

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGELOLAAN  
DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS  
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA  
MILIK PEMERINTAH DAERAH DI PUSKESMAS  
PERKOTAAN KABUPATEN BERAU**



**UNIVERSITAS TERBUKA**

**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Ilmu Administrasi Bidang Minat  
Administrasi Publik**

**Disusun Oleh :**

**SUHARTINI**

**NIM. 500895066**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS TERBUKA**

**JAKARTA**

**2017**

## ABSTRACT

**The implementation of management and utilization of capitation the national healthcare funds policy on the first-level health facilities belonging to local governments in urban health centers in Berau**

**Suhartini**

**[sunramberau2@gmail.com](mailto:sunramberau2@gmail.com)**

Graduate Studies Program Indonesia Open University

The implementation of the policy on the management and utilization of capitation the national healthcare (JKN) funds on the first-level health facilities belonging to local governments set out in presidential regulation number 32 year 2014 in urban health centers in Berau is still subjected to constraints because of the low level of utilization of JKN capitation funds in urban health centers (an average of 51,63% in 2014-2015). The purpose of this study is to identify and describe the implementation as well as the driving and barriers factors of the policy on the management and utilization of capitation the national healthcare funds on the first-level health facilities belonging to local governments in urban community health centers in Berau regency by using Edward III theory. This study is a descriptive qualitative research in urban community health centers in Berau, namely Tanjung Redeb health center (the health center without inpatient). The informants are the head of health department, head of health centers, secretary, head of health service unit, head of healthcare, treasurer of JKN, the health centers staff, the secondary health centers' staff, head of the BPJS operation unit in Berau and JKN participants. The data is collected through in-depth interviews, observation and secondary study and analyzed by using interactive model developed by Huberman and Miles.

This study concludes that the implementation of policy regarding the management and utilization of national healthcare capitation funds on the first-level health facilities belonging to local governments on urban health centers in Berau Regency is not optimal. Administration and the utilization for the drug, health equipments and consumables medical materials procurement have not been running appropriately since the procurement mechanism is unclear and the presence of fear of the head of the health centers. Regarding the existing driving and barriers factors, communication process has been implemented but the existence of clarity and consistency is considerable existing. The resources in health centers including Staff, authority, information and facilities are considered limited. Dispositions (attitudes) of the implementers in Tanjung Redeb community health center showed indication which opposites .

**Keywords:** Implementation, policy, management, utilization, capitation funds, national healthcare.

## ABSTRAK

Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau

Suhartini

[sunramberau2@gmail.com](mailto:sunramberau2@gmail.com)

Program Pascasarjana Universitas Terbuka

Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau masih banyak mengalami kendala, antara lain rendahnya pemanfaatan dana kapitasi JKN puskesmas perkotaan (tahun 2014-2015 rata-rata 51.63%). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui, menggambarkan dan mendeskripsikan implementasi serta faktor pendorong dan penghambat kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau dengan menggunakan teori Edward III. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif di puskesmas perkotaan yaitu puskesmas Tanjung Redeb ( puskesmas tanpa rawat inap ). Informan Kepala Dinas Kesehatan, Sekretaris, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, Kepala Seksi Jaminan Kesehatan, Kepala Puskesmas, Bendahara JKN, Staf Puskesmas, Staf Pustu, Kepala operasional BPJS Kabupaten Berau dan Peserta JKN. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi, dokumentasi studi. Analisa data menggunakan model interaktif oleh Huberman dan Miles.

Kesimpulan dari penelitian ini bahwa implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah pada puskesmas perkotaan di Kabupaten Berau belum optimal. Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN khususnya untuk pengadaan obat, alat kesehatan dan BMHP masih rendah. Faktor-faktor pendukung dan penghambat meliputi komunikasi sudah dilaksanakan namun masih ditemukan adanya ketidak jelasan dan konsistensi. Sumber daya yang ada di puskesmas meliputi Staaf, kewenangan, informasi dan fasilitas masih kurang. Disposisi (sikap ) implementor di puskesmas Tanjung Redeb negatif.

Kata kunci : Implementasi, Kebijakan, Pengelolaan, pemanfaatan, Dana kapitasi, Jaminan kesehatan nasional

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

---

**PERNYATAAN**

TAPM yang berjudul Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Samarinda, 07 Juni 2017  
*Yang Menyatakan,*

A 6000 Rupiah revenue stamp (Meterai Tempel) with a handwritten signature and the name **Suhartini** printed below it. The stamp includes the text "METERAI TEMPEL", "6000", and "ENAM RIBURUPIAH".

