar belakang pendidikan kesehatan dan tidak pernah mendapatkan pelatihan khusus tentang bagaimana cara mengelola keuangan, terbukti dengan tidak adanya sertifikat yang dipegang oleh

bendahara. Selama ini bendahara hanya diberikan informasi-informasi mengenai tata cara pengelolaan keuangan melalui pertemuan-pertemuan yang berkaitan dengan tata cara penggunaan dana kapitasi JKN. Dalam pertemuan tersebut didatangkan narasumber yang memiliki sertifikat bendahara keuangan contohnya bendahara pengeluaran dinas kesehatan. Sehingga nanti ini akan menjadi tempat untuk transfer ilmu kepada bendahara/pengelola keuangan di tingkat puskesmas yang merupakan perpanjangan tangan dari bendahara dinas kesehatan.

Bendahara JKN puskesmas juga mempunyai peran ganda di puskesmas. Selain sebagai bendahara, mereka juga harus melaksanakan tupoksi mereka memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas. Hal ini menyebabkan kelebihan beban kerja, baik itu dari sisi peran mereka sebagai bendahara ataupun peran mereka sebagai tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil observasi, ditemukan perbedaan dari kedua puskesmas sampel bahwa bendahara puskesmas dengan serapan tertinggi mempunyai pengalaman menjadi bendahara lebih lama dibanding dengan puskesmas dengan serapan terendah. Bendahara puskesmas serapan tertinggi mempunyai pengalaman menjadi bendahara JKN selama kurang lebih 5 (lima) tahun, sedangkan bendahara puskesmas dengan serapan terendah baru menjadi pengalaman bendahara kurang lebih 2 (dua) tahun. Berikut adalah tabel mengenai perbandingan masa jabatan tenaga pengelola dana kapitasi JKN Puskesmas. Untuk PPTK pada masa itu adalah sama, sehingga penulis tidak memasukkannya sebagai pembanding.

Tabel 11 Ketersediaan Tenaga pengelola dana kapitasi JKN puskesmas serapan tertinggi dan puskesmas serapan terendah sebelum BLUD

Puskesmas	Kepala Puskesmas/ KPA		Bendahara JKN	
	Pendidikan Terakhir	Masa Jabatan	Pendidikan Terakhir	Masa Jabatan
Serapan tertinggi	S1 Kesmas	4 Tahun	DIII Kebidanan	5 Tahun
Serapan terendah	S2 Kesmas	2 Tahun	DIII Keperawatan	2 Tahun

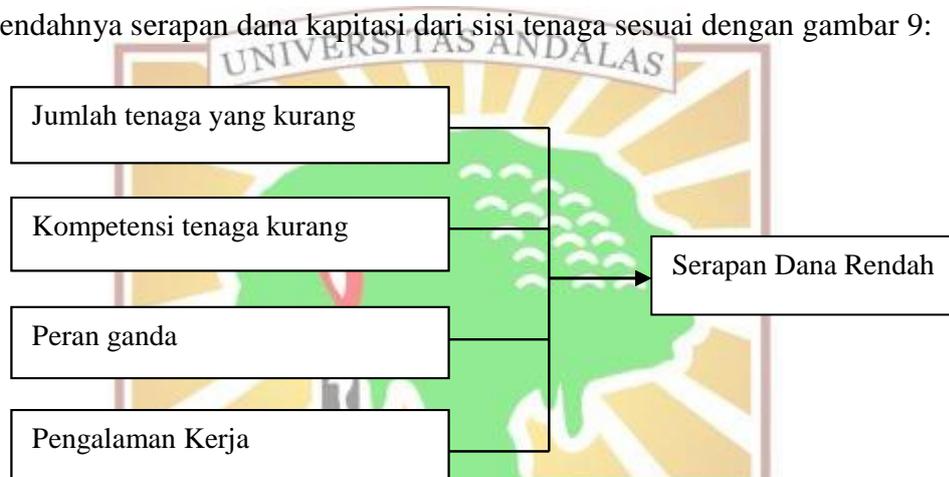
Matrik Triangulasi mengenai ketenagaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi program JKN oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat tahun 2019 dapat dilihat pada tabel 12 berikut ini :

Tabel 12 Matrik Triangulasi Tenaga Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara semi-terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	<ul style="list-style-type: none"> - Ada SK Bupati tentang penunjukan KPA dan Bendahara, SK Bupati tentang Penunjukan Pejabat pemesan Obat, SK Kepala Puskesmas tentang penunjukan Petugas P-care - Bendahara puskesmas serapan tertinggi lebih berpengalaman - Bendahara juga sebagai fungsional tertentu 	<p>Sebelum penerapan PPK-BLUD tenaga pengelola keuangan JKN ini terdiri dari Bendahara, KPA, dan petugas p-care. Dan sebagai PPTK dari dinas kesehatan yaitu Kabid Yankes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga yang terlibat dalam pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum penerapan PPK-BLUD adalah KPA, Bendahara dan Petugas P-care dari puskesmas, sedangkan PPTK dan Pejabat Pemesan Obat dari Dinas Kesehatan. - Bendahara puskesmas serapan tertinggi lebih berpengalaman - Bendahara juga sebagai fungsional tertentu
Sesudah	<ul style="list-style-type: none"> - Ada SK Bupati tentang penunjukan KPA dan Bendahara, SK Bupati tentang Penunjukan Pejabat Teknis dan Pejabat Keuangan, SK Kepala Puskesmas tentang penunjukan Petugas P-care, Masing-masing puskesmas sudah punya ID masing-masing untuk memesan Obat sesuai kebutuhan - Bendahara puskesmas serapan tertinggi lebih berpengalaman - Bendahara juga sebagai fungsional tertentu 	<p>Setelah penerapan PPK-BLUD, tenaga pengelola dana kapitasi ini terdiri Pemimpin (Kepala Puskesmas) sebagai KPA, Pejabat Teknis (KTU Puskesmas), dan Pejabat Keuangan yang dibantu 2 bendahara yaitu Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga yang terlibat dalam pengelolaan dana kapitasi sesudah penerapan PPK-BLUD adalah KPA, Bendahara, Pejabat Keuangan, Pejabat Teknis, dan tenaga P-care. - Bendahara puskesmas serapan tertinggi lebih berpengalaman - Bendahara juga sebagai fungsional tertentu

Hasil dari wawancara semi-terstruktur, telaah dokumen dan observasi dapat disimpulkan bahwa tenaga pengelola dana kapitasi ini secara kuantitas sudah cukup, namun secara kualitasnya masih kurang berkaitan dengan tenaga yang belum pernah mendapatkan pelatihan tentang pengelolaan keuangan daerah. Selama ini tenaga bekerja berdasarkan pengalaman dan belajar dari tenaga sebelumnya yang bertugas. Kemudian adanya peran ganda yang dijalani oleh tenaga selain sebagai bendahara juga sebagai fungsional tertentu di puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilakukan analisis penyebab rendahnya serapan dana kapitasi dari sisi tenaga sesuai dengan gambar 9:



Gambar 9 Pohon masalah penyebab rendahnya penyerapan dana kapitasi dari sisi tenaga

c. Dana

Dana yang digunakan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN ini baik sebelum atau sesudah penerapan PPK-BLUD adalah dana kapitasi itu sendiri. Mulai dari proses perencanaan sampai pada pertanggungjawaban dananya. Namun ada dana APBN yaitu dana dekonsentrasi dari provinsi yang dapat digunakan sebagai honor untuk tim monev dalam menunjang pengawasan. Perbedaannya untuk setelah penerapan BLUD, ada tambahan item belanja pegawai yang digunakan untuk honor bagi pengelola diluar dari jasa medis yang didapatkannya. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara beberapa informan dibawah ini :

“...Untuk pengelolaanya ya dari dana kapitasi itu sendiri...”

“....tapi dulu ada semacam honor yang diberikan untuk tim monev, itu monitoring dan evaluasi, dananya dari APBN provinsi. Ada tu diberikan untuk tim monev sesuai dengan SK nya.” (If 3)

“.....Untuk di perubahan kita memasukkan item di belanja pegawai sedang diproses, nanti hari jumat kemungkinan bisa dilihat kembali. Ada tambahannya...” (If 7)

Berikut adalah *framework* tentang dana yang digunakan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN di puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di puskesmas pada tabel 13 berikut :

Tabel 13 Matrik *framework* tentang dana dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If3	Ada honor untuk tim monev dari dana dekonsentrasi	Honor untuk pengelola
If4	Dana kapitasi	Dalam anggaran perubahan ada honor untuk pengelola keuangan
If5	Dana kapitasi untuk puskesmas Dana dekonsentrasi untuk tim monev	Dana untuk perjalanan dinas ke puskesmas dari BOK sekunder
If6	Dari jasa pelayanan	Ada honor untuk pengelola keuangan diambilkan dari belanja pegawai
If7	Tidak ada honor	Ada honor diambil dari belanja pegawai
If8	Murni dari dana kapitasi	Murni dari dana kapitasi
If9	Dari dana kapitasi	Dari dana kapitasi
Kesimpulan	Dana pendukung pengelolaan dana kapitasi JKN hanya dana kapitasi	Dana pendukung pengelolaan dana kapitasi JKN; Dana kapitasi, dana BOK sekunder

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan, dalam arsip dokumen 2018 ditemukan di dalam DPA untuk untuk semua kegiatan JKN terdapat dalam satu mata anggaran yaitu program pelayanan jaminan kesehatan. Setelah penerapan PPK-BLUD, pengelolaan dana kapitasi tergabung dalam dokumen RBA (Rencana Bisnis Anggaran) bersama dengan Retribusi dan dana non kapitasi. Dana non kapitasi peruntukannya sudah jelas untuk pembiayaan klaim persalinan dan rujukan ambulans. Sedangkan dana non kapitasi dan dana retribusi di bagi sesuai dengan aturan dalam Perbup Nomor 27 Tahun 2019. Untuk belanja dibagi 3 yaitu belanja

pegawai, belanja barang dan jasa, dan belanja modal. Untuk belanja pegawai bisa buat honor untuk pengelolaan keuangan, selain dari jasa pelayanan yang 60% tersebut.

Selain itu terdapat SK Kepala Dinas Kesehatan tentang pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi yang di dalamnya tercantum juga sejumlah honor yang diberikan kepada anggota sesuai SK tersebut. Anggaran dananya bersumber dari dana APBN provinsi yaitu dana dekonsentrasi untuk kabupaten/kota.

Matrik Triangulasi mengenai pendanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi program JKN oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat tahun 2019 berdasarkan telaah dokumen dan wawancara semi-terstruktur dapat dilihat pada tabel 14 berikut ini :

Tabel 14 Matriks Triangulasi mengenai dana dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara Mendalam	Analisis Triangulasi
Sebelum	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen RKA Puskesmas - Di dalam RKA rincian besar belanja terbagi 2 yaitu jasa pelayanan dan dukungan operasional - SK Tim Monev 	<p>Dana pendukung pengelolaan dana kapitasi JKN hanya dana kapitasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dalam pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum penerapan BLUD semuanya menggunakan dana kapitasi yang ditransfer dari BPJS - Ada 2 item belanja yaitu jasa pelayanan, dukungan operasional, dan belanja modal
Sesudah	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen RBA - Di dalam RBA ada 3 rincian belanja yaitu belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja modal - SK Tim Monev 	<p>Dana pendukung pengelolaan dana kapitasi JKN; Dana kapitasi, dana BOK sekunder</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dalam pengelolaan dana kapitasi JKN setelah penerapan PPK-BLUD menggunakan dana kapitasi dan dana retribusi - Ada 3 item belanja yaitu belanja pegawai, belanja barang dan jasa, dan belanja modal - Untuk dana BOK sekunder digunakan oleh tim monev dari dinas kesehatan untuk turun ke puskesmas.

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara semi-terstruktur menunjukkan hasil bahwa dana dalam pengelolaan dana kapitasi berasal dari dana kapitasi yang ditransfer BPJS ke rekening puskesmas. Dana lain yang mendukung yaitu dana untuk honor tim monev yang berasal dari dana dekonsentrasi kabupaten. Tidak ada masalah dengan ketersediaan dana di puskesmas.

d. Sarana

Sarana dan prasarana merupakan hal yang sangat penting dalam mendukung terlaksananya kegiatan pengelolaan dana kapitasi JKN ini. Sarana dan prasana dalam pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan BLUD ini adalah sama, dimana yang digunakan selama proses pengelolaan ini sarananya itu juga. Sebagian besar puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat ini telah mempunyai sarana pendukung yang lengkap. Hanya keberadaan ruangan khusus untuk pengelolaannya masih belum ada di beberapa puskesmas. Hal ini sangat berguna dalam mendukung kelancaran proses pengelolaannya. Mulai dari pembuatan perencanaan, pembuatan SPJ, kelengkapan lain, sampai pada pengarsipan. Dimana tempat khusus arsip sebagai bentuk dokumen pertanggungjawaban nantinya.

Sarana dan prasana dalam pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan BLUD ini adalah sama, dimana yang digunakan selama proses pengelolaan ini sarananya itu juga. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara berikut :

“Kalau untuk ruangan sebenarnya kita masih kurang, walaupun udah ada kantor kan, sementara kan keuangan masih menumpang di rumah dinas paramedis....”

“Untuk prasarananya mungkin kayak laptop, printer. Kalau untuk keuangan sudah ada laptop khusus beserta printernya. Namun yang belum ada yaitu lemari arsipnya mungkin. Lemari arsip yang khusus untuk bendahara belum ada.” (If 6)

Berikut disajikan matrik yang merupakan hasil wawancara mendalam mengenai sarana prasarana terkait implementasi pengelolaan

dana kapitasi JKN oleh puskesmas, sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat, dapat dilihat pada tabel 15 berikut:

Tabel 15 Matrik Reduksi Wawancara Mendalam Tentang Sarana Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum dan Sesudah
If6	Ruangan khusus ada, masih menumpang di rumah dinas paramedis yang tidak terpakai, lemari arsip belum ada
If7	Belum lengkap, termasuk ruangnya
If8	Sarana lengkap
If9	Sarana lengkap, ruangan khusus belum ada
Kesimpulan	Sarana dan prasarana masih belum memadai, memanfaatkan prasarana yang ada

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan, tidak terdapat ruangan khusus yang digunakan untuk pengelolaan dana kapitasi ataupun pengelolaan keuangan. Kedua puskesmas masih menumpang di ruang TU. Selain itu akses jalan dari puskesmas serapan terendah sangatlah jauh dibanding dengan puskesmas serapan tertinggi. Akses internet juga yang sangat terbatas di puskesmas serapan terendah, hampir setiap hari adanya pemadaman listrik PLN sehingga mempengaruhi jaringan internet.