**Suhartini**  
NIM. 500895066

## LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau

Penyusun TAPM

Nama : SUHARTINI

Nim : 500895066

Program Studi : Magister Administrasi Publik

Hari/Tanggal : Minggu / 30 April 2017

Menyetujui :

Pembimbing I,



**Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si**

NIP. 19670519 197801 2 001

Pembimbing II,



**Dr. Tuswoyo, M.Si**

NIP. 19620305 198910 1 001

Penguji Ahli



**Prof. Muchlis Hamdi, M.P. A., Ph.D**

NIP. 19540322 198701 1 001

Mengetahui :

Ketua Bidang Ilmu Administrasi  
Program Magister Administrasi Publik



**Dr. Darmanto, M.Ed**

NIP. 19591027 198603 1 003

Direktur  
Program Pascasarjana



**Dr. Liestyodono Bawono Irianto, M.Si**

NIP. 19581215 198601 1 009

**UNIVERSITAS TERBUKA**  
**PROGRAM PASCASARJANA**  
**PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

---

---

**PENGESAHAN**

Nama : SUHARTINI  
NIM : 500895066  
Program Studi : Magister Administrasi Publik  
Judul TAPM : Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM), Program Pascasarjana Universitas Terbuka Pada :

Hari/Tanggal : Minggu / 30 April 2017  
Waktu : 09.30 – 11.00 wita

Dan telah dinyatakan LULUS

**PANITIA PENGUJI TAPM**

Tanda tangan

Ketua Komisi Penguji  
Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si

Penguji Ahli  
Prof. Muchlis Hamdi, M.P.A., Ph.D

Pembimbing I  
Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si

Pembimbing II  
Dr. Tuswoyo, M.Si



The image shows four handwritten signatures in black ink, each placed over a horizontal dotted line. The signatures are written in a cursive style. The first signature is the most prominent and appears to be the name of the Chair of the Exam Committee. The other three signatures are smaller and less distinct, corresponding to the other members of the committee listed on the left.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. Atas berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir program magister ini. Selawat dan salam penulis kirimkan ke Rasulullah Muhammad SAW yang telah membawa manusia dari zaman jahiliah ke zaman kepintaran seperti saat ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister dalam Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik Universitas Terbuka. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr.Liestyodono BI,M.Si selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka.
2. Ibu Dr. Meita Istianda, S.IP,M.Si selaku Kepala UPBJJ UT Samarinda sekaligus Pembimbing I dan Bapak Dr. Tuswoyo, M.Si selaku dosen pembimbing II, yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan TAPM ini;
3. Bapak Prof. Muchlis Hamdi, M.P.A., Ph.D selaku penguji Ahli yang telah memberikan saran dan masukan untuk perbaikan TAPM ini.
4. Ibu Dr.Rita Kalalingi, Dr.Paranoan, seluruh dosen yang telah memberikan bimbingan selama perkuliahan melalui tatap muka maupun tutorial on line.

5. Bapak drg.Totoh Hermanto, M.Kes Kepala Dinas Kesehatan dan seluruh informan atas kesedian waktu dan informasi yang telah diberikan.
6. Seluruh Mahasiswa-mahasiswi UT Pokjar Berau. Terima kasih atas persahabatan, kebersamaan dan kekompakannya dalam suka maupun duka, banyak cerita yang terukir dan akan selalu menjadi kenangan terindah.
7. Bapak dr.Matius Maus Popang dan seluruh *teamwork* Dinas Kesehatan (Rini, Carina, Agus, Kristina, Ratna, Ica, Kiki, Resti dan Zulhanif) yang telah banyak membantu dan mendukung penulis.
8. Ibunda tercinta H. Senna dan Ayahanda Supu, yang telah membesarkan, mendidik dan membiayai, dan banyak hal lainnya, terimakasih atas jasa dan doa, restu yang telah diberikan. Kakakku Sudirman, Adik-adikku tersayang Norma dan Nurlela
9. Suamiku tercinta M.Amin P, dan anak-anakku tersayang Amalia Kartika Amin, Aswarini Amin dan Muhammad Akram Amin, terima kasih atas pengertian dan dukungan moril yang telah diberikan.

Penulis menyadari karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman TAPM ini masih ada kekurangan, oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima saran dan kritikan yang membangun dari pembaca. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu administrasi publik dan memberikan masukan bagi pemerintah daerah Kabupaten Berau.

Samarinda, 07 Juni 2017  
Penulis,

SUHARTINI

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Suhartini

NIM : 500895066

Tempat /Tanggal Lahir : Kulo, 02 Oktober 1975

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat Rumah dan Telp. : Jl. Karang Anyer Tanjung Redeb – Kabupaten Berau, Telp. (0554) 2021101

No. Hp. : 081346393912

Alamat E-mail : sunramberau2@gmail.com

Pengalaman Pendidikan : - Lulus SD di SDN 2 Kulo Sidrap pada tahun 1985  
 - Lulus SMP di SMPN 4 Kulo Sidrap pada tahun 1991  
 - Lulus SMA di SMAN 157 Rappang pada tahun 1994  
 - Lulus S1 di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 1998

Pengalaman Pekerjaan : - Tahun 1998 s/d 1999 Sebagai Anggota Lembaga Penelitian Gizi Universitas Hasanuddin  
 - Tahun 2000 s/d 2001 sebagai Pegawai Tidak Tetap pada Dinas Kesehatan Kabupaten Berau  
 - Tahun 2002 s/d 2011 sebagai Staf Subag Penyusunan Program Dinas Kesehatan  
 - Tahun 2012 s/d 2016 sebagai Kepala Subag Penyusunan Program Dinas Kesehatan Kabupaten Berau  
 - 2017 s/d Sekarang Sebagai Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga Dinas Kesehatan Kabupaten Berau.

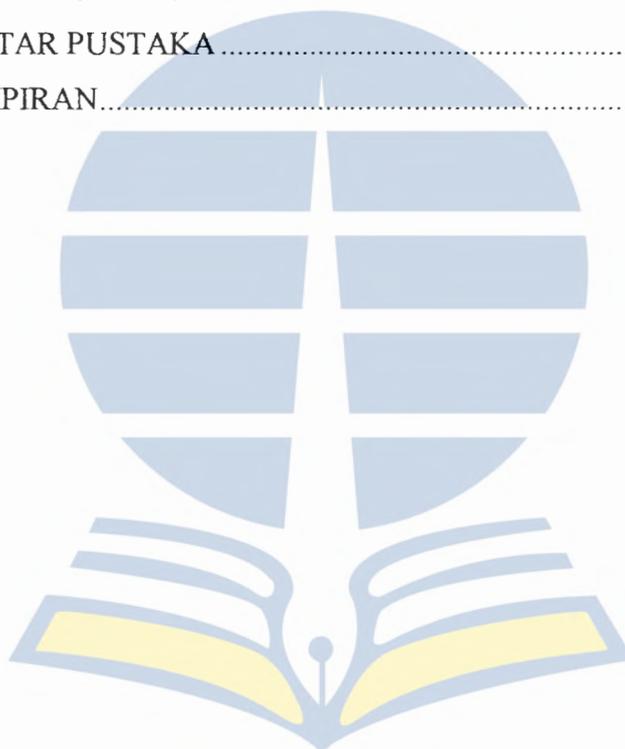
Samarinda, 07 Juni 2017  
*Peneliti,*

**Suhartini**  
 NIM. 500895066

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Abstract.....	ii
Abstrak.....	iii
Pernyataan Bebas Plagiasi .....	iv
Lembar Persetujuan .....	v
Lembar Pengesahan .....	v
Kata Pengantar.....	vii
Riwayat Hidup.....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Bagan.....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Kegunaan Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kajian Teori.....	10
B. Penelitian Terdahulu.....	29
C. Kerangka Berfikir.....	32
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	34
B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan .....	34
C. Instrumen Penelitian.....	35
D. Prosedur Pengumpulan Data .....	37

E. Metode Analisis Data .....	39
F. Pengujian Keabsahan Data .....	40
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Deskripsi objek Penelitian.....	43
B. Hasil Penelitian.....	64
C. Pembahasan .....	86
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	101
B. Saran.....	102
GLOSARIUM.....	104
DAFTAR PUSTAKA .....	105
LAMPIRAN.....	108



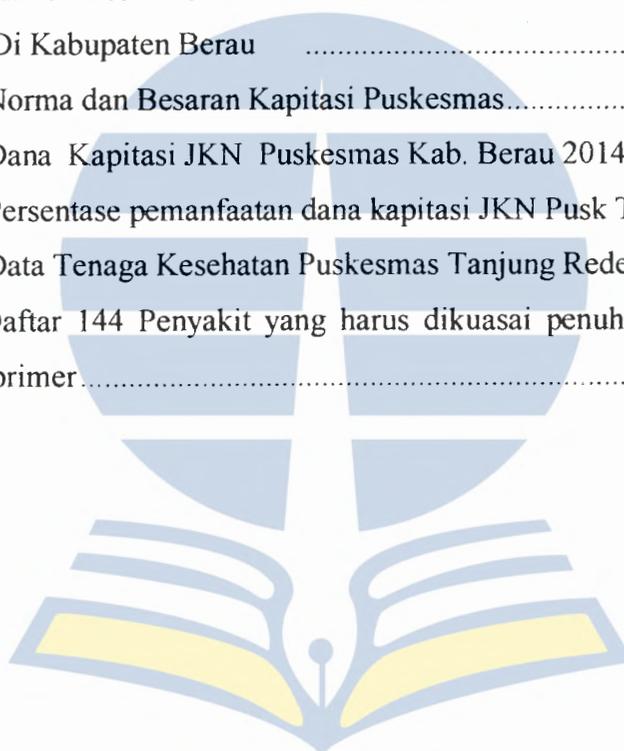
## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Gambar 2.1 <i>A Model of the Policy Implementation Process</i> .....	19
Gambar 2.2 Model Implementasi Kebijakan menurut Meter dan Horn .....	20
Gambar 2.3 <i>Implementation as a Political and Administrative</i> .....	21
Gambar 2.4 <i>Direct and Indirect Impact on Implementation</i> .....	22
Gambar 2.5 Kerangka Berpikir.....	33
Gambar 3.1 Komponen-komponen Analisis Data : Model Interaktif.....	40
Gambar 4.1 Peta Kabupaten Berau.....	43
Gambar 4.2 Diagram Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan Berau.....	45
Gambar 4.3 Formula Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan.....	61
Gambar 4.4 Bimbingan Teknis Dana Kapitasi JKN tahun 2014.....	74
Gambar 4.5 Pendidikan dan pelatihan pengadaan barang dan jasa .....	77
Gambar 4.6 Bimbingan Teknis Pengelola Keuangan Dana JKN .....	77