Tabel 16 Perbandingan sarana dan prasarana puskesmas serapan tertinggi dan puskesmas serapan terendah

Sarana/prasarana	Puskesmas serapan tertinggi	Puskesmas serapan terendah
ATK, laptop, printer, dan lain-lain	Lengkap	Lengkap
Akses listrik	Jarang terjadi pemadaman listrik	Hampir setiap hari terjadi pemadaman listrik, mulai jam 08.00 WIB sampai jam 13.00 WIB
Akses jalan	Butuh waktu 15-30 menit untuk sampai ke ibukota kabupaten	Butuh waktu kurang lebih 3 jam untuk sampai ke ibukota kabupaten
Akses internet	Tidak ada masalah	Karena sering terjadi pemadaman listrik mempengaruhi jaringan internet juga

Matrik triangulasi tentang sarana dan prasarana dalam impelentasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah

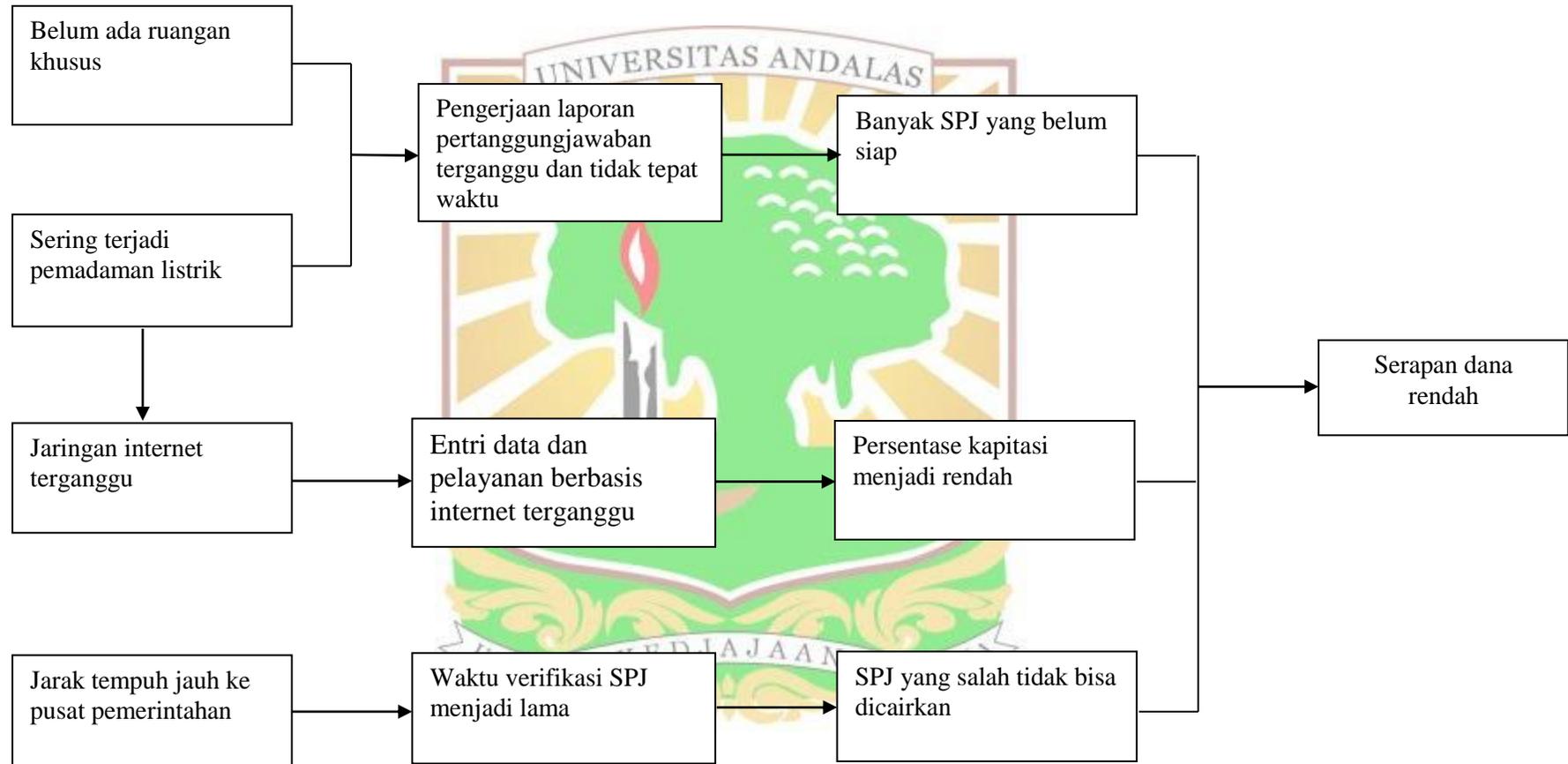
penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 17 berikut:

Tabel 17 Matriks triangulasi tentang sarana dan prasarana dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara semi-terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum dan sesudah	<ul style="list-style-type: none"> - Sarana berupa laptop, printer, dan ATK lainnya punya bagian JKN puskesmas - Ruang masih menumpang di ruang TU - Puskesmas serapan terendah membutuhkan waktu lebih banyak untuk sampai ke ibukota kabupaten, sering terjadi pemadaman listrik, dan jaringan internet yang tidak bagus 	<p>Sarana dan prasarana masih belum memadai, memanfaatkan prasarana yang ada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sarana dan prasarana masih belum memadai, terutama ruangan khusus untuk mengelola dana kapitasi - Puskesmas serapan terendah membutuhkan waktu lebih banyak untuk sampai ke ibukota kabupaten, sering terjadi pemadaman listrik, dan jaringan internet yang tidak bagus

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara semi-terstruktur mengenai kelengkapan sarana dan prasarana terkait pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas masih belum memadai. Belum tersedianya ruangan khusus yang untuk pengelolaan dana kapitasi atau pengelolaan keuangan. Akses listrik, jalan, dan jaringan internet pada puskesmas dengan serapan terendah juga menjadi hambatan dalam pengelolaan dana kapitasi ini.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilakukan analisis penyebab rendahnya penyerapan dana kapitasi dari sisi sarana dan prasarana, seperti pada gambar 10 :



Gambar 10 Pohon Masalah penyebab rendahnya penyerapan dana kapitasi dari sisi sarana dan prasarana

2. Proses

a. Perencanaan

Berdasarkan hasil wawancara semi-terstruktur dengan beberapa informan mengenai perencanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN, diperoleh informasi bahwa dalam perencanaan ini dibuat berdasarkan kebutuhan dari berbagai program. Sebelum penerapan PPK-BLUD, perencanaan terdiri atas 2 (dua) kali perencanaan, yaitu yang pertama perencanaan di tingkat puskesmas, dan kemudian dilanjutkan ke perencanaan tingkat kabupaten. Karena RKA puskesmas masih berada dalam RKA Dinas Kesehatan. Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, perencanaan hanya sampai tingkat puskesmas karena seluruh kegiatan keuangan puskesmas sudah menjadi tanggungjawab penuh puskesmas. Perencanaan ini disajikan dalam bentuk RBA (Rencana Bisnis dan Anggaran).

“.....sebelum BLUD itu, hampir keseluruhannya yang mengerjakan dari dinas kesehatan, tapi dari usulan-usulan mereka (puskesmas) juga. Tapi yang bekerja yang lebih banyak itu di dinas kesehatan.” (I3)

“Kalau sekarang, itu apa lebih banyak direncanakan oleh puskesmas itu sendiri. Jadi puskesmas sesuai dengan kebutuhan puskesmas itu sendiri, mereka harus memasukkan harus membuat perencanaan yang matang di RBA nya, sebab kalau mereka tidak merencanakan dari awal nanti pas waktu pertengahan nanti mereka perlu ini, nanti tidak teranggarkan. Itu memang mereka lebih apa, lebih leluasa untuk merubah RBA nya. Tetapi tetap juga harus melalui dinas kesehatan persetujuannya.” (I3)

Perbedaan dari perencanaan tersebut adalah sebelum penerapan PPK-BLUD, puskesmas dalam pengelolaan keuangannya harus mengikuti tata kelola keuangan daerah, dimana dana kapitasi puskesmas tersebut dihitung sebagai pendapatan daerah dan penggunaannya harus melalui mekanisme daerah sehingga perencanaannya harus masuk dalam perencanaan daerah. Sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD puskesmas sudah berhak mengelola keuangannya sendiri. Dana kapitasi dihitung sebagai pendapatan puskesmas dan perencanaannya pun terlepas dari perencanaan daerah, sehingga perencanaannya tersebut dibuat dalam satu dokumen RBA masing-masing puskesmas yang bisa dilakukan perubahan setiap bulannya sesuai dengan kebutuhan. Karena mengingat salah satu ciri

utama pelayanan kesehatan yaitu *uncertainty* atau ketidakpastian tentang kebutuhan akan pelayanan kesehatan baik waktu, tempat maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Ketidakpastian ini menimbulkan kesulitan bagi puskesmas untuk menganggarkan biaya dalam rangka memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya. Dengan begitu, puskesmas diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya tanpa harus terhalang oleh masalah dana.

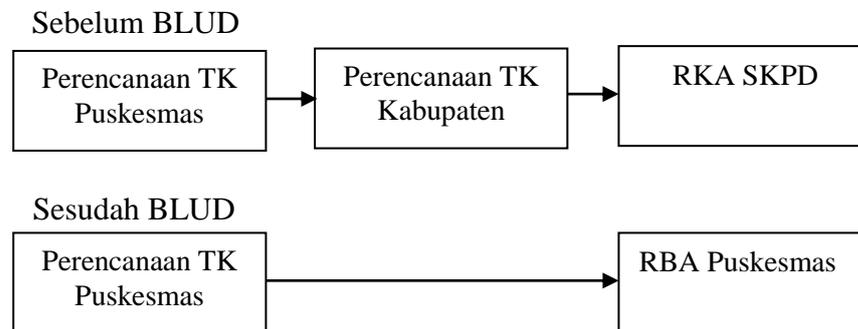
Berikut ini disajikan matriks *framework* dari hasil wawancara semi-terstruktur tentang perencanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat dapat dilihat pada tabel 18 berikut ini :



Tabel 18 Matrik Framework Wawancara Mendalam Tentang Perencanaan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If3	Perencanaan hampir seluruhnya oleh dinas kesehatan Usulan-usulan tetap dari puskesmas	Puskesmas yang merencanakan dalam bentuk RBA, persetujuannya tetap melalui dinas kesehatan.
If4	Bagian rutin bagi puskesmas	Dinas kesehatan mengarahkan sesuai dengan bidang masing-masing
If5	Sama seperti perencanaan pada APBD, adakan pertemuan dg puskesmas untuk membuat perencanaan	Disesuaikan dengan permendagri 79 tahun 2018 Bendahara pengeluaran menyesuaikan dengan bendaharan penerimaan
If6	Perencanaan di puskesmas, diajukan ke dinas kesehatan, setelah disetujui dimasukkan ke dalam RKA dinas kesehatan	Diskusi dengan tim perencana yang terdiri dari penanggungjawab UKM, UKP, dan penerima barang tentang apa saja kegiatan yang akan dilakukan tahun depan
If7	RKA dari dinas kesehatan Item-item belanja tetap diusulkan puskesmas	Pengeluaran dibatasi menjadi tiga jenis belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan jasa atau operasional
If8	Program-program pokok melakukan staff meeting Dikumpulkan kebutuhan-kebutuhan untuk tahun depan	Sama seperti sebelum BLUD
If9	Perencanaan dibuat oleh kepala puskesmas Rapat bersama program-program pokok RKA puskesmas di dalam RKA dinas kesehatan	Perencanaan dibuat oleh kepala puskesmas Rapat bersama program-program pokok
Kesimpulan	Perencanaan dimulai dari perencanaan di tingkat puskesmas, kemudian di usulkan ke dinas kesehatan menjadi RKA	Perencanaan dimulai dari perencanaan di tingkat puskesmas, yaitu dengan mengadakan rapat dengan program-program yang pokok yang dipimpin oleh kepala puskesmas

Perbandingan model perencanaan dana kapitasi sebelum dan sesudah BLUD dapat kita lihat pada gambar 11 berikut :



Gambar 11 Perbandingan perencanaan sebelum dan sesudah BLUD

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan terkait dengan pengelolaan dana kapitasi JKN di puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD ditemukan dokumen RKA dinas kesehatan. RKA Dinas ini dibuat berdasarkan usulan dari masing-masing puskesmas. Rencana ini dibahas dalam suatu pertemuan yang membicarakan tentang kegiatan tahunan, sehingga terbentuk suatu kesepakatan. Jika terdapat kekurangan dana atau sebagainya, perubahan hanya dapat dilakukan setahun sekali, biasanya pada bulan Oktober setiap tahunnya. Anggaran perubahan tersebut bisa digunakan jika sudah disahkan oleh pejabat yang berwenang. Setelah anggaran perubahan tersebut disahkan, puskesmas hanya punya waktu 2 bulan untuk menyelesaikan pertanggungjawaban yang masih tertunda, sehingga beberapa kegiatan tidak bisa dikerjakan oleh puskesmas, sehingga serapan dana menjadi rendah dan menjadi sisa dana di rekening puskesmas.

Perencanaan setelah BLUD, perencanaan yang dilakukan sampai tingkat puskesmas, pengesahannya sampai tingkat puskesmas juga. Perencanaan ini tercakup di dalam sebuah dokumen Rancangan Bisnis dan Anggaran (RBA). Dokumen RBA ini dapat saja diubah sewaktu waktu apabila dibutuhkan, ini membuat pemanfaatan dana setelah BLUD ini menjadi lebih fleksibel. Namun penggunaannya tetap sesuai ketentuan yang berlaku.

Matriks triangulasi tentang perencanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD

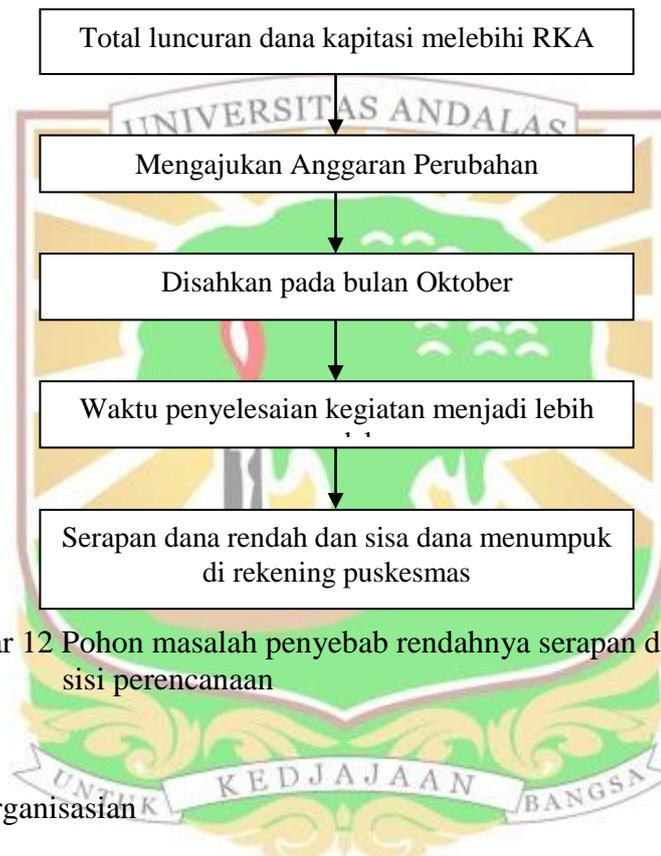
di puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019 berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 19 berikut:

Tabel 19 Matrik Triangulasi Tentang Perencanaan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara semi- terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	<ul style="list-style-type: none"> - RKA Puskesmas - Notulen rapat perencanaan - Perubahan setahun sekali dan disahkan oleh PPKD 	<p>Perencanaan dimulai dari perencanaan di tingkat puskesmas, kemudian di usulkan ke dinas kesehatan menjadi RKA yang menyatu dengan RKA dinas kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perencanaan disusun dalam RKA dinas kesehatan sesuai dengan perencanaan yang diusulkan puskesmas dan disepakati pada saat rapat tentang perencanaan kegiatan sebelumnya dengan puskesmas. - RKA dana kapitasi puskesmas masih menjadi bagian dari RKA dinas kesehatan - Perubahan anggaran bisa dilakukan setahun sekali dan disahkan oleh PPKD
Sesudah	<ul style="list-style-type: none"> - RBA Puskemas terdiri dari seluruh kegiatan masing-masing puskesmas - Perubahan bisa diklakukan sesuai kebutuhan puskesmas 	<p>Perencanaan dimulai dari perencanaan di tingkat puskesmas, yaitu dengan mengadakan rapat dengan program-program yang pokok yang dipimpin oleh kepala puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perencanaan yang disusun dalam RKA masing-masing puskesmas sesuai dengan usulan dari program-program pokok, kemudian disepakati dalam rapat tingkat lanjut di puskesmas. - RBA puskesmas sudah terpisah dari RKA dinas kesehatan. - Perubahan bisa diklakukan sesuai kebutuhan puskesmas

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara semi terstruktur mengenai perencanaan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Perubahan pola pengelolaan keuangan ini membuat puskesmas lebih fleksibel dalam memanfaatkan dana yang ada sesuai dengan kebutuhan. Sepanjang memenuhi ketentuan yang ada pada pedoman yang digunakan.