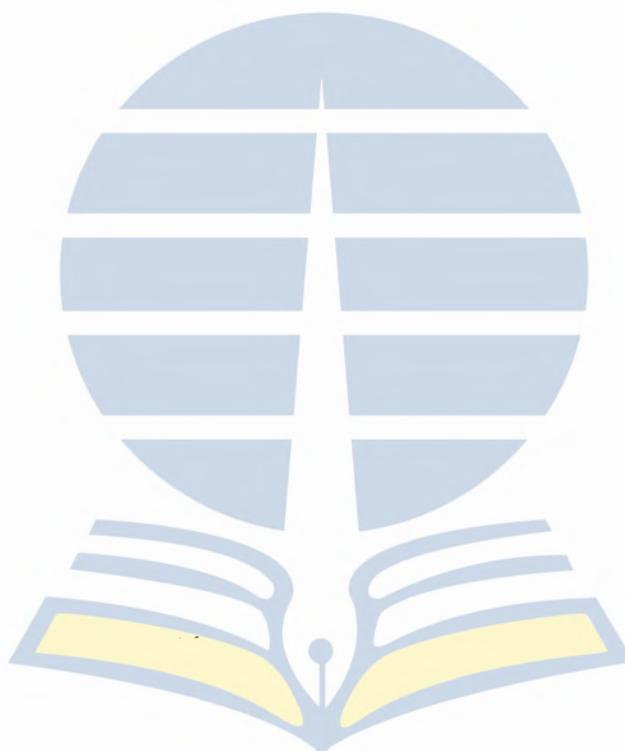
## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Pengelompokan Barang dan Jasa berdasarkan Konsep (ciri dasar) Pengecualian dan Konsumsinya .....	11
Tabel 2.2 Hubungan antar Variable-Variabel dalam Implementasi Kebijakan...	26
Tabel 4.1 Luas Wilayah, Jumlah Desa dan Kota menurut Kecamatan.....	44
Tabel 4.2 Rincian Puskesmas Perkotaan di Kabupaten Berau .....	48
Tabel 4.3 Jumlah Penduduk laki-laki dan perempuan menurut kelurahan di Puskesmas Tanjung Redeb 2015.....	49
Tabel 4.4 Jumlah Peserta JKN berdasarkan Puskesmas Pada tahun 2014-2016 Di Kabupaten Berau .....	62
Tabel 4.5 Norma dan Besaran Kapitasi Puskesmas.....	63
Tabel 4.6 Dana Kapitasi JKN Puskesmas Kab. Berau 2014-2016 .....	64
Tabel 4.7 Persentase pemanfaatan dana kapitasi JKN Pusk Tanjung Redeb	71
Tabel 4.8 Data Tenaga Kesehatan Puskesmas Tanjung Redeb .....	79
Tabel 4.9 Daftar 144 Penyakit yang harus dikuasai penuh oleh dokter layanan primer.....	95



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1 Pedoman Wawancara.....	108
Lampiran 2 Transkrip Wawancara.....	111
Lampiran 3 Pedoman Study Dokumentasi .....	124
Lampiran 4 Dokumentasi Penelitian.....	125
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian.....	128
Lampiran 5 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 .....	129
Lampiran 6 SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 38 Tahun 2016.....	143



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Secara filosofis negara didirikan dengan tujuan untuk memajukan kesejahteraan rakyatnya, melindungi rakyatnya serta memenuhi berbagai kepentingan rakyatnya. Dalam kehidupan bernegara, pemerintah memiliki fungsi memberikan pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai dari pelayanan dalam bentuk pengaturan atau pun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, dan lainnya. Kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar masyarakat menempati tempat yang sangat penting. Sehingga untuk mewujudkan masyarakat yang sehat pemerintah perlu memberikan pelayanan publik yang baik dalam bidang kesehatan.

Upaya untuk memberikan pelayanan publik yang baik di bidang kesehatan telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa skema jaminan sosial, di antaranya melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Skema jaminan ini melayani pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Selain skema tersebut ada lagi skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Skema ini diperuntukan masyarakat miskin dan tidak mampu. Penyelenggaraan skema-skema jaminan sosial kesehatan tersebut dalam pelaksanaannya terbagi-bagi pembiayaannya dalam kategorisasi PNS, pensiunan, veteran, pegawai swasta, masyarakat miskin, masyarakat mampu; sehingga antara biaya kesehatan dan

mutu pelayanan sulit dikendalikan, seperti adanya perbedaan layanan, mutu layanan yang tidak terstandar, pemberian prosedur pelayanan yang tidak diperlukan atau adanya tindakan medis terpisah yang sebenarnya bisa dilakukan secara bersamaan (Kemenkes,9-10)

Untuk memperbaiki pelayanan publik di bidang kesehatan, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-undang Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jenis Program Jaminan Sosial meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. BPJS terdiri atas BPJS kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS kesehatan diberlakukan secara resmi pada tanggal 1 Januari 2014. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS secara bertahap. Iuran yang diterima BPJS dari peserta, pemerintah dan pemberi kerja dikelola oleh BPJS. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan. BPJS kesehatan membayar fasilitas kesehatan tingkat pertama di muka untuk satu populasi peserta yang terdaftar, yang dikenal dengan pembayaran model kapitasi. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, BPJS kesehatan membayar tagihan dengan mengacu pada tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG's) ..

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam proses kerjasama tersebut, BPJS kesehatan merupakan pihak yang akan membiayai (membayar) puskesmas dengan dana Kapitasi. Dana kapitasi JKN dikelola oleh puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Sebagai contoh, puskesmas yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), maka dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi JKN berlaku asas umum pelaksanaan APBD dan norma-norma penata-usahaan keuangan daerah. Sedangkan bagi puskesmas yang sudah menerapkan PPK-BLUD digunakan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

Dalam pengelolaan dana kapitasi pada puskesmas yang belum BLUD puskesmas harus menyetorkan dana kapitasi JKN yang diterimanya ke kas daerah secara bruto dan dilarang untuk menggunakannya secara langsung. Mekanisme ini menjadi kendala bagi puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta JKN, sedangkan pada Puskesmas yang sudah BLUD pengelolaan keuangannya diberikan fleksibilitas termasuk pengelolaan pendapatan dana kapitasi dapat dipergunakan secara langsung tanpa harus disetor ke kas daerah, "Puskesmas yang Non BLUD di Indonesia yaitu 99,96% Puskesmas dan hanya 0,036% puskesmas telah berstatus BLUD" (Laksono, Agung : 2014; Mengubah Status Puskesmas Menjadi BLUD; <http://df.jamsosindonesia.com/cetak/printout/503>; diambil tanggal 20 Nopember 2016). Untuk mengatasi

permasalahan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi yang diterima puskesmas yang belum PPK-BLUD maka pada bulan April 2014 ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik pemerintah Daerah (bagi yang belum menerapkan Pola Pengelolaan keuangan BLUD).

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 mengatur bahwa pengelolaan dana kapitasi meliputi tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari BPJS kesehatan. Sedangkan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Jasa pelayanan kesehatan di FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN di Puskesmas pada umumnya tidak terhindar dari berbagai masalah. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian mengenai Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) I Milik Pemerintah Kota Serang Provinsi Banten yang dilakukan oleh Atik Mustika (2014). Mustika

menyimpulkan pada variabel disposisi adanya respon negatif dari para pelaksana terhadap pembagian jasa pelayanan berdasarkan variabel ketenagakerjaan dan kehadiran, sementara itu pada variabel struktur birokrasi ada SOP/mechanisme belum sesuai standar. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Ani Handrayani, dkk (2015) yang meneliti pelaksanaan JKN khususnya pembagian jasa pelayanan dari dana Kapitasi JKN bahwa pembagian jasa pelayanan (jaspel) JKN dipersepsikan tidak adil oleh pegawai puskesmas di Kabupaten Karang Asem Provinsi Bali sehingga diperlukan kajian lebih lanjut terhadap beban kerja yang dikaitkan dengan pemberian layanan kesehatan program JKN. Kementerian Kesehatan RI menyampaikan beberapa permasalahan JKN terkait pemanfaatan dana kapitasi JKN yaitu pengadaan obat dan alat kesehatan terkendala tenaga yang belum tersertifikasi pengadaan barang dan jasa, masih terdapat puskesmas yang memiliki fasilitas kurang serta tidak memiliki dokter, hasil audit BPKP terkait tanggungjawab dinas terhadap dana kapitasi yang ada di fasilitas kesehatan, regulasi terkait pemanfaatan dana kapitasi masih terlalu rumit, serta kurangnya sosialisasi JKN sehingga pemahaman peserta masih minim (Laporan Akuntabilitas Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2015 ).