Berdasarkan penelitian dapat dianalisis penyebab serapan dana kapitasi rendah seperti terlihat pada gambar 12 berikut :



Gambar 12 Pohon masalah penyebab rendahnya serapan dana kapitasi dari sisi perencanaan

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan pengaturan dari sumber daya. Dalam hal ini penulis memfokuskan tentang bentuk koordinasi dalam pengorganisasian. Berdasarkan hasil wawancara semi-terstruktur dengan informan mengenai pengorganisasian dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum penerapan PPK-BLUD, bahwa pengorganisasian dilakukan dalam lingkup puskesmas terdiri atas pimpinan yang langsung sebagai KPA, dan Bendahara sesuai dengan usulan puskesmas yang disahkan oleh SK Bupati. PPTK ditetapkan langsung yaitu Kepala Bidang yang membawahi program JKN. Setelah penerapan PPK-BLUD di

puskesmas maka struktur organisasi keuangannya juga berubah. Semua pengelola keuangan berasal dari puskesmas yang di sahkan dalam Surat Keputusan Bupati. Di dalam SK tersebut diuraikan tugas dan fungsinya masing-masing.

Semua informan sepakat bahwa seluruh tenaga pengelola ditetapkan berdasarkan SK Bupati sesuai dengan usulan dari puskesmas. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara dari salah satu informan dibawah ini :

“.....KPA dan bendahara ditunjuk berdasarkan SK Bupati dan PPTK dari Kepala bidang yang langsung membawahi program JKN....” (If 4)
“....Pejabat pengelola keuangan ditunjuk berdasarkan SK bupati sesuai dengan usulan puskesmas....” (If 4)

Berikut ini disajikan matriks framework dari hasil wawancara mendalam tentang pengorganisasian dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat dapat dilihat pada tabel 20 berikut ini :

Tabel 20 Matriks Framework Wawancara Semiterstruktur Tentang Pengorganisasian Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If3	KPA dan bendahara ditunjuk berdasarkan SK Bupati dan PPTK dari Kabid Yankes	Semua pejabat pengelola keuangan ditunjuk berdasarkan SK Bupati
If4	KPA dan bendahara ditunjuk berdasarkan SK Bupati dan PPTK dari Kabid yang langsung membawahi program JKN	Pejabat pengelola keuangan ditunjuk berdasarkan SK bupati sesuai dengan usulan puskesmas
If6	Uraian tugas di SK KPA dan bendahara	Mengenai pembagian tugasnya sudah ada di SK masing-masing
If8	1 SK tentang pejabat pengelola keuangan JKN	2 SK tentang penjabat pengelola keuangan
If9	Tugasnya masing-masing ada di dalam SK	Tugasnya ada di dalam SK masing-masing
Kesimpulan	Uraian tugas KPA dan bendahara dijelaskan dalam SK penunjukan KPA dan bendahara JKN PPTK ditunjuk langsung yaitu kepala bidang yang membawahi langsung program JKN	Uraian tugas KPA dan Bendahara dijelaskan dalam SK Uraian tugas pejabat keuangan dan pejabat teknis dijelaskan dalam SK Pimpinan dan bendahara tetap konsultasi ke dinkes mengenai kegiatan dalam perencanaan

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan terkait dengan pengorganisasian dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN di puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD terdapat keputusan bupati tentang penunjukan kuasa pengguna anggaran dan bendahara. Untuk SK PPTK tidak ada karena PPTK pada masa itu telah ditunjuk secara langsung menjadi PPTK untuk pencairan dana kapitasi puskesmas adalah kepala bidang yang membawahi langsung program JKN yaitu Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes). Pengorganisasian setelah penerapan PPK-BLUD ini, ditemukan SK Bupati tentang penunjukan Kuasa Pengguna Anggaran dan Bendahara, serta SK Bupati tentang Penunjukan Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis pada BLUD puskesmas.

Matriks triangulasi tentang perencanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019 berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 21 berikut:

Tabel 21 Matriks Triangulasi Tentang Pengorganisasian Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara Semi Terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	SK Penunjukan KPA dan Bendahara Tidak ditemukan SK penunjukan PPTK	Uraian tugas KPA dan bendahara dijelaskan dalam SK penunjukan KPA dan bendahara JKN PPTK ditunjuk langsung yaitu kepala bidang yang membawahi langsung program JKN	Sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas, dalam pencairan dana kapitasi ini dinas kesehatan terlibat secara langsung yaitu sebagai PPTK dalam kegiatan. Hal ini menunjukkan bahwa dinas kesehatan mempunyai tanggungjawab dalam kelancaran kegiatan tersebut.

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara Semi Terstruktur	Analisis Triangulasi
Sesudah	SK Penunjukan KPA dan Bendahara SK Penunjukan Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis	Uraian tugas KPA dan Bendahara (Penerimaan dan Pengeluaran) dijelaskan dalam SK Penunjukan KPA dan Bendahara Uraian tugas pejabat keuangan dan pejabat teknis dijelaskan dalam SK penunjukan Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis Pimpinan dan bendahara tetap konsultasi ke dinas kesehatan mengenai kegiatan dalam perencanaan	Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, seluruh tanggungjawab berpindah ke puskesmas. Semua peran sudah dialihkan ke puskesmas. Dinas kesehatan hanya sebagai Pembina atau pengawas dalam kegiatan. Ini terlihat dalam uraian tugas masing-masing peran yang telah di SK kan oleh pimpinan daerah/bupati. Selama proses pelaksanaan kegiatan, puskesmas tetap berkoordinasi dan berkonsultasi dengan dinas kesehatan.

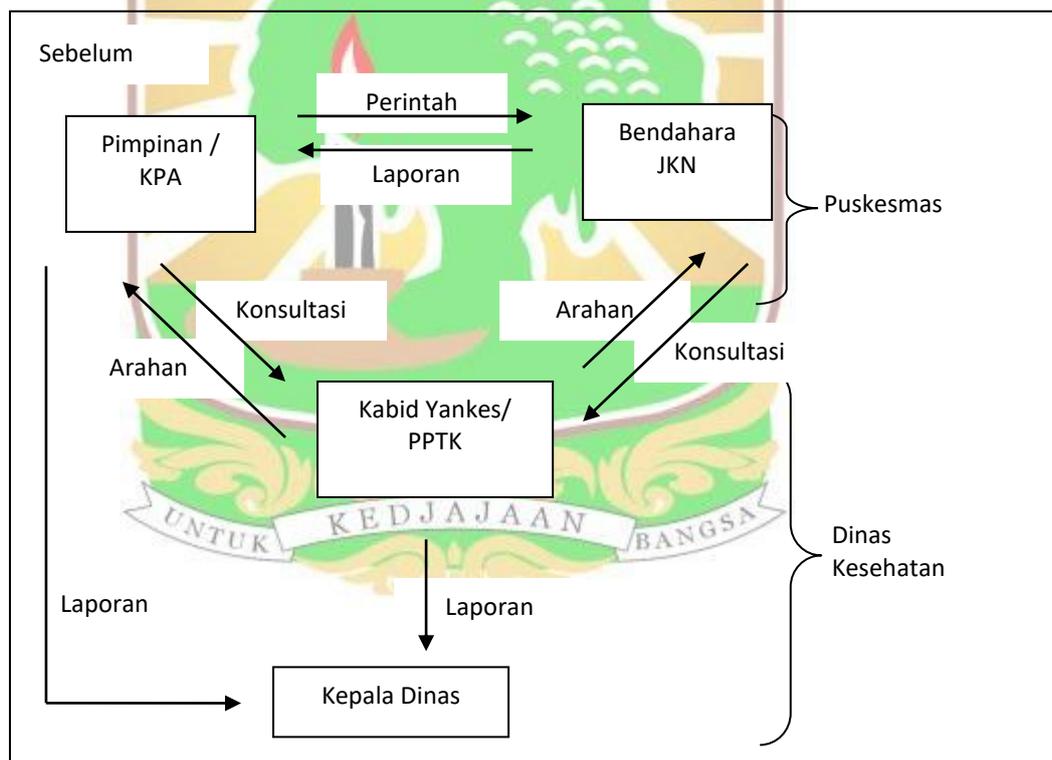
Berdasarkan observasi, telaah dokumen dan wawancara semi-terstruktur, pengorganisasian sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas, dalam pencairan dana kapitasi ini dinas kesehatan terlibat secara langsung yaitu sebagai PPTK dalam kegiatan. Hal ini menunjukkan bahwa dinas kesehatan mempunyai tanggungjawab dalam kelancaran kegiatan tersebut. Sedangkan Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, seluruh tanggungjawab berpindah ke puskesmas. Semua peran sudah dialihkan ke puskesmas, dinas kesehatan hanya sebagai Pembina atau pengawas dalam kegiatan, sesuai dengan uraian tugas masing-masing yang telah di SK kan oleh pimpinan daerah/bupati. Namun selama proses pelaksanaan kegiatan, puskesmas tetap berkoordinasi dan berkonsultasi dengan dinas kesehatan.

Perbedaan bentuk pengorganisasiannya dapat kita lihat dari segi bentuk organisasi dan bentuk koordinasinya. Sebelum penerapan PPK-BLUD salah satu dari unsur pengelola keuangan tersebut ditetapkan langsung dari dinkes, sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD semua komponen tenaga pengelola berasal dari puskesmas. Bentuk koordinasinya pun berbeda, dimana setelah penerapan PPK-BLUD dinas kesehatan sudah

berada diluar pengorganisasian pengelolaan keuangan puskesmas yaitu sebagai pembina.

Masalah yang muncul adalah bentuk pengorganisasian puskesmas BLUD tidak sama seperti yang diuraikan dalam Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Penyesuaian-penyesuaian ini menjadi kendala bagi puskesmas yang baru menerapkan PPK-BLUD, termasuk dalam pencairan dana kapitasi.

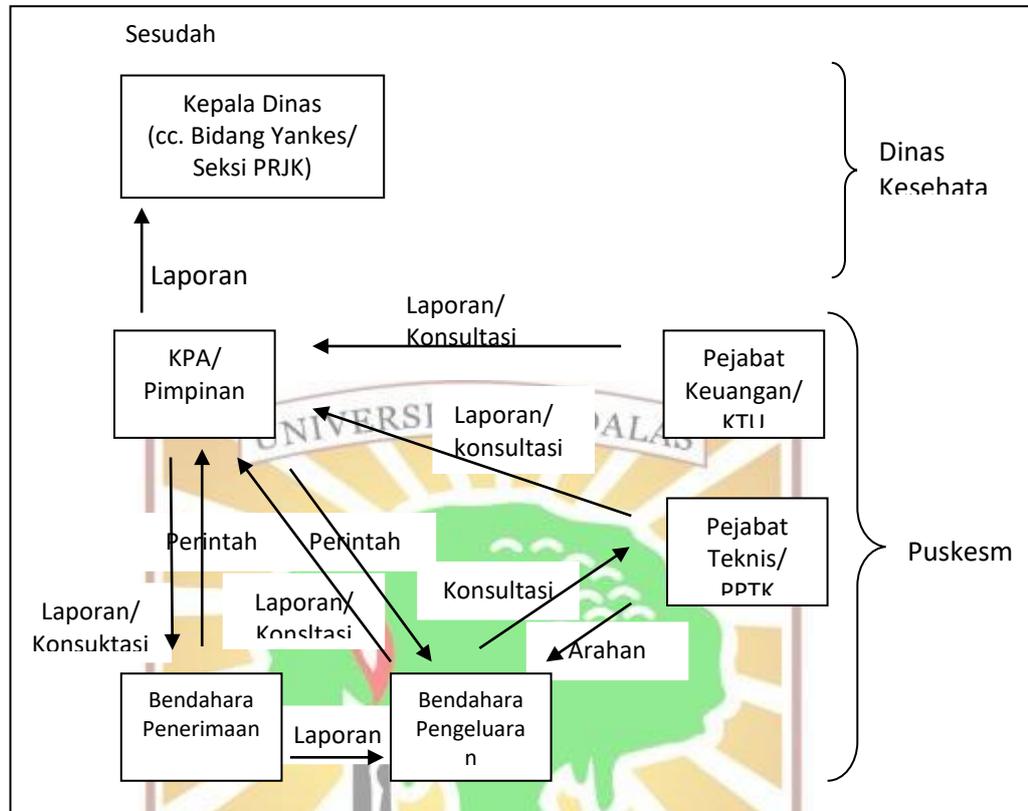
Pengorganisasian dalam pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas dapat digambarkan dalam suatu skema hubungan koordinasi antar masing-masing tenaga pengelola dana kapitasi/keuangan. Skema koordinasi yang dilakukan sebelum penerapan PPK BLUD dapat digambarkan seperti pada gambar 13 di bawah ini :



Gambar 13 Skema koordinasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD

Berdasarkan gambar 14, dapat kita lihat bahwa tiga komponen tenaga dalam pengelolaan dana kapitasi ini saling berkoordinasi satu sama lain. Kemudian KPA dan PPTK bertanggung jawab terhadap Kepala Dinas mengenai pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana yang diajukan dalam

dokumen RKA. KPA dan bendahara berasal dari puskesmas sedangkan PPTK berasal dari dinas kesehatan.



Gambar 14 Skema koordinasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Pada gambar 14, dapat kita lihat pengorganisasian dalam pengelolaan dana kapitasi setelah penerapan PPK-BLUD berpusat di puskesmas. Semua kegiatan mulai dari perencanaan sampai pada pertanggungjawaban berada di puskesmas. Dinas kesehatan hanya sebagai pembina yang sifatnya memberikan arahan dan masukan kepada puskesmas.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD yaitu dimulai dengan pembuatan SPJ (Surat Pertanggung Jawaban) sesuai dengan RKA, kemudian SPJ tersebut diperiksa oleh tim verifikasi yaitu seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan. Setelah SPJ tersebut diperiksa, jika terdapat kesalahan atau kekeliruan maka puskesmas ditugaskan untuk memperbaiki

kembali apa-apa yang salah atau kekurangan SPJ tersebut. Setelah dilengkapi semuanya, dan dinyatakan boleh dilanjutkan maka tahap berikutnya adalah verifikasi oleh bendahara pengeluaran dinkes untuk memastikan SPJ tersebut memang sudah layak untuk dipertanggungjawabkan. Setelah verifikasi oleh bendahara pengeluaran dinas kesehatan selesai, maka dilanjutkan dengan pembuatan SPTJM (Surat Pernyataan Pertanggung Jawaban). Puskesmas kemudian membuat cek sesuai dengan jumlah yang tertera di rekapitulasi SPJ yang telah diverifikasi. *Check* tersebut ditandatangani oleh KPA dan Bendahara, dan diketahui oleh PPTK. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara mendalam berikut :

“....sebelum BLUD biasanya kan SPJ-SPJ ini nanti setelah selesai setelah lengkap, biasanya kami mengantarkannya ke bagian JKN, nanti setelah itu dari JKN dikirim ke bendahara pengeluaran atau apa namanya itu di dinas nanti diperiksa yang mana yang apa, kalau udah sesuai nanti akan dikeluarkan SPTJM, nanti kami ke sana, nanti SPTJM ditandatangani oleh pimpinan, ke dinas kesehatan, setelah itu baru membawa cek ke PPTK. Kalau dulu PPTK sebelum BLUD kan Bapak Kabid, nanti kalau sudah oke sama bapak kabid nanti cek yang sudah ditandatangani oleh bendahara dan pimpinan yang sudah sesuai dengan SPTJM itu di ACC atau disetujui nanti ada dikasi tanda tangan bapak kabid atau PPTK....” (If 8)

Perbedaannya adalah etelah penerapan PPK-BLUD proses pencairan dana kapitasi ini menjadi lebih singkat, dimana semua prosesnya dilaksanakan di puskesmas masing-masing. KPA, PPTK, Bendahara pengeluaran, semuanya ada di puskesmas. Jadi, verifikasi SPJ dilaksanakan oleh tim verifikasi yang dibentuk oleh kepala puskesmas, terdiri dari PPTK dan KPA. Walaupun tim ini belum di SK kan namun sudah ditugaskan secara tidak terlulis oleh pimpinan puskesmas, menyusul SK sebagai legalitas nya dibuatkan, sebagaimana yang dikemukakan oleh infroman berikut :