Permasalahan pemanfaatan dana kapitasi juga ditemukan pada puskesmas di Kabupaten Berau. Berdasarkan data laporan kinerja instansi pemerintah (LKIP) Dinas Kesehatan Kabupaten Berau tahun 2015, di kabupaten Berau terdapat 17 puskesmas yang tersebar di 13 kecamatan, yaitu puskesmas perkotaan 5 Puskesmas, puskesmas pedalaman /terpencil 4 puskesmas dan puskesmas pesisir 8 puskesmas. Dari 17 puskesmas tersebut belum ada yang

berkategori puskesmas BLUD, sehingga pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi yang diterima puskesmas dari BPJS didasarkan pada Perpres Nomor 32 tahun 2014.

Dalam mengimplementasikan Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 mengenai pengelolaan dan pemanfaatan dana Kapitasi JKN puskesmas di Kabupaten Berau terdapat beberapa kendala yaitu : Pertama, terkait ketentuan pada Pasal 4 yang menetapkan bahwa dalam merancang Rencana Pendapatan dan Belanja Dana Kapitasi, kepala FKTP menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan kepada Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan. Dalam merancang rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN acuannya adalah pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN. Hal ini pelaksanaannya belum optimal karena terkait dengan data peserta dari BPJS. Data peserta BPJS yang terdaftar di masing-masing Puskesmas sulit diakses melalui sistem *Primary Care (P care)*, yaitu sistem informasi pelayanan pasien yang ditujukan untuk pasien berstatus BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) berbasis komputer dan *online* melalui internet. Disisi lain adanya mutasi kepesertaan yang kadang tidak tercatat, data di *p care* belum diperbaharui.

Kedua, terkait Pasal 8. Dalam pasal 8 ditetapkan Kepala FKTP menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada kepala SKPD Dinas Kesehatan. Laporan realisasi pendapatan dan belanja tidak disampaikan setiap bulan, sehingga menghambat penyusunan laporan keuangan dinas kesehatan.

Ketiga, Pasal 12 Dana Kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan untuk jasa pelayanan sekurang-kurangnya 60% dari total penerimaan dana Kapitasi JKN, dan sisanya

dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional (meliputi Biaya Obat, Alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan). Pemanfaatan dana kapitasi JKN di 17 puskesmas Kabupaten Berau tahun 2014 persentase pemanfaatannya belum optimal. Pemanfaatan dana kapitasi JKN pada tahun 2014 adalah 56.95%, pada tahun 2015 adalah 56.87% (Dinas Kesehatan, 2014 – 2015, Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Dinas Kesehatan). Dari 17 puskesmas di Kabupaten Berau pemanfaatan dana kapitasi JKN yang paling rendah adalah pada puskesmas perkotaan dibandingkan dengan puskesmas pedalaman/terpencil dan pesisir. Rata-rata pemanfaatan dana kapitasi JKN di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau mulai tahun 2014 sampai tahun 2015 adalah 51.63%, puskesmas pedalaman adalah 62.95%, dan puskesmas pesisir 60.63%.

Mengacu pada temuan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) rendahnya pemanfaatan dana kapitasi JKN di puskesmas Kabupaten Berau, “berpeluang menyebabkan sisa lebih di akhir tahun anggaran. Kalau ini terus berulang dan terakumulasi tiap tahun, maka sisa lebih dana ini bisa sangat besar pada sebuah puskesmas saja” (Nugraha, Priharsa; 2015; KPK Temuan 4 Kelemahan Pengelolaan Dana Kapitasi; <https://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/2440-kpk-diambi-23-November-2016> ). Padahal dana kapitasi JKN sangat penting dalam rangka mendukung pelayanan jaminan kesehatan nasional. Mengingat tahun 2019 ditargetkan UHC (*universal Health coverage*), maka dana kapitasi JKN yang diterima puskesmas akan semakin besar dan tentunya pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk Pelayanan Kesehatan menjadi sangat penting.

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, penelitian ini ingin lebih jauh lagi mengetahui bagaimana implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau. Penelitian ini ingin mengetahui keadaan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN sesuai Perpres 32 tahun 2014 sampai dengan tahun 2016. Lokasi penelitian dipilih di puskesmas perkotaan karena pemanfaatan dana kapitasi JKN pada puskesmas perkotaan paling rendah dibandingkan dengan puskesmas pedalaman/terpencil dan pesisir, puskesmas perkotaan yang dipilih adalah Puskesmas Tanjung Redeb. Puskesmas Tanjung Redeb merupakan puskesmas perkotaan non rawat inap dengan dana kapitasi terbesar namun realisasi terendah.