“....setelah BLUD prosesnya memang singkat, cuma yang kita apa kan sama puskesmas sekarang kan, setelah mereka pencairan kan, kita harus memeriksa....” (If 5)

“.....Kita kan sudah bentuk tim audit internal di puskesmas. Memang tim audit ini sudah kita bentuk dan kita SK kan, tapi karena kita masih tahap awal ya secara perlahan, seiring dengan berjalannya waktu, tim audit ini

lah yang nanti yang akan memberikan pengawasan kepada pengelola keuangan...” (If 6)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan framewrok hasil wawancara mendalam tentang pelaksanaan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat, dapat dilihat pada tabel 22 berikut ini :

Tabel 22 Matriks Framework Wawancara Semi-terstruktur Tentang Pelaksanaan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If5	Keterlambatan pembayaran karena melalui keuangan dinas kesehatan	Prosesnya menjadi lebih singkat Setelah pencairan kami turun untuk verifikasi
If6	SPJ diverifikasi oleh seksi JKN sebelum ke keuangan	Membentuk tim audit internal
If8	SPJ diverifikasi oleh tim di JKN, lanjut ke bagian keuangan, kemudian di buat SPTJM, lalu ditandatangani cek untuk pencairan	Walaupun sudah BLUD tapi tetap konsul ke dinas Setelah lengkap baru dibuatkan cek untuk pencairan
If9	Verifikasi di seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan Verifikasi di bagian keuangan Dibuatkan SPJM Dibuatkan cek untuk pencairan	Pemeriksaan SPJ di puskesmas oleh KPA dan PPTK
Kesimpulan	SPJ yang masuk ke bendahara kemudian direkap oleh bendahara dan di serahkan ke seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan. Setelah selesai verifikasi, dilanjutkan verifikasi oleh bagian keuangan, selanjutnya pembuatan SPTJM sebagai bentuk pertanggungjawaban puskesmas. Terakhir dibuatkan cek sesuai jumlah realisasi yang ada di SPTJM	SPJ yang masuk ke bendahara pengeluaran, kemudian bendahara pengeluaran merekap dan menyerahkannya ke KPA dan PPTK untuk ditandatangani. KPA dan PPTK sebelum menandatangani SPJ tersebut harus memeriksa kesesuaian dan kelengkapan SPJ. Untuk memastikannya, puskesmas bisa konsultasikan ke dinas kesehatan. Jika sudah sesuai dan lengkap maka dibuatkan SPTJM dan ditandatangani cek untuk pencairan

Berdasarkan telaah dokumen dan observasi yang dilakukan, ditemukan arsip SPJ puskesmas sampai tahun 2018 di dinas kesehatan. Namun, arsip SPJ tahun 2019 tidak ditemukan. Berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 23 berikut:

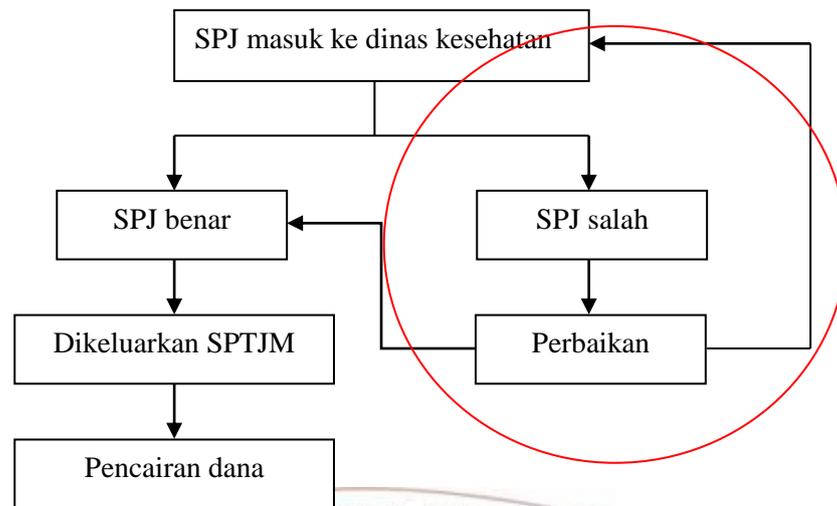
Tabel 23 Matrik Triangulasi Tentang Pelaksanaan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara Semi Terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	Terdapat arsip puskesmas sampai tahun 2018	SPJ yang masuk ke bendahara kemudian direkap oleh bendahara dan di serahkan ke seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan. Setelah selesai verifikasi, dilanjutkan verifikasi oleh bagian keuangan, selanjutnya pembuatan SPTJM sebagai bentuk pertanggungjawaban puskesmas. Terakhir dilakukan cek sesuai jumlah realisasi yang ada di SPTJM	Dengan adanya PPTK dari dinkes dan 1 rangkap arsip yang diserahkan ke dinas kesehatan menunjukkan pertanggungjawaban penuh dinkes terhadap puskesmas. Jika ada pemeriksaan di luar OPD dinkes, maka dinkes bisa memberikan pertanggungjawabannya terlebih dahulu, sebelum nantinya meminta keterangan lebih lanjut ke puskesmas yang bersangkutan
Sesudah	Tidak ditemukan arsip SPJ untuk dinas kesehatan	SPJ yang masuk ke bendahara pengeluaran, kemudian bendahara pengeluaran merekap dan menyerahkannya ke KPA dan PPTK untuk ditandatangani. KPA dan PPTK sebelum menandatangani SPJ tersebut harus memeriksa kesesuaian dan kelengkapan SPJ. Untuk memastikannya, puskesmas bisa konsultasikan ke dinkes. Jika sudah sesuai dan lengkap maka dibuatkan SPTJM dan ditandatangani cek untuk pencairan	Arsip seluruhnya menjadi milik puskesmas, dan semua pejabat yang bertanggungjawab berada di puskesmas. Ini menandakan bahwa pertanggungjawaban penuh keuangan berada pada puskesmas. Dinas kesehatan hanya sebagai pembina atau pengarah dalam pelaksanaan kegiatannya. Jika dilakukan pemeriksaan di luar OPD maka tim pemeriksa tersebut langsung melakukan pemeriksaan ke puskesmas bersangkutan.

Berdasarkan telaah dokumen, observasi dan wawancara semi-terstruktur, pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD dimulai dari SPJ dari semua program diserahkan ke bendahara JKN untuk diperiksa dan direkapitulasi sesuai dengan RKA. Kemudian berkas SPJ ini diserahkan ke tim verifikasi di seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan untuk diperiksa kesesuaian dan kelengkapannya. Setelah sesuai dan lengkap maka berkas tersebut diserahkan ke bagian keuangan untuk dicek apakah sesuai dengan PAGU dana di RKA atau berlebih. Kemudian dibuatkan SPTJM nya untuk ditandatangani kepala puskesmas sebagai bentuk pertanggungjawaban. Dan dibuatkan cek sesuai SPTJM yang telah ditandatangani. Setelah itu bendahara pengeluaran dinas kesehatan mengajukan SP3B (Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja) dan diterbitkan SP2B (Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja) oleh BPKAD (Badan Pengelolaan Keuangan dan Asset Daerah). Sementara itu, puskesmas sudah bisa mencairkan dana kapitasinya sesuai dengan jumlah yang disetujui di SPTJM.

Pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas setelah penerapan PPK-BLUD, dimulai dari penyerahan berkas SPJ dari seluruh program di puskesmas ke bendahara pengeluaran puskesmas, kemudian bendahara merekap dan memeriksa kesesuaian dengan RKA yang telah dibuat. Setelah itu, berkas SPJ diserahkan ke KPA dan PPTK untuk diperiksa dan ditandatangani. Sebelum pencairan puskesmas konsultasi dulu ke dinas kesehatan mengenai kewajaran. Setelah konsultasi dengan dinas kesehatan, bendahara membuat SPTJM dan cek untuk pencairannya.

Berdasarkan penelitian dapat dianalisis penyebab rendahnya serapan dana kapitasi puskesmas dari sisi pelaksanaannya adalah proses pencairan dana yang terlalu panjang karena masih mengikuti pola keuangan daerah, seperti pada gambar 15 berikut :



Gambar 15 Analisis penyebab rendahnya serapan dana dari sisi proses pelaksanaan

d. Pengawasan

Ada 2 (dua) macam pengawasan yang dilakukan dalam pengelolaan dana kapitasi yaitu yaitu pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD. Bentuk pengawasan melekat ada 2 (dua) macam yaitu monitoring dan evaluasi. Monitoring dilakukan selama proses pelaksanaan kegiatan, biasanya dilakukan minimal 3 (tiga) bulan sekali. Evaluasi yaitu berupa pemeriksaan setelah kegiatan dilaksanakan, biasanya dilaksanakan di akhir tahun atau awal tahun berikutnya. Kegiatan monitoring yang dilakukan mulai dari proses perencanaan, verifikasi SPJ sebelum pencairan dana, sampai pertanggungjawabannya di puskesmas. Kegiatan evaluasi dilaksanakan minimal satu kali setahun. Kegiatan ini berupa pemeriksaan kelengkapan SPJ dan kesesuaiannya dengan SPTJM dan Rekap pencairan.

Pengawasan dalam pengelolaan dana kapitasi sebelum BLUD dan sesudah penerapan PPK-BLUD pada prinsipnya adalah sama. Perbedaan pengawasan yang dilakukan tentunya yaitu dari segi tanggungjawabnya, dimana disini tanggungjawab sudah sepenuhnya pada puskesmas, sehingga dinas kesehatan tidak bisa mengintervensi puskesmas dalam pemanfaatannya nanti. Untuk pengawasan yang dilakukan oleh dinas

kesehatan yaitu berupa pembentukan tim TPCB (Tim Pembina Cluster Binaan) yang terdiri atas 5 (lima) tim, masing-masing tim membina 4 (empat) puskesmas. Semua informan sepakat bahwa pengawasan pengelolaan dana kapitasi ini terbagi 2 (dua) internal dan eksternal, sebagaimana diungkapkan oleh salah seorang informan dengan kutipan wawancara mendalam berikut :

“.....pengawasan internal APIP namanya itu . Maksudnya Pengawasan Internal Pemerintah. Ya, pengawasan itu berbagai macam ya. Ada pengawasan melekat, ada pengawasan di luar OPD, itulah dia inspektorat, BPK, Inspektorat provinsi, banyak lah pengawasannya, BPKP,...” (If 1)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara semi-terstruktur tentang pengawasan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN, sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD, dapat dilihat pada tabel 24 berikut ini :

Tabel 24 Matrik Framework Tentang Pengawasan Dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Puskesmas Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
If1	Pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD (BPK, Inspektorat provinsi, BPKP, dan lain-lain)	
If2	Rapat kerja dengan dinas-dinas terkait, dan kadang mengundang puskesmas untuk <i>hearing</i>	
If3	Seksi jaminan kesehatan langsung yang mengawasi	Pengawasan bersama, ada tim khusus untuk membina dan mengawasi
If4	Dibawah kendali seksi jaminan kesehatan dan rujukan	Ada tim pembina khusus pengelolaan BLUD
If5	Seksi JKN sebagai tim verifikasi	Dinas kesehatan sebagai pengawas hanya memberi masukan saja
If6	Kepala bidang pelayanan kesehatan dan seksi JKN sebagai tim verifikasi	Ada tim verifikasi di puskesmas Pengawasan dinas kesehatan secara administrasi
If7	Dinas kesehatan mengawasi secara penuh	Dinas kesehatan mengontrol, mengakomodir, secara administratif
If8	Seksi JKN sebagai tim verifikasi	KPA dan PPTK menverifikasi SPJ sebelum dicairkan
If9	Dinas Kesehatan (bagian JKN) sebagai tim verifikasi	Pengawasan internal oleh pimpinan puskesmas Pengawasan oleh dinkes

Kode Informan	Sebelum	Sesudah
Kesimpulan	2 jenis pengawasan : pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD Pengawasan melekat dilakukan oleh dinas kesehatan, seksi Jaminan Kesehatan dan Rujukan sebagai penanggungjawabnya dan tim verifikasinya	2 jenis pengawasan : pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD Pengawasan melekat oleh dinas kesehatan dilakukan oleh dinas kesehatan lebih terbatas, dan tim verifikasi ada di puskesmas

Berdasarkan telaah dokumen dan observasi yang dilakukan, pada arsip dokumen tahun 2018 yaitu sebelum penerapan PPK-BLUD ditemukan adanya SK Tim Pencegahan Kecurangan yaitu Keputusan Bupati Nomor 402 Tahun 2018 tentang Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2018 dan SK Tim Monev yaitu Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 09 Tahun 2018 Tentang Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018. SK Tim Pencegahan Kecurangan ini dibuat untuk tujuan kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri atas Sekda sebagai penasehat, Asisten Pemerintahan sebagai Pengarah, Kejaksaan Negeri sebagai Pengawas, Kepala Dinas Kesehatan sebagai Ketua Tim, dan kepala dari berbagai instansi pemerintahan lain yang terkait dengan pembiayaan dan jaminan kesehatan sebagai anggotanya, termasuk kepala BPJS simpang empat. Sedangkan SK tim monev bertujuan untuk mendukung peningkatan program JKN yang anggotanya terdiri dari kepala dinas, sekeretaris, kepala bidang Pelayanan Kesehatan, Kepala Seksi Jaminan Kesehatan dan Rujukan, dan anggota seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan.

Telaah dokumen dan observasi yang dilakukan terkait penyelenggaraan setelah penerapan PPK-BLUD juga ditemukan SK Tim Monev, dan SK Tim Pencegahan kecurangan yaitu Keputusan Bupati Nomor 109 Tahun 2019 tentang Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Tahun 2019 dan SK tim pencegahan fraud yaitu Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 07 Tahun 2019 Tentang Pembentukan Tim Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019.

Matrik triangulasi tentang Pengawasan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD dapat dilihat pada tabel 25 berikut:

Tabel 25 Matriks triangulasi tentang pengawasan dalam Implementasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN oleh Puskesmas sebelum dan sesudah Penerapan PPK-BLUD Tahun 2019

	Observasi / Telaah Dokumen	Kesimpulan Wawancara Semi Terstruktur	Analisis Triangulasi
Sebelum	Ada SK Bupati tentang pembentukan tim pencegahan kecurangan Ada SK Kepala Dinas tentang pembentukan tim monev	2 (dua) jenis pengawasan : pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD Pengawasan melekat dilakukan oleh dinas kesehatan, seksi Jaminan Kesehatan dan Rujukan sebagai penanggungjawabnya dan tim verifikasinya	Terdapat 2 jenis pengawasan yaitu: 1. Pengawasan melekat yaitu pengawasan yang dilakukan oleh dinkes dan jajarannya sesuai dengan SK Tim Monev 2. Pengawasan di luar OPD yaitu pengawasan yang dilakukan oleh Tim yang bertanggungjawab dengan masalah keuangan daerah. Tim verifikasi SPJ yaitu dari Kepala Bidang Yankes dan Seksi Jamkes
Sesudah	Ada SK Bupati tentang pembentukan tim pencegahan kecurangan Ada SK Kepala Dinas tentang pembentukan tim monev	2 (dua) jenis pengawasan : pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD Pengawasan melekat oleh dinkes dilakukan oleh dinkes lebih terbatas, dan tim verifikasi ada di puskesmas	Terdapat 2 jenis pengawasan yaitu: 1. Pengawasan melekat yaitu pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan jajarannya sesuai dengan SK Tim Monev 2. Pengawasan di luar OPD yaitu pengawasan yang dilakukan oleh Tim yang bertanggungjawab dengan masalah keuangan daerah. Tim verifikasi SPJ dilakukan oleh tim yang dibentuk di Puskesmas

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara semi-terstruktur mengenai pengawasan dalam implementasi pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD di Kabupaten Pasaman Barat. Dalam pengawasannya terbagi atas 2 yaitu pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD atau yang disebut APIP (Aparat Pengawas Internal Pemerintah). Pengawasan melekat yang dilakukan oleh dinas kesehatan sebagai induk puskesmas adalah dengan dibentuknya Tim Monev (Monitoring dan Evaluasi) berdasarkan Surat Keputusan dari kepala Dinas Kesehatan. Pengawasan di luar OPD yang dilakukan adalah pengawasan yang dilakukan oleh inspektorat, dan juga dengan dibentuknya Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati. Tim ini terdiri dari berbagai OPD yang terlibat dengan program JKN termasuk Kepala Layanan Operasional BPJS-Kesehatan Kabupaten. Sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas, dalam pengawasannya dinas kesehatan masih terlibat secara penuh terhadap kegiatan tersebut, karena RKA yang masih merupakan bagian dari RKA dinas kesehatan. Sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD ini dinas kesehatan hanya berperan sebagai pembina, pengarah, segala tanggung jawab sudah beralih secara penuh ke puskesmas, karena puskesmas sudah mempunyai RKA sendiri yang terpisah dari RKA dinas kesehatan yang disebut RBA.

3. Output

Output (keluaran) dari hasil dari kegiatan pengelolaan dana kapitasi JKN adalah terselenggaranya pengelolaan dana kapitasi JKN berdasarkan 4 kriteria kinerja JKN yaitu ekuitas, efisiensi, kualitas, dan sustainabilitas. Berdasarkan telaah dokumen dan observasi yang dilakukan di Puskesmas Ophir dan Puskesmas Desa Baru ditemukan :

a. Ekuitas

Ekuitas dapat dilihat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang berkunjung. Di sini digambarkan berdasarkan telaah dokumen pada buku register pasien. Untuk Puskesmas Ophir rata-rata

pasien rawat jalan per hari adalah 50-100 pasien. Penulis mengambil secara acak 40 pasien rawat jalan, terdiri dari 20 pasien umum pada 2 (dua) hari berturut-turut dan 20 pasien peserta BPJS pada hari yang sama. Hal yang menjadi pertimbangan penulis adalah pasien peserta BPJS dominan dibanding pasien umum sehingga sulit mendapatkan 20 orang pasien dengan diagnose yang sama di hari yang sama. Hal lain juga memperkuat kemungkinan ketersediaan obat dan petugas medis yang melayani adalah sama. Berikut tabel daftar pasien puskesmas Ophir.

Tabel 26 Tabel Nama-nama Pasien Umum dan BPJS, Diagnosa, dan Terapi Medis di Puskesmas Ophir Tahun 2019

No	Nama Pasien	Umur	Diagnosa	Terapi medis
1	SS	Umum	Commond Cold + Tonsilitis	Na Diclo, Metil Prednison, B.Comp
2	RF	Umum	Commond Cold	Eritromicyn , PCT, Ambroxol, CTM, B.Comp
3	PD	Umum	Commond Cold	PCT, Ambroxol, CTM
4	AF	Umum	Limfa Denopati	RSUD/ P.B
5	MT	Umum	Commond Cold	PCT syr, GG,CTM
6	AS	Umum	Febris + Commond Cold	PCT, Acetyl, CTM,B.Comp
7	AF	Umum	Bronkitis	PCT, Amox, Ambroxol, CTM
8	NK	Umum	Bronkitis	Amox, Vit.K, CTM, Ambroxol
9	AS	Umum	Urtikaria	CTM,B.Comp
10	KV	Umum	Commond Cold	Amox, CTM,B.Comp,PCT syr
11	EL	Umum	Dyspebsia	Na.Diclo, Rani, Metro, B.Comp
12	AM	Umum	Commond Cold	PCT,CTM, GG, Vit.C
13	SN	Umum	Osteoarthritis	Na.Diclo, Metil Pred, B.comp
14	AL	Umum	Commond Cold	PCT,Ambroxol, CTM, B.comp
15	OT	Umum	Tonsilitis	Eritromicyn syr , PCT,CTM, B.Comp
16	MJ	Umum	Dyspebsia	B6, Rani, PCT, CTM
17	NL	Umum	Otitis Media Akut	Amox, CTM, PCT
18	MC	Umum	Dermatitis	Hidrocortison SLF, CTM, B.Comp
19	NA	Umum	Migrain	Ibuprofen, Rani, B.Comp, CTM
20	LP	Umum	Febris + Commond Cold +Dyspebsia	PCT, Ranitidin, Amox, CTM

No	Nama Pasien	Umur	Diagnosa	Terapi medis
21	TZ	BPJS	Hypertensi + PPOK	Amox, Ambroxol, CTM, Ranitidin, Captopril
22	RY	BPJS	Commond Cold	Acetyl, CTM, PCT
23	SF	BPJS	Mialgia	Ranitidin, Ibuprofen, CTM
24	SP	BPJS	Migrain	Ibuprofen, Ranitidin, B.Comp, CTM
24	DW	BPJS	Hypertensi + Arthritis	Catopril, Na Diclo, OBH, Ranitidin, CTM
26	YS	BPJS	Susp OMSK	PCT, Cipro, CTM, Methil Prednisolon
27	SA	BPJS	Hypertensi + Arthritis	Captopril, Na Diclo, OBH, Ranitidin, CTM
28	YT	BPJS	Dermatitis	Hidrocortison SLF, CTM, B.Comp
29	RM	BPJS	Hypertensi + Abses Mamae	Captopril, PCT, Amox, CTM
30	AF	BPJS	Tonsilitis	Eritromicyn, PCT, CTM
31	MN	BPJS	TTH (Tension Type Headache)	Asmef, Ranitidin, CTM
32	AF	BPJS	Bronkitis	PCT, Amox, Ambroxol, CTM
33	TM	BPJS	Pteregium + Hypertensi + Cepalgia	Na Dic, Ranitidin, Captopril, CTM
34	NS	BPJS	Frozen Shoulder	Ibuprofen, Acetyl
35	KS	BPJS	DM Tipe 2	Gilmepiride, B. Comp
36	LS	BPJS	Bronkitis	PCT, Acetyl, Cetirizin
37	TT	BPJS	Hypertensi + Dyspepsia	Captopril, Arnef, Ranitidin
38	YP	BPJS	Commond Cold	PCT, Acetyl, CTM, B1
39	RS	BPJS	Osteoarthritis	Na.Diclo, Methil, Ranitidin, B.Comp
40	FT	BPJS	Dyspepsia	Ranitidin, Ibuprofen, CTM, B.Comp

Ket :

CTM : Chlorpheniramine

PCT : Paracetamol

Cipro : Ciprofloxacin

Dexa : Dexamethasone

Amox : Amoxicillin

Puskesmas Desa Baru rata-rata pasien rawat jalan per hari adalah 10-20 pasien. Penulis mengambil secara acak 20 pasien rawat jalan, terdiri dari 10 pasien umum dan 10 pasien peserta BPJS pada minggu yang sama. Hal yang sama juga menjadi pertimbangan penulis untuk kasus pada Puskesmas Desa Baru. Berikut tabel daftar pasien Puskesmas Desa Baru:

Tabel 27 Tabel Nama-nama Pasien Umum dan BPJS, Diagnosa, dan Terapi Medis di Puskesmas Desa Baru Tahun 2019

No	Nama Pasien	Status	Diagnosa	Terapi medis
1	KE	Umum	Bronkopneumonia	PCT, Amox, CTM, Ambrox
2	NP	Umum	Bronkopneumonia	PCT, Amox, CTM, Ambrox
3	AN	Umum	Dermatitis + obs Febris	CTM, Dexametason, Vit C, Paracetamol
4	PP	Umum	Infeksi sekunder	Amox, PCT, Ambrox, CTM
5	MZ	Umum	Gastritis	Antasid, domperidol, omeprazol
6	WA	Umum	Tifoid fever	Paracetamol, Amoxilin, CTM, Ranitidin
7	NB	Umum	Asma bronchiolus	Amino, Dexametason, Amoxilin, Ambroxol
8	MK	Umum	Bronkopneumonia	Ambrox, PCT, Dexa, Cipro
9	SU	Umum	Comond cold + stomatis	Cettrizin, Paracetamol, Amoxilin, Vit C
10	AF	Umum	Bronkopneumonia	Dexa, CTM, Vit C, Amox
11	DM	BPJS	Bronkopneumonia	Ambrox, Cettrizin, Amox, PCT
12	GR	BPJS	Bronkopneumonia	PCT, Amox, CTM, Ambrox
13	IK	BPJS	Dermatitis	Metilprednison, Cettrizin, Ciproflaksin
14	DA	BPJS	Infeksi sekunder	PCT, CTM, Dexametason, Amoxilin
15	AI	BPJS	Gastritis	Cotri, omeprazol, domperidol, Vit-K
16	NH	BPJS	Farm mamalse	Dexa, BC, Paracetamol
17	DW	BPJS	Hepatitis B	Injeksi Pegasus
18	SH	BPJS	Gastritis	Ranitidin, Antasid, Omeprazol
19	RM	BPJS	Bronkopneumonia	Cotri, PCT, Ambrox, Amox
20	BR	BPJS	Bronkopneumonia	Ambrox, Amox, Dexa, PCT

Ket :

CTM : Chlorpheniramine

PCT : Paracetamol

Cipro : Ciprofloxacin

Dexa : Dexamethasone

Amox : Amoxicillin

Berdasarkan tabel 27, dapat kita lihat bahwa pasien dengan keluhan yang sama mendapatkan terapi medis yang sama baik itu pasien umum ataupun pasien peserta BPJS. Walaupun komposisi obatnya tidak selalu sama, bukan karena status kepesertaannya namun tergantung pada kebutuhan pasien saat itu, misalnya pada pemberian vitamin atau antibiotik.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen tentang pelayanan kesehatan terapi medis yang diberikan kepada pasien peserta BPJS di puskesmas ditemukan bahwa tidak terdapat perbedaan terapi medis yang diberikan kepada pasien umum atau pun pasien peserta BPJS kelas 1, 2 atau 3.

Penulis juga melakukan wawancara dengan apoteker/petugas obat di puskesmas mengenai apakah ada perbedaan obat untuk pasien umum dan pasien peserta BPJS. Penulis mendapatkan informasi bahwa, pengadaan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) di puskesmas diperoleh dari dana DAK dan dana kapitasi. Obat yang tidak dianggarkan DAK otomatis dianggarkan dengan dana kapitasi dan tidak dibedakan antara pasien umum ataupun pasien peserta BPJS, tapi sesuai dengan resep yang diberikan oleh dokter/petugas medis.

Penggunaan dana kapitasi diperuntukkan pada belanja pegawai, belanja operasional, dan belanja modal. Dimana fasilitas yang ada di puskesmas baik yang diperoleh dari DAK, ataupun dari dana kapitasi JKN digunakan oleh seluruh pasien/masyarakat sesuai dengan kebutuhannya tanpa melihat apakah pasien tersebut adalah peserta BPJS kelas 1, 2 atau 3 bahkan juga untuk pasien umum.

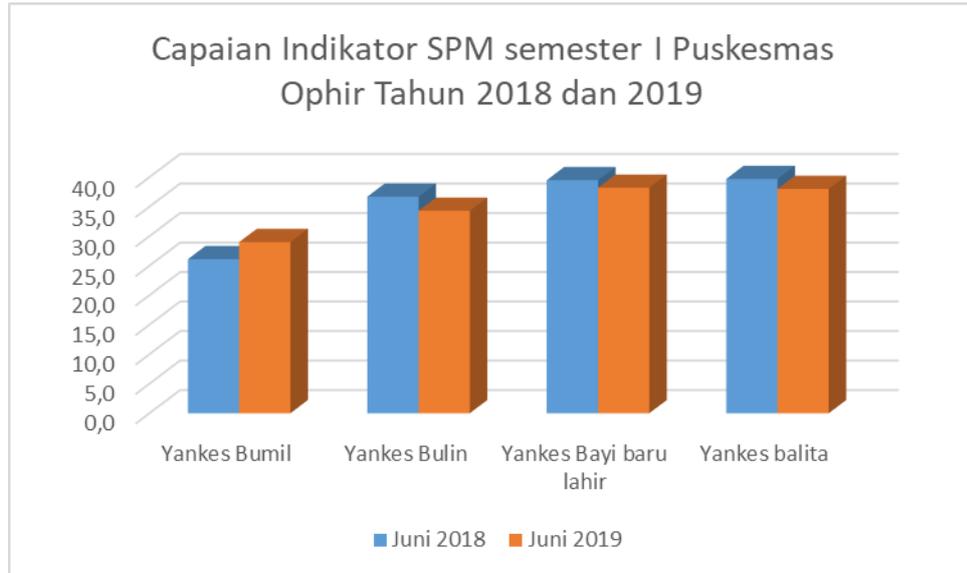
b. Efisiensi

Efisiensi dapat dilihat dengan membandingkan laporan keuangan dengan laporan pencapaian target. Salah satu target yang dapat digunakan adalah capaian indikator SPM sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan yang memuat 12 (dua belas) jenis pelayanan dasar yang harus dilakukan Pemerintah Kabupaten/Kota, yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar pelayanan antenatal
- 2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin
- 3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
- 4) Pelayanan Kesehatan Balita
- 5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
- 6) Pelayanan kesehatan pada usia produktif
- 7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
- 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
- 9) Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus
- 10) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat
- 11) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Tuberkulosis (TB)
- 12) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV

Berdasarkan telaah dokumen tentang program-program terkait capaian 12 indikator SPM di atas ditemukan bahwa sebagian besar didanai dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sehingga tercapai atau tidaknya program tidak terkait secara signifikan dengan dana kapitasi. Namun dana kapitasi mendukung kelengkapan sarana dari masing-masing program tersebut. Dari 12 indikator yang tersebut, hanya 4 (empat) indikator pertama yang dapat penulis tampilkan sebagai pembandingan sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD, karena keterbatasan data yang penulis dapatkan di lapangan.

Realisasi keuangan dana kapitasi Puskesmas Ophir pada semester pertama tahun 2018 (sebelum penerapan PPK-BLUD) dibandingkan dengan realisasi pada semester pertama tahun 2019 (setelah penerapan PPK-BLUD) diperoleh data persentase yang menurun dari 32% di tahun 2018 menjadi 16,8% di tahun 2019. Hasil ini didapatkan dari memandingkan realisasi dengan anggaran di awal tahun dalam RKA puskesmas. Berikut adalah gambaran pencapaian 4 indikator SPM Puskesmas Ophir:

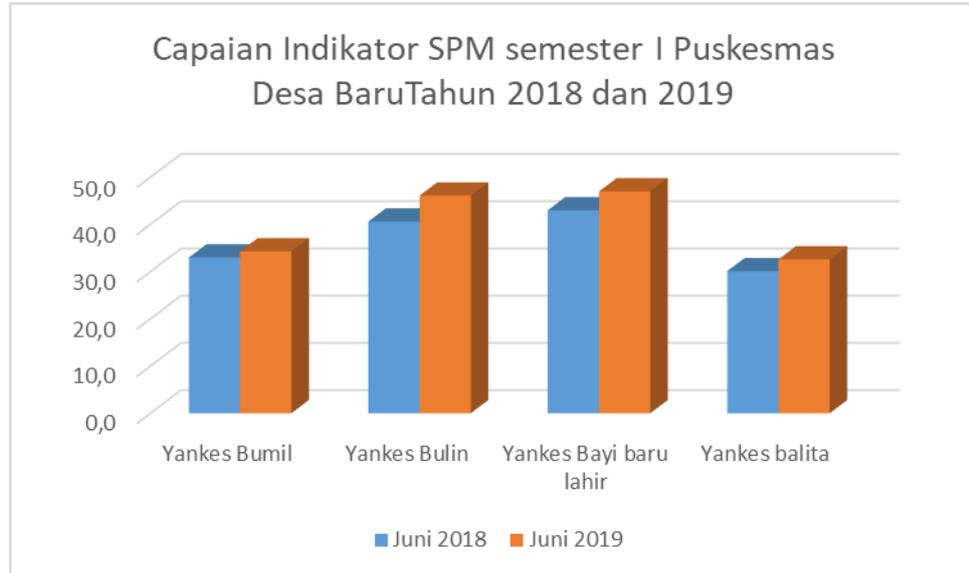


Gambar 16 Capaian Indikator SPM Semester I Puskesmas Ophir Sebelum dan Sesudah Penerapan PPK-BLUD (Tahun 2018 dan 2019)

Dari gambar 16, dapat kita lihat bahwa hanya 1 indikator yang mengalami peningkatan, yaitu pelayanan kesehatan ibu hami, sedangkan 3 indikator lain mengalami penurunan.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen tentang realisasi keuangan dana kapitasi Puskesmas Desa Baru pada semester pertama tahun 2018 (sebelum penerapan PPK-BLUD) dibandingkan dengan realisasi pada semester pertama tahun 2019 (setelah penerapan PPK-BLUD) diperoleh data persentase yang sama yaitu 16,8%. Berikut adalah gambaran pencapaian 4 indikator SPM Puskesmas Desa Baru:





Gambar 17 Capaian Indikator SPM Semester I Puskesmas Desa Baru Sebelum dan Sesudah Penerapan PPK-BLUD (Tahun 2018 dan 2019)

Dari gambar 17 dapat kita lihat bahwa terjadi peningkatan capaian 4 indikator SPM di semester pertama penerapan PPK-BLUD di puskesmas Desa Baru. Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan ditemukan bahwa selama ini puskesmas tidak pernah melakukan perhitungan efisiensi *output* capaian program. Kegiatan-kegiatan program puskesmas sebagian besar dibiayai oleh dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sedangkan dana kapitasi hanya untuk belanja pegawai, belanja operasional, dan belanja modal termasuk penggantian perjalanan dinas ke kabupaten.

c. Kualitas

Kualitas pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas dapat dilihat pencapaian dari target yang direncanakan sebelumnya oleh puskesmas. Berdasarkan observasi dan telaah dokumen yang dilakukan ditemukan dapat dibandingkan antara pagu anggaran dengan realisasi dana semester I tahun 2018 dan 2019. Berikut tabel perbandingan target dan realisasi dana kapitasi.

Tabel 28 Tabel perbandingan target dan realisasi anggaran Puskesmas Desa Baru dan Puskesmas Ophir sebelum dan sesudah penerapan PPK-BLUD (Tahun 2018 dan 2019)

Tahun	Anggaran	Target		Realisasi	
		Rp.	%	Rp.	%
Puskesmas Ophir					
2018	1.544.264.726,00	772.132.363,00	50	494.296.280,00	32,0
2019	1.968.456.705,00	984.228.352,50	50	331.466.010,00	16,8
Puskesmas Desa Baru					
2018	471.038.934,00	235.519.467,00	50	88.900.500,00	18,9
2019	797.169.668,00	398.584.834,00	50	150.723.800,00	18,9

Sumber : Laporan Realisasi Puskesmas Tahun 2018 dan 2019

Berdasarkan tabel 25 di atas, Puskesmas Ophir mengalami penurunan persentase realisasi dana kapitasi nya setelah penerapan PPK-BLUD dari 32% menjadi 16,8% di semester pertamanya. Namun Puskesmas Desa Baru tidak mengalami perubahan baik sebelum ataupun sesudah penerapan PPK-BLUD yaitu 18,9% pada semester pertama. Keadaan kedua puskesmas sebenarnya sama yaitu tidak mengalami peningkatan realisasi dana di semester pertama tahun 2019, di saat telah diterapkannya PPK-BLUD di puskesmas. Puskesmas hanya merealisasikan jasa medis yang 60% dari kapitasi per bulan. Hal ini terjadi karena perubahan pola keuangan di puskesmas sehingga puskesmas, dimana pertanggungjawaban keuangan sudah berpindah secara penuh kepada puskesmas sehingga puskesmas menjadi semakin berpikir dua kali untuk menggunakan dana yang ada. Penyebab yang lain adalah peraturan bupati (pedoman) yang menjadi dasar dalam penggunaan dana yang baru dikeluarkan pada bulan Mei 2019, sehingga puskesmas mempunyai waktu yang cukup sempit untuk memutuskan kegiatan mana yang harus direalisasikan.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen, ditemukan data bahwa realisasi dana kapitasi puskesmas sampel setelah penerapan PPK-BLUD tidak menunjukkan peningkatan dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh kebijakan yang masih baru dan beban tanggungjawab yang berbeda juga dari kebijakan sebelumnya.

d. *Sustainability*

Kesinambungan program yang dilaksanakan dapat dilihat dari kesinambungan pendapatan dan pengeluaran keuangan puskesmas seimbang secara terus menerus selama beberapa periode. Untuk pengelolaan dana kapitasi setelah penerapan PPK-BLUD belum dapat dilihat sustainabilitasnya, namun dapat dilihat dari pengelolaan dana kapitasi sebelum penerapan PPK-BLUD sebagai gambaran pengelolaan di periode mendatang. Berikut data tentang pendapatan dengan pengeluaran puskesmas seperti tabel berikut ini :

Tabel 29 Tabel Anggaran dan Realisasi dana kapitasi JKN puskesmas Ophir dan Puskesmas Desa Baru tahun 2016, 2017, dan 2018

Tahun	Anggaran	Realisasi	Persentase
Puskesmas Ophir			
2016	Rp 1.234.157.578,00	Rp 897.789.907,00	72,7%
2017	Rp 1.870.047.305,00	Rp 940.409.317,00	50,3%
2018	Rp 1.544.264.726,00	Rp 1.136.222.650,00	73,6%
Puskesmas Desa Baru			
2016	Rp 332.426.203,00	Rp 278.934.049,00	83,9%
2017	Rp 464.356.534,36	Rp 314.274.600,00	67,7%
2018	Rp 471.038.934,00	Rp 413.996.000,00	87,9%

Sumber : DPA Dinas Kesehatan dan Laporan Tahunan JKN Tahun 2016, 2017, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat kita lihat bahwa setiap tahun anggaran untuk dana kapitasi meningkat dan penggunaannya pun juga mengalami peningkatan dalam segi angka. Namun dalam persentasenya mengalami penurunan di tahun 2017, hal ini disebabkan oleh karena anggaran yang meningkat secara signifikan dari tahun sebelumnya. Padahal peningkatan realisasinya cukup baik, yaitu meningkat secara bertahap dari segi jumlah realisasi. Anggaran Puskesmas Ophir pada tahun 2017 adalah Rp. 1.870.047.305,00 sudah termasuk sisa dana dari tahun 2016, sedangkan luncturan dana dari BPJS berdasarkan rekening korannya Rp. 1.067.389.475,00 ditambah dengan sisa dana tahun 2016 sebesar Rp. 586.723.547,00 menjadi totalnya Rp. 1.654.113.022,00 (saldo di rekening puskesmas) jadi terdapat selisih sebesar Rp. 215.934.283,00 dari anggaran. Sedangkan untuk tahun 2018 Puskesmas Ophir mempunyai anggaran sebesar Rp. 1.544.264.726,00 sudah termasuk sisa dana tahun 2017. Pada

kenyataannya luncuran dana kapitasi tahun 2018 sebesar Rp. 1.136.222.650,00 ditambah dengan sisa dana kapitasi 2017 sebesar Rp. 713.562.705,00 menjadi totalnya sebesar Rp. 1.849.785.355,00. Terdapat juga selisih dengan pagu anggaran puskesmas. Dalam menyelesaikan laporan pertanggungjawaban, puskesmas menghitung persentasenya dari total luncuran dana dari BPJS ke rekening puskesmas, bukan dari total anggaran puskesmas sehingga pencapaian target untuk kabupatennya bisa jadi berbeda dengan pencapaian target *real* dana yang ada.

Kasus yang sama juga terjadi pada Puskesmas Desa Baru, tahun 2017 dianggarkan oleh puskesmas sebesar Rp. 464.356.534,36. Kenyataan luncuran dana kapitasi dari BPJS adalah Rp. 344.240.000,00 ditambah dengan sisa dana tahun 2016 sebesar Rp. 174.976.534,36 menjadi total Rp. 489.311.134,36. Di tahun 2018 dianggarkan oleh puskesmas sebesar Rp. 471.038.934,00 sedangkan kenyataan luncuran dana kapitasi ke rekening puskesmas sebesar Rp. 413.996.000,00 ditambah dengan sisa dana tahun 2016 sebesar Rp. 174.976.534,36 menjadi total Rp. 588.963.534,36. Terdapat juga selisih dengan pagu anggaran puskesmas.

Dalam pengelolaan dana kapitasi puskesmas, persentase yang digunakan adalah berdasarkan jumlah *riil* saldo yang ada di rekening koran, bukan berdasarkan pagu anggaran puskesmas. Pagu anggaran berperan sebagai kontrol dari dinas kesehatan agar dana yang dicairkan tidak melebihi dari anggaran yang telah disahkan di dinas kesehatan. Namun dalam akuntansi keuangan untuk melihat kinerja pengelolaan adalah dengan membandingkan antara realisasi dengan perencanaan awal. Hal ini menjadi salah satu penyebab sehingga persentase serapan dana sangat turun di tahun 2017 tersebut.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen, kesinambungan pengelolaan keuangan dana kapitasi di puskesmas cukup baik, terlihat dari jumlah realisasi dana yang mengalami peningkatan secara bertahap selama 3 tahun terakhir.

BAB IV PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

Adapun beberapa kesulitan dan kendala yang ditemui dalam penelitian ini diantaranya yang menjadi keterbatasan dalam penelitian adalah sebagai berikut

1. Informasi yang diperoleh pada saat penelitian, hasilnya sangat dipengaruhi oleh persepsi, pemahaman dan pengalaman informan terhadap substansi pertanyaan yang diajukan oleh peneliti serta suasana pada saat wawancara berlangsung.
2. Penelitian ini tidak membahas tentang output secara terperinci, namun hanya secara garis besarnya saja sesuai dengan definisi operasional yang dijelaskan pada BAB III disebabkan oleh karena keterbatasan data yang diperoleh di lapangan.

B. Komponen Input

1. Kebijakan

Berdasarkan hasil penelitian, sebelum diterapkan PPK-BLUD di puskesmas, kebijakan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN mengacu kepada Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 yang diperkuat dengan Peraturan Bupati Nomor 84 Tahun 2018 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, kebijakannya mengacu kepada Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang BLUD yang diperkuat dengan Peraturan Bupati Nomor 27 Tahun 2019 tentang pemanfaatan dana pendapatan BLUD Kabupaten Pasaman Barat.

Penelitian yang dilakukan oleh Hasan, dkk (2017) menyebutkan bahwa kebijakan yang menjadi dasar pemanfaatan dana kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas yang bukan BLUD, adalah Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2016 (Hasan and Adisasmito, 2017). Kebijakan pemerintah yang terkait dalam pelaksanaan Program JKN adalah kebijakan dana kapitasi untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diatur oleh

Perpres No. 32 tahun 2014, Permenkes No. 21 Tahun 2016 dan Permenkes No. 28 dan No. 59 Tahun 2014 (Neti et al., 2017).

Aturan yang digunakan oleh puskesmas dalam pembagian jasa pelayanan kesehatan dari dana kapitasi JKN masih mengacu sepenuhnya pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2016, karena belum adanya Peraturan Walikota Manado yang mengatur tentang pemanfaatan dana kapitasi JKN (Ontoraël et al., 2018). Namun di penelitian di Kota Lubuklinggau, pemanfaatan dana kapitasi berpedoman peraturan walikota yang merupakan penjabaran teknis dari permenkes Nomor 21 Tahun 2016 tersebut. Peraturan ini sudah sesuai dengan kebutuhan dalam pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas dan bisa menjadi pedoman dalam kegiatan pengelolaan dana kapitasi (Yulianto and Nadjib, 2017).

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 disebutkan bahwa untuk pemanfaatan dana kapitasi puskesmas BLUD, dilaksanakan sepenuhnya dengan ketentuan BLUD (Menkes RI, 2014a). Setelah terbit Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 maka pemerintah daerah menyesuaikan dengan peraturan tersebut paling lama 2 (dua) tahun setelah peraturan tersebut diundangkan (Mendagri, 2018).

Pedoman yang digunakan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD adalah Perbup Nomor 84 Tahun 2018 yang merupakan turunan dari Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 Tentang Pemanfaatan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi. Kedua puskesmas mengetahui apa yang menjadi dasar bagi mereka melakukan serangkaian kegiatan pengelolaan, mulai dari perencanaan, sampai pada pertanggungjawaban keuangan. Masalah yang timbul sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas adalah adanya sisa dana yang belum termanfaatkan. Ini terjadi karena pola keuangan puskesmas yang masih melalui pola keuangan daerah. Terutama untuk dukungan biaya operasional, sebelum disahkan anggaran perubahan bendahara mengalami kesulitan karena pagu dana yang dibawah dari jumlah kapitasi yang masuk ke rekening puskesmas. Setelah anggaran perubahan disahkan sekitar bulan Oktober, maka bendahara pun tidak bisa mencairkan dana secara optimal

disebabkan terdesak oleh waktu yang sangat pendek karena akan tutup anggaran di akhir tahun. Selain itu, proses pencairan yang masih tersentralisasi di dinas kesehatan sehingga memerlukan waktu yang cukup panjang.

Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, kebijakan yang digunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan dana kapitasi adalah peraturan bupati sebagai aturan turunan dari Permendagri Nomor 79 tahun 2018 Tentang BLUD. Karena secara hirarki peraturan daerah merupakan instrumen kebijakan di daerah untuk melaksanakan otonomi daerah dan tugas pembantuan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945 dan UU Pemerintahan Daerah. Dalam penerapan perbup ini yang menjadi masalah adalah perbup ini baru dikeluarkan pada tanggal 23 Mei 2019. Sehingga kegiatan pengelolaan keuangan di puskesmas baru bisa memulai kegiatan pencairan dana setelah kebijakan dari daerah atau peraturan bupati tentang pengelolaan dana untuk puskesmas BLUD. Hal ini menyebabkan pencairan dana di semester pertama menjadi rendah.

2. Tenaga

Berdasarkan hasil penelitian, sebelum diterapkannya PPK-BLUD di puskesmas, tenaga pengelola dana kapitasi di puskesmas terdiri atas KPA, PPTK, Bendahara, dan Petugas P-care. Kepala puskesmas langsung bertindak sebagai KPA. Bendahara ditunjuk oleh kepala puskesmas, kemudian di SK kan sebagai bentuk legalitas dari wewenang dan tanggung jawabnya. Untuk PPTK adalah kepala bidang yang membawahi program jaminan kesehatan ini yaitu Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan. KPA dan bendahara sudah berasal dari puskesmas, namun untuk PPTK masih dari dinas kesehatan karena adanya keterbatasan. Tenaga p-care untuk masing-masing puskesmas adalah 1 (satu) orang. Setelah penerapan PPK-BLUD, tenaga pengelola dana kapitasi ini terdiri Kuasa Pengguna Anggaran, Bendahara Penerimaan, Bendahara Pengeluaran, Pejabat Keuangan, dan Pejabat Teknis dan petugas p-care. Pemimpin (Kepala Puskesmas) sebagai KPA, Bendahara Penerimaan, Bendahara Pengeluaran. Pejabat Keuamg,

Pejabat Teknis (KTU Puskesmas). Semua pejabat/tenaga tersebut ditunjuk berdasarkan SK. Tenaga P-care ditunjuk berdasarkan SK Kepala Puskesmas, minimal 2 (dua) orang tenaga untuk masing-masing puskesmas.

Terdapat 2 (dua) aspek yang menyebabkan SDM menjadi salah satu kendala dalam implementasi pemanfaatan dan pengelolaan keuangan dana kapitasi JKN oleh FKTP, yaitu kualitas ASN dan rangkap tugas (Mokodompit et al., 2017). Kualitas sumber daya manusia berpengaruh positif signifikan terhadap kinerja keuangan daerah, misalnya berupa latar belakang pendidikan, pendidikan/pelatihan dan pengalaman (Riawan, 2016). Sumber daya manusia yang kurang berkualitas merupakan salah satu penghambat untuk dapat melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset daerah yang baik (Raharja, 2015).

Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia organisasi ialah melalui program pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan terencana dan sistematis. Pelatihan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai (Massie, 2015, Gutomo, 2017). Secara simultan tingkat pendidikan, kualitas pelatihan, dan lama pengalaman pegawai berpengaruh terhadap kualitas laporan keuangan satuan kerja perangkat daerah (SKPD). Pelatihan sangat menunjang terciptanya kualitas laporan keuangan walaupun intensitas pelatihan yang diikuti berlokasi di instansi sendiri dengan jangka waktu yang tidak lama. Pelatihan yang diadakan di luar kota atau luar daerah, juga perlu dilakukan sebagai penyegaran pola pikir pegawai juga untuk menambah wawasan pengetahuan pegawai tentang proses penyusunan laporan keuangan dengan membandingkan dengan daerah lain yang sudah maju dan berkualitas tinggi (Muzahid, 2014). Lemahnya pengelolaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional disebabkan adanya peran ganda sebagai fungsional tertentu dan bendahara di puskesmas (Soputan et al., 2018).

Standar kompetensi tenaga bendahara atau pengelola keuangan di puskesmas belum ada, namun kita dapat berpedoman pada peraturan yang lebih tinggi yaitu standar bendahara atau tenaga pengelola secara umum sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 126 Tahun 2016

tentang Pelaksanaan Sertifikasi Bendahara pada Satuan Kerja Pengelola Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Beberapa persyaratan pokok yang harus dimiliki bendahara adalah (Menkeu RI, 2016) :

1. Menjalankan Sistem Pengarsipan Dokumen Keuangan Negara Terkait Pengelolaan Kebendaharaan
2. Mengoperasikan Aplikasi Dasar Komputer
3. Mengoperasikan Aplikasi-Aplikasi Keuangan Untuk Bendahara
4. Melakukan Komunikasi Efektif

Puskesmas menjadi BLUD sejak bulan Februari 2019, artinya kapitasi akan digunakan langsung ke puskesmas dan tidak lagi melalui pengelolaan keuangan daerah. Konsekwensinya adalah puskesmas diberi kewenangan untuk mengatur dana kapitasi dan keuangan lain yang dianggap sebagai pendapatan sesuai dengan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018. Namun untuk mengelola keuangan sendiri dibutuhkan kompetensi tenaga yang sesuai, misalnya bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran harus mendapatkan pelatihan tertentu yang berkaitan dengan akuntansi dan tata kelola keuangan. Oleh karena itu, untuk meningkatkan pengelolaan keuangan di puskesmas, dinas kesehatan atau puskesmas sebaiknya membuat anggaran untuk mengadakan suatu pelatihan tentang pengelolaan keuangan untuk bendahara puskesmas dalam rangka meningkatkan kapasitas tenaga pengelola keuangan ini.

Peningkatan kapasitas pengelola ini dapat dilakukan berupa pembekalan dasar ilmu akuntansi bagi bendahara dan petugas pembukuan, serta memberikan pelatihan, khususnya dalam rangka peningkatan pemahaman tentang akuntansi dan tata kelola keuangan daerah. Dengan adanya pelatihan dan pengalaman yang dimiliki oleh pengelola keuangan di puskesmas maka akan mengurangi tingkat kesalahan dalam menyelesaikan pekerjaan sehingga akan meningkatkan kinerja keuangan yang efisien. Kondisi ini memberikan gambaran bahwa kualitas sumber daya manusia mempunyai peran penting dalam menentukan kinerja keuangan puskesmas.

Peran ganda yang terjadi dapat diadatasi dengan melakukan analisa beban kerja, bisa menggunakan aplikasi renbut (rencana kebutuhan), ABK

(analisis Beban Kerja) atau SKM (Standar Ketenagaan Minimal). Pemilihan penggunaan aplikasi tersebut tergantung pada kebutuhan dan kondisi kesatuan organisasinya. Dengan menggunakan aplikasi tersebut kita bisa menentukan beban kerja tenaga pengelola apakah melebihi atau tidak. Jika beban kerja berlebih maka dapat diajukan untuk penambahan tenaga sesuai dengan kebutuhan.

Pentingnya peran tenaga dalam pengelolaan dana kapitasi dapat dilihat mulai dari awal kegiatan pengelolaan dana kapitasi ini. Tenaga yang cukup, kompetensi tenaga yang sesuai, tidak adanya peran ganda, dan pengalaman kerja yang cukup sangat menentukan kualitas pengelolaan keuangan puskesmas. Tenaga tersebut sangat menentukan kualitas dari proses pengelolaan keuangan puskesmas, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Tenaga yang berkompeten akan menghasilkan perencanaan yang berkualitas, selanjutnya akan membentuk suatu koordinasi yang bagus, sehingga mendukung dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan perencanaan, pedoman dan ketentuan yang berlaku. Pada akhirnya akan menghasilkan laporan pertanggungjawaban yang bagus, yang dapat mendukung kelancaran dalam proses pengawasan.

5. Dana

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan hasil bahwa dana dalam pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi JKN bersumber dari dana kapitasi yang ditransfer dari BPJS ke rekening puskesmas. Namun, setelah penerapan PPK-BLUD, pengelolaan dana kapitasi tergabung bersama dengan dana retribusi, yang pembagian persentasenya sesuai dengan Perbup nomor 27 Tahun 2019.

Berdasarkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa pembiayaan di puskesmas bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat (Menkes RI, 2014b).

Sesuai dengan isi Perbup tentang Nomor 59 Tahun 2019 menyebutkan bahwa segala biaya yang timbul akibat dikeluarkan peraturan ini dibebankan pada DPA Dinas Kesehatan kegiatan pelayanan kapitasi jaminan kesehatan, maka semua dana yang mendukung pengelolaan keuangan di puskesmas BLUD ini menjadi pengeluaran dalam dana kapitasi puskesmas (Pasbar, 2019).

Sistem pengelolaan dan pertanggungjawabannya diatur dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 bagi puskesmas yang belum menerapkan PPK-BLUD dan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 Bagi puskesmas yang menerapkan PPK-BLUD. Aturan turunannya ditetapkan oleh kepala daerah sebagai pedoman teknis masing-masing daerah.

Dana kapitasi yang telah ditransfer ke rekening puskesmas harus bisa dipergunakan oleh puskesmas sesuai dengan kebutuhannya, berdasarkan ketentuan-ketentuan yang berlaku. Apalagi semenjak keluarnya peraturan terbaru tentang BLUD dimana dana tersebut sudah dianggap sebagai pendapatan puskesmas yang sah dan pengelolaannya tidak lagi melalui mekanisme daerah.

6. Sarana dan Prasarana

Berdasarkan hasil penelitian mengenai sarana dan prasarana terkait pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas di Kabupaten Pasaman Barat belum memadai. Belum tersedianya ruangan khusus untuk pengelolaan dana kapitasi atau pengelolaan keuangan. Akses listrik, jalan, dan jaringan internet pada puskesmas juga berpengaruh pada pengelolaan dana kapitasi ini.

Untuk menghasilkan laporan pertanggungjawaban yang berkualitas, tentunya memerlukan sarana dan prasarana yang memadai, disertai dengan pembelajaran terhadap sumber daya manusia yang dimiliki oleh pemerintah daerah agar dapat memahami dan melaksanakan sistem yang baru dalam pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan daerah (Ratifah and Ridwan, 2014). Sarana dan prasarana dibutuhkan dalam sistem pelaporan dan pertanggungjawaban agar dapat dilakukan dengan cepat

dengan online seperti ketersediaan komputer dan jaringan internet (Raharja, 2015). Sarana pendukung berpengaruh terhadap kinerja penyusunan laporan keuangan. Sarana pendukungnya adalah alat untuk mendukung terlaksana kegiatan pengelolaan keuangan. Perangkat pendukung adalah alat untuk mendukung terlaksananya kegiatan atau pekerjaan seperti komputer, software dan lain-lain (Pandey, 2014).

Selain tenaga, sarana dan prasarana sangat penting dalam pengelolaan dana kapitasi puskesmas. Sarana dan prasarana sebagai pendukung dari implementasi pengelolaan dana kapitasi ini perlu dilengkapi, dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas yang sudah menerapkan PPK-BLUD. Ruangan sangat bermanfaat sebagai tempat untuk menyiapkan segala keperluan dalam pengelolaan dana kapitasi puskesmas, mulai dari perencanaan, sampai pengawasan. Ruangan khusus penting untuk menyimpan segala bentuk pedoman, dan juga tempat penyimpanan arsip dokumen pertanggungjawaban yang mendukung dalam proses pengawasan nantinya.

Sering terjadinya pemadaman listrik di wilayah kerja puskesmas dapat menghambat segala macam kegiatan di puskesmas termasuk pengelolaan dana kapitasi ini. Sebagian besar kegiatan pengelolaan dana kapitasi ini bergantung pada ketersediaan listrik di daerah tersebut. Terkait dengan akses listrik yang terganggu juga dapat mengganggu jaringan internet di daerah tersebut, karena penggunaan jaringan internet juga bergantung pada ketersediaan listrik.

Jarak tempuh yang berbeda antar masing-masing puskesmas juga mempengaruhi kelancaran dalam proses pengelolaan dana kapitasi ini. Jarak tempuh yang lebih jauh mengakibatkan prosesnya lebih panjang, karena waktu bolak-balik proses verifikasi SPJ. Yang seharusnya bisa diselesaikan dalam waktu satu hari bisa menjadi 2 (dua) atau 3 (tiga) hari. Begitu juga hal-hal lainnya dalam proses pencairan dana kapitasi.

C. Komponen Proses

1. Perencanaan

Berdasarkan hasil penelitian, perencanaan dana kapitasi puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD, perencanaan disusun dalam RKA dinas kesehatan sesuai dengan perencanaan yang diusulkan puskesmas dan disepakati pada saat rapat tentang perencanaan kegiatan sebelumnya dengan puskesmas. RKA dana kapitasi puskesmas masih menjadi bagian dari RKA dinas kesehatan. Sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD, perencanaan yang disusun dalam suatu dokumen RBA masing-masing puskesmas sesuai dengan usulan dari program-program pokok, kemudian disepakati dalam rapat tingkat lanjut di puskesmas. Dokumen RBA puskesmas sudah terpisah dari RKA dinas kesehatan.

Sebelum puskesmas menerapkan PPK-BLUD, perencanaan dana kapitasi JKN dimulai dari Kepala FKTP menyusun RKA untuk dana kapitasi puskesmas, kemudian, disampaikan kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan. Berdasarkan rencana tersebut, Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun RKA-SKPD Dinas Kesehatan, yang memuat rencana pendapatan dana kapitasi JKN dan rencana belanja dana kapitasi JKN baik untuk jasa maupun biaya operasional harus sesuai dengan anggaran yang ada di RKA-SKPD (Solihin et al., 2015, Mokodompit et al., 2017). Proses penganggaran dalam program jaminan kesehatan terlebih dahulu dianggarkan dalam RKA-SKPD Dinas Kesehatan. Tata cara dan format penyusunannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah (Neti et al., 2017).

Sesuai dengan surat edaran mendagri tentang penganggaran dalam pengelolaan keuangan daerah dimulai dari kepala FKTP menyusun rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN, untuk selanjutnya disampaikan kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan. Berdasarkan rencana tersebut, Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun Rencana Kerja dan Anggaran yang memuat RKA dana kapitasi JKN. RKA Bendahara Dana Kapitasi JKN pada masing-masing FKTP ditetapkan oleh Kepala Daerah atas usul Kepala

SKPD Dinas Kesehatan melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (Mendagri, 2014).

Puskesmas yang telah menerapkan PPK-BLUD membuat perencanaan kegiatannya dalam dokumen Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Dokumen ini menjadi salah satu syarat wajib yang harus dibuat oleh Puskesmas atas fleksibilitas pengelolaan keuangan BLUD. Dokumen RBA ini adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, standar, pelayanan minimal, target kinerja dan anggaran BLUD. Di tahun pertama menerapkan PPK-BLUD oleh puskesmas, masih banyak perbaikan yang perlu dilakukan oleh Dinas Kesehatan bersama dengan puskesmas termasuk pemahaman tentang Dokumen RBA ini. Perlunya pemahaman dalam membuat perencanaan ini menentukan perjalanan kegiatan pengelolaan dana kapitasi di puskesmas. Perencanaan yang baik harus sesuai dengan kebutuhan dan keadaan puskesmas. Hal ini berperan dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi pengelolaan keuangan di puskesmas.

2. Pengorganisasian

Berdasarkan hasil penelitian, pengorganisasian sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas, dalam pencairan dana kapitasi ini dinas kesehatan terlibat secara langsung yaitu sebagai PPTK dalam kegiatan. Hal ini menunjukkan bahwa dinas kesehatan mempunyai tanggungjawab dalam kelancaran kegiatan tersebut. Sedangkan Setelah penerapan PPK-BLUD di puskesmas, seluruh tanggungjawab berpindah ke puskesmas. Semua peran sudah dialihkan ke puskesmas, dinas kesehatan hanya sebagai Pembina atau pengawas dalam kegiatan, sesuai dengan uraian tugas masing-masing yang telah di SK kan oleh pimpinan daerah/bupati. Namun selama proses pelaksanaan kegiatan, puskesmas tetap berkoordinasi dan berkonsultasi dengan dinas kesehatan.

Banyak hal yang dapat mempengaruhi kelancaran dalam pengorganisasian dalam pengelolaan dana kapitasi ini. Salah satunya adalah masalah koordinasi. Mekanisme pemberian perintah terhadap staf dan

koordinasi dengan pihak Dinas Kesehatan telah dijalankan dengan baik dapat memaksimalkan pemanfaatan dana kapitasi di puskesmas (Yulianto and Nadjib, 2017). Kurangnya sosialisasi kebijakan dari atas ke bawah menyebabkan koordinasi dan pelaksanaannya tidak berjalan dengan baik (Neti et al., 2017). Masalah lain adalah komunikasi yang kurang efektif mengenai informasi dari BPJS dalam hal pendanaan maupun kepesertaan, serta kurangnya sosialisasi program JKN kepada masyarakat, sehingga pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi JKN belum efisien (Mokodompit et al., 2017).

Dalam pelaksanaan program dana kapitasi JKN harus dikelola secara efektif dan efisien dan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait baik pusat maupun daerah. Dan diharapkan pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya (Mokodompit et al., 2017).

Salah satu yang menjadi masalah dalam BLUD ini adalah pengorganisasian yang berbeda dengan pengorganisasian puskesmas sesuai dengan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014. Dimana dalam permenkes tersebut dijelaskan mengenai pengorganisasian di puskesmas terdiri atas Kepala Puskesmas, Kasubag Tata Usaha (KTU), dan Penanggungjawab berbagai program puskesmas. Sedangkan pengorganisasi sesuai dengan Permendagri 79 Tahun 2018 yaitu puskesmas sebagai BLUD terdiri atas 3 (tiga) pejabat yaitu Pimpinan, Pejabat Teknis dan Pejabat Keuangan. Dinas kesehatan harus mampu menyesuaikan diri dengan kebijakan tersebut tanpa menyalahi salah satu aturan tersebut.

Dalam rangka meningkatkan efektifitas dan efisiensi dari pengelolaan dana kapitasi, dinas kesehatan, puskesmas, dan BPJS harus meningkatkan efektifitas komunikasi masing-masing. Karena peran komunikasi yang sangat besar dalam membentuk suatu organisasi yang solid sesuai dengan uraian tugas yang telah ditulis di SK masing-masing.

3. Pelaksanaan

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi oleh puskesmas sebelum penerapan PPK-BLUD dimulai dari SPJ dari semua program diserahkan ke bendahara JKN untuk diperiksa dan direkapitulasi sesuai dengan RKA. Kemudian berkas SPJ ini diserahkan ke tim verifikasi di seksi Rujukan dan Jaminan Kesehatan untuk diperiksa kesesuaian dan kelengkapannya. Setelah sesuai dan lengkap maka berkas tersebut diserahkan ke bagian keuangan untuk dicek apakah sesuai dengan PAGU dana di RKA. Kemudian dibuatkan SPTJM nya untuk ditandatangani kepala puskesmas sebagai bentuk pertanggungjawaban. Dan dibuatkan cek sesuai SPTJM yang telah ditandatangani. Setelah itu bendahara pengeluaran dinas kesehatan mengajukan SP3B (Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja) dan diterbitkan SP2B (Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja) oleh BPKAD (Badan Pengelolaan Keuangan dan Asset Daerah). Sementara itu, puskesmas sudah bisa mencairkan dana kapitasinya sesuai dengan jumlah yang disetujui di SPTJM.

Pelaksanaan pengelolaan dana kapitasi JKN oleh puskesmas setelah penerapan PPK-BLUD, dimulai dari penyerahan berkas SPJ dari seluruh program di puskesmas ke bendahara pengeluaran puskesmas, kemudian bendahara merekap dan memeriksa kesesuaian dengan RKA yang telah dibuat. Setelah itu, berkas SPJ diserahkan ke KPA dan PPTK untuk diperiksa dan ditandatangani. Sebelum pencairan puskesmas konsultasi dulu ke dinas kesehatan mengenai kewajaran. Setelah konsultasi dengan dinas kesehatan, bendahara membuat SPTJM dan cek untuk pencairannya.

Sebelum pencairan dana kapitasi oleh FKTP membuat rincian belanja sesuai pendapatan dan rencana belanja yang telah dirumuskan sebelumnya, kemudian dimasukkan ke dinas kesehatan untuk mendapatkan surat rekomendasi pencairan dari Kepala Dinas Kesehatan (Mokodompit et al., 2017).

Peraturan Presiden nomor 32 Tahun 2014 ini mengatur mengenai Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan

Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) (Republik Indonesia, 2014). Bagi puskesmas yang sudah BLUD maka mengikuti peraturan tentang BLUD (Mendagri, 2018).

Proses pengelolaan dana kapitasi dengan menggunakan prinsip BLUD ini pada dasarnya memotong proses pelaksanaan pada saat puskesmas masih menggunakan prinsip mekanisme keuangan daerah. Verifikasi yang dulunya dilaksanakan oleh tim yang ada di dinas kesehatan sekarang dilakukan oleh tim verifikasi yang ada di puskesmas. Dengan demikian waktu yang diperlukan dalam proses verifikasi menjadi lebih singkat. Puskesmas datang ke dinas kesehatan sebatas konsultasi atau keperluan lain di luar verifikasi. Ini memberikan kemudahan bagi puskesmas untuk memanfaatkan dana kapitasi sesuai dengan kebutuhan.

Dana kapitasi yang ditransfer ke rekening puskesmas diakui sebagai pendapatan bersama dengan retribusi dan dana non kapitasi. Penggunaannya dapat dilakukan langsung oleh puskesmas yang sudah menerapkan PPK-BLUD. Namun dalam pelaksanaannya puskesmas masih selalu berkonsultasi dengan dinas kesehatan melalui Seksi Pelayanan Rujukan dan Jaminan Kesehatan dan tetap harus mengikuti ketentuan-ketentuan yang berlaku.

4. Pengawasan

Berdasarkan hasil penelitian, pengawasannya terbagi atas 2 yaitu pengawasan melekat dan pengawasan di luar OPD atau yang disebut APIP (Aparat Pengawas Internal Pemerintah). Pengawasan melekat yang dilakukan oleh dinas kesehatan sebagai induk puskesmas adalah dengan dibentuknya Tim Monev (Monitoring dan Evaluasi) berdasarkan Surat Keputusan dari kepala Dinas Kesehatan. Pengawasan di luar OPD yang dilakukan adalah pengawasan yang dilakukan oleh inspektorat, dan juga dengan dibentuknya Tim Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati. Tim ini terdiri dari berbagai OPD

yang terlibat dengan program JKN termasuk Kepala Layanan Operasional BPJS-Kesehatan Kabupaten.

Secara teknis perbedaannya adalah sebelum penerapan PPK-BLUD di puskesmas, dalam pengawasannya dinas kesehatan masih terlibat secara penuh terhadap kegiatan tersebut, karena RKA yang masih merupakan bagian dari RKA dinas kesehatan. Sedangkan setelah penerapan PPK-BLUD ini dinas kesehatan hanya berperan sebagai pembina, pengarah, segala tanggung jawab sudah beralih secara penuh ke puskesmas, karena puskesmas sudah mempunyai RKA sendiri yang terpisah dari RKA dinas kesehatan yang disebut RBA (Rencana Bisnis Anggaran).

Temuan dari KPK bahwa perlu adanya anggaran untuk pengawasan dalam pengelolaan dana kapitasi JKN, diperburuk dengan tidak adanya pengawasan dan pengendalian dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan di daerah (Yuliyanto, 2016). Bentuk pengawasan yang dilakukan oleh BPJS terfokus pada pelayanan puskesmas bukan pada pemanfaatan dana kapitasi, karena BPJS tidak memiliki tupoksi untuk hal tersebut (Yulianto and Nadjib, 2017). Salah satu bentuk pengawasan yang dilakukan dinas kesehatan adalah surat rekomendasi yang dikeluarkan dinas kesehatan atas rincian belanja yang diajukan oleh puskesmas kepada dinas kesehatan, untuk meyakinkan efektivitas, efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN (Mokodompit et al., 2017).

Bappeda hanya melakukan pengawasan dari bentuk rencana kerja yang diusulkan dari Dinas kesehatan sampai bentuk rencana kerja anggaran. Pembahasan rencana kerja dilakukan oleh tim pemerintah kota untuk dilanjutkan dalam bentuk DPA. Jadi untuk melakukan pengawasan terhadap bagaimana pemanfaatan dana kapitasi ini dikerjakan bukan wewenang dan tupoksi dari Bappeda (Yulianto and Nadjib, 2017).

Selain pengendalian dana juga sistem informasi Kegiatan pengendalian terhadap pengelolaan sistem informasi adalah proses yang sangat penting untuk dilaksanakan. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari baik dibagian teknis maupun administrasi Dinas Kesehatan telah menggunakan sistem informasi. Namun dalam pengelolaan dana kapitasi ini

belum menggunakan sistem informasi apapun, sehingga hanya dilakukan secara manual. Khusus untuk pelaporan keuangan kapitasi sudah menggunakan sistem informasi yaitu Sistem Informasi Manajemen Daerah (SIMDA). Hal ini dikarenakan untuk laporan keuangan kapitasi puskesmas Tanjung Selor masih melekat pada laporan keuangan Dinas Kesehatan karena Dokumen Pelaksanaan Anggaran Kapitasi (DPA) masih bergabung dengan DPA Dinas Kesehatan (Anisa and Tjaraka, 2018).

Kegiatan pengendalian merupakan salah satu dari lima unsur dalam SPIP dan hal ini adalah sebagai salah satu wujud dari regulasi. Sesuai pasal 13 ayat (1) PP 60 Tahun 2008 tentang SPIP, disebutkan bahwa pimpinan instansi wajib melakukan penilaian risiko. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 juga mewajibkan menteri/pimpinan lembaga, gubernur, dan bupati/walikota untuk melakukan pengendalian atas kegiatan penyelenggaraan pemerintahan melalui SPIP yang bertujuan untuk memberikan keyakinan yang memadai bagi tercapainya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan penyelenggaraan pemerintahan negara, keandalan laporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehingga pengelolaan keuangan negara akan efektif, efisien, transparan, dan akuntabel dapat tercapai (Anisa and Tjaraka, 2018).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengawasan yang dilakukan oleh Kepala SKPD, Kepala FKTP dan Aparat Pengawas Internal Pemerintah yang dilaksanakan secara berjenjang bertujuan untuk memastikan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dana kapitasi (Republik Indonesia, 2004).

Tim Monev penyelenggaraan pelayanan JKN tingkat pusat di tetapkan oleh Menteri Kesehatan, sedangkan Tim Monev Penyelenggaraan pelayanan JKN di tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota ditetapkan dengan SK kepala Dinas Kesehatan Provinsi (Menkes RI, 2014a).

Perlu adanya penguatan peran Inspektorat yang memiliki peran strategis, mengingat Pemerintah memerlukan keberadaan pemeriksa eksternal dan pengawasan internal, agar bisa diperoleh *check and balance*

dari Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) sebagai pemeriksa eksternal pemerintah serta pengawasan internal/APIP yang diharapkan dapat memberikan *early warning* dalam tata kelola keuangan negara dan juga menjadi koordinator perbaikan SPI dari hasil audit BPK. Sistem pengendalian intern pemerintah (SPIP) di daerah adalah bagian dari Sistem Manajemen Keuangan Negara, yang dalam hal ini, pemerintah daerah diberi tanggung jawab untuk mengatur dan mengelola masing-masing lingkup daerah sehingga sangat diperlukan APIP (Inspektorat) yang handal.

Selain itu, perlu adanya pergeseran peran dan tugas pengawasan internal (termasuk Inspektorat) dari pengawas menjadi partner untuk memberikan jaminan dan konsultasi dalam proses pengelolaan dana kapitasi ini, kelengkapan administrasi, manajemen risiko dan kontrol kepada puskesmas untuk mencapai tujuan. Karena dalam hirarkinya puskesmas adalah unit pelaksana teknis dari salah satu OPD pemerintah daerah yaitu dinas kesehatan, yang seharusnya saling bersinergi dalam mewujudkan visi dan misi daerah.

D. Komponen Output

1. Ekuitas

Berdasarkan hasil penelitian, penggunaan dana kapitasi untuk belanja operasional dan belanja modal diperuntukkan untuk semua pasien puskesmas tanpa membedakan kelas ataupun pasien umum. penggunaan dana kapitasi diperuntukkan pada belanja pegawai, belanja operasional, dan belanja modal. Dimana fasilitas yang ada di puskesmas baik yang diperoleh dari DAK, ataupun dari dana kapitasi JKN digunakan oleh seluruh pasien/masyarakat sesuai dengan kebutuhannya tanpa melihat apakah pasien tersebut adalah peserta BPJS kelas 1, 2 atau 3 bahkan juga untuk pasien umum.

Penelitian yang dilakukan oleh Bardam (2017) di RS Yarsi Simpang Empat menyatakan bahwa tidak ada perbedaan penilaian kepuasan pasien JKN dan pasien umum dalam hal pelayanan kesehatan (Bardam, 2017). Berdasarkan penelitian Musdalifah dkk (2016) ditemukan tidak ada

perbedaan signifikan antara kepuasan pasien JKN dan umum dari dimensi komunikasi dokter, komunikasi perawat, lingkungan rumah sakit, daya tanggap, manajemen nyeri, komunikasi obat dan *discharge information* (Musdalifah et al., 2016). Sejalan dengan itu, penelitian tentang kualitas perawatan menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pasien penerima bantuan iuran dan pasien bukan penerima bantuan iuran (Rattu et al., 2015).

Namun berbeda dengan penelitian Budi (2010) menyatakan terdapat hubungan antara sistem pembiayaan dengan kualitas pelayanan rawat jalan puskesmas, pasien dengan sistem pembayaran *out of pocket* lebih puas dibanding dengan pasien dengan sistem pembayaran asuransi (Budi, 2010).

Undang-Undang BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (UU no 40 th 2014).

Pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien seharusnya tidak boleh dibedakan berdasarkan status kepesertaan BPJS, namun harus disesuaikan dengan indikasi medis dan terapi medis yang dibutuhkan nya. Hal ini sesuai dengan tujuan bangsa Indonesia untuk meningkatkan kualitas derajat kesehatan masyarakat yang adil dan merata.

2. Efisiensi

Berdasarkan hasil penelitian, selama ini puskesmas tidak pernah melakukan perhitungan efisiensi *output* capaian program. Kegiatan-kegiatan program puskesmas sebagian besar dibiayai oleh dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sedangkan dana kapitasi hanya untuk belanja pegawai, belanja operasional, dan belanja modal termasuk penggantian perjalanan dinas ke kabupaten.

Efisiensi adalah perbandingan antara nilai-nilai optimal dari output dan input. Di bidang kesehatan, secara umum efisiensi berkaitan dengan hubungan antara output pelayanan kesehatan dan input sumber daya. Output didefinisikan sebagai hasil layanan kesehatan dan input dapat didefinisikan sebagai input fisik atau input keuangan (Razali, 2012).

Penggunaan langsung atas pendapatan BLUD artinya puskesmas dapat menggunakan dana tersebut untuk belanja yang benar-benar dibutuhkan, tidak ada pembatasan jenis belanja. Penggunaan langsung ini dapat meningkatkan efisiensi karena penggunaan langsung memotong rantai birokrasi keuangan pemerintahan daerah (Triprasetya et al., 2014).

Dalam penelitian ini menghitung efisiensi dalam pengelolaan dana kapitasi ini yang berkaitan dengan output pelayanan yang diberikan oleh puskesmas tidak bisa dilakukan. Perhitungannya harus melibatkan semua komponen dana di puskesmas, karena ternyata dana lain seperti BOK juga banyak sekali kaitannya dengan capaian SPM puskesmas. Sebagian besar program puskesmas dibiayai dari dana BOK.

Puskesmas sebagai BLUD dikelola dengan memperhitungkan efisiensi biaya dalam setiap kegiatan operasionalnya. Karena dengan penerapan PPK-BLUD ini puskesmas harus bisa mandiri mengelola keuangannya sendiri, tidak lagi melibatkan dinas kesehatan. Artinya puskesmas harus melakukan perhitungan akuntansi biaya atas setiap unit output yang dihasilkan. Puskesmas dikelola untuk meningkatkan layanan yang bermutu sebagai sumber pendapatan operasional. Oleh karena itu dinas kesehatan harus selalu berbenah dan selalu mengawasi kekurangan-kekurangan yang nampak selama semester pertama penerapan PPK-BLUD di puskesmas ini.

3. Kualitas

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan data bahwa penggunaan dana kapitasi puskesmas sampel setelah penerapan PPK-BLUD tidak menunjukkan peningkatan dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh

kebijakan yang masih baru dan beban tanggungjawab yang berbeda juga dari kebijakan sebelumnya.

Sesuai dengan standar Peraturan Pemerintah No. 71 Tahun 2010, ada empat karakteristik yang merupakan prasyarat normatif yang diperlukan agar laporan keuangan pemerintah dapat memenuhi kualitas yang dikehendaki, yaitu : relevan, andal, informatif, dapat dibandingkan dan dapat dipahami (Pemerintah RI, 2010).

Kualitas dari pengelolaan dana kapitasi sangat bergantung pada sumber daya yang mendukungnya, terutama tenaga. Peningkatan kualitas tenaga pengelola dana kapitasi dengan menggunakan standar keuangan yang jelas dapat meningkatkan kualitas pengelolaan dana kapitasi di puskesmas. Selain tenaga, sarana dan prasarana yang digunakan sangat menentukan kualitas laporan keuangan suatu organisasi.

4. Sustainability

Berdasarkan hasil penelitian, kesinambungan pengelolaan keuangan dana kapitasi di puskesmas cukup baik, terlihat dari jumlah realisasi dana yang mengalami peningkatan secara bertahap selama 3 (tiga) tahun terakhir. Total realisasi dana ini dihitung dari total realisasi dana dibagi dengan total anggaran setiap tahunnya.

Laporan sustainability dalam pengelolaan keuangan ini sangat penting dalam menentukan kinerja pengelolaan keuangan suatu organisasi.,dapat meningkatkan kepercayaan dari pemberi dana/investor. Selain itu juga dapat meningkatkan *image* dari suatu organisasi terhadap lingkungannya (Bukhori and Sopian, 2017).

Pelaksanaan kegiatan Puskesmas sebagai BLUD bertujuan untuk memberikan layanan umum secara efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab, dengan memperhatikan asas keadilan, kepatuhan dan manfaat sejalan dengan praktek bisnis yang sehat (Mendagri, 2018).

Kesinambungan dari pengelolaan dana kapitasi ini mendukung kesinambungan pelayanan kesehatan, sehingga dengan pengelolaan dana kapitasi yang semakin baik setiap tahunnya diharapkan pelayanan kesehatan juga menjadi semakin baik.