## **B. Perumusan Masalah Penelitian**

Untuk memperjelas permasalahan yang akan diteliti, maka berdasarkan latar belakang di atas, dirumuskan permasalahan yaitu :

1. Bagaimanakah implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau?
2. Apakah faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Untuk mengetahui, menggambarkan dan mendeskripsikan implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau.
2. Untuk mengetahui, menggambarkan dan mendeskripsikan faktor pendorong dan penghambat Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau.

### **D. Kegunaan Penelitian**

#### **1. Kegunaan Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi, informasi dan kajian ilmiah dalam pengembangan ilmu kebijakan publik khususnya implementasi kebijakan yang relevan dengan Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemda.

#### **2. Kegunaan Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Berau dalam Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada Fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemda di Kabupaten Berau.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teori**

##### **1. Peran Pemerintah**

Menurut Adam Smith (1976) pemerintah memiliki 3 (tiga) fungsi yakni memelihara keamanan dalam negeri dan pertahanan, menyelenggarakan peradilan, serta menyediakan barang-barang maupun jasa yang tidak dapat disediakan oleh swasta. Mangkoesoebroto (1993) dalam Ikhsan,dkk (2011:1.8) membagi peranan pemerintah dalam perekonomian modern, menjadi 3 (tiga) yakni peran alokasi, peran distribusi, dan peran stabilisasi. Peran alokasi menurut Musgrave dan Musgrave (1984) ditujukan untuk penyediaan barang-barang publik melalui berbagai kebijakan yang bersifat mengatur (regulatory policies), yakni bagaimana agar sumber daya yang ada dapat digunakan untuk menghasilkan barang privat dan barang publik secara seimbang. Fungsi distribusi menekankan pada bagaimana agar terjadi keseimbangan dan keadilan distribusi pendapatan dan kesejahteraan dalam masyarakat. Sedangkan peran stabilisasi menekankan pada penggunaan kebijakan anggaran (budget policy) sebagai alat untuk menjaga ketersediaan kesempatan kerja, stabilisasi harga, dan pertumbuhan ekonomi yang modern. Savas (1987) dalam Ibrahim: (2008:7) mengklasifikasikan barang dan jasa berdasarkan konsep (ciri dasar pengecualian dan konsumsinya seperti pada tabel 2.1

Tabel 2.1  
 Pengelompokan Barang dan Jasa berdasarkan Konsep (ciri dasar)  
 Pengecualian dan Konsumsinya

pengecualian	Konsumsi Individu	Konsumsi kolektif
Mudah mencegah orang lain untuk menikmatinya	Barang Privat	Barang Semi Publik
Sulit mencegah orang lain untuk menikmatinya	Barang Semi Privat	Barang Publik

Sumber : Savas 1987, dalam Ibrahim (2008:7)

Penjelasan keempat klasifikasi tersebut sebagai berikut:

1. Barang Privat (privat goods) pada umumnya dikonsumsi secara perorangan dan tidak dapat diperoleh si pemakai tanpa persetujuan pemasoknya.
2. Barang semi privat (common-pool Goods) pada umumnya dikonsumsi perorangan namun sulit mencegah siapapun untuk memperolehnya/ menikmatinya, meskipun mereka tidak mau membayar.
3. Barang semi Publik (Toil Goods) umumnya digunakan secara bersama – sama, namun sipengguna harus membayar dan mereka tidak dapat /tidak mau membayar, dapat dengan mudah dicegah dari kemungkinan menikmati barang tersebut.
4. Barang Publik (colletive Goods) barang dan jasa kelompok ini umumnya digunakan secara bersama-sama dan tidak mungkin mencegah siapapun untuk menggunakannya, masyarakat pengguna umumnya tidak bersedia membayar (Ibrahim 2008:7-8).

Berdasarkan pengelompokan barang tersebut maka barang privat dan semi privat dapat murni diadakan oleh swasta, untuk semi publik dapat diadakan dengan kerjasama antara pemerintah dan swasta sedangkan untuk yang bersifat publik sudah sewajarnya disediakan oleh pemerintah demi kesejahteraan masyarakat dan pelayanan publik. Sebagai pemberian pelayanan untuk keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi sesuai dengan aturan dan tata cara yang telah ditetapkan. Pelayanan publik diartikan sebagai segala bentuk keinginan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah pusat, di daerah, di lingkungan, BUMN, BUMD dalam bentuk barang dan atau jasa baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun

dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan, dan dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Peran pemerintah menurut laporan Pembangunan Bank Dunia (1997) berjudul *State in Changing World*, terdiri atas 3 tingkatan, yaitu (1) peran minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan. Pada peran minimal, pemerintah bertugas untuk menyediakan pelayanan publik murni, misalnya pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro dan kesehatan masyarakat. Di samping itu, pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi orang miskin dan mengatasi bencana. Pada peran yang lebih meningkat maka dalam kegiatan mengatasi kegagalan pasar, pemerintah harus melakukan berbagai hal misalnya menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangannya informasi, hingga menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah berperan sebagai pelaku kegiatan, maka dilakukan beberapa kegiatan seperti mengkoordinasi swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar dan melakukan kegiatan mengatasi ketidakteraturan dengan tindakan redistribusi (Trisnantoro, 2005).

## 2. Teori Kebijakan

Dunn (1998:51) menjelaskan secara etimologis, istilah *policy* (kebijakan) berasal dari bahasa Yunani, Sanskerta dan Latin. Akar kata dalam bahasa Yunani dan Sanskerta *Polis* (negara-kota) dan *pur* (kota) dikembangkan dalam bahasa Latin menjadi *politia* (negara) dan akhirnya dalam bahasa Inggris

pertengahan *Policie*, yang berarti menangani masalah-masalah publik atau administrasi pemerintahan.

Kebijakan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dan sebagainya); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran; garis haluan. Kebijakan menurut Anderson (1979:3) adalah “ *A purposive course of action followed by an actor or a set of actors in dealing with a problem or matter of concern*” ( serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seseorang pelaku atau sekelompok pelaku guna menangani masalah tertentu ).

Menurut Dye (1984) dalam (Suwitri, 2011:9) Kebijakan Publik adalah “apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu”. Untuk mencapai tujuan negara, pemerintah perlu mengambil pilihan langkah tindakan yang dapat berupa melakukan ataupun tidak melakukan sesuatu. Tidak melakukan sesuatu apapun merupakan suatu kebijakan publik, karena merupakan upaya pencapaian tujuan dan pilihan tersebut memiliki dampak yang sama besarnya dengan pilihan langkah untuk melakukan sesuatu terhadap masyarakat .

Nugroho ( 2014:7) menjelaskan kebijakan publik adalah “ setiap keputusan yang dibuat oleh Negara, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan dari Negara. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju kepada masyarakat yang dicita citakan”. Pendapat lainnya oleh Tachjan (2006:15)

bahwa “kebijakan publik merupakan rangkaian keputusan yang mengandung konsekuensi moral yang didalamnya adanya keterikatan akan kepentingan rakyat banyak dan keterikatan terhadap tanah air atau tempat di mana yang bersangkutan berada”.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik atau demi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan-ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa.

Kebijakan publik tersusun dalam suatu strata yang menunjukkan tingkatan-tingkatan dari kebijakan yang paling tinggi yang sifatnya strategis sampai dengan kebijakan yang paling rendah yang sifatnya teknis operasional. Kebijakan yang lebih rendah merupakan penjabaran dari kebijakan yang lebih tinggi dan materinya tidak boleh bertentangan. Di samping itu, strata kebijakan publik tersebut memberikan gambaran pula dari suatu tingkat kebijakan yang masih bersifat umum dan abstrak sampai dengan tingkat kebijakan yang dianggap sudah kongkrit, sehingga kebijakan tersebut dengan mudah dapat diimplementasikan secara efektif dan efisien (Tachjan, 2006:16-17).

Proses kebijakan publik dapat dipahami sebagai serangkaian tahap atau fase kegiatan untuk membuat kebijakan publik. Anderson (1979) membagi tahapan proses kebijakan atas enam tahap yang berbeda yaitu 1. Problem formation, 2. Policy Agenda, 3. Policy formulation, 4. Policy adoption, policy

implementation, 6. Policy evaluation. Sedangkan Bromley (1989) menjelaskan model kebijakan publik berdasarkan hierarki dalam pengambilan keputusan. Ada tiga tingkat dalam hubungan antara peranan institusi dengan proses perubahan institusi yaitu tingkat kebijakan (*policy level*), tingkat organisasi (*organization level*), dan tingkat operasional (*operational level*)

### 3. Implementasi Kebijakan

Tachjan (2006:23) menyampaikan bahwa implementasi yang merupakan terjemahan dari kata "*implementation*", berasal dari kata kerja "*to implement*". Sedangkan Winarno (2014: 148-147) mengemukakan pendapat beberapa ahli mengenai implementasi kebijakan yaitu :

1. Ripley dan Franklin (1982) bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (benefit, atau suatu jenis keluaran yang nyata (tangible output)
2. Grindle (1980) mengatakan bahwa secara umum, tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan (linkage) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa direalisasikan sebagai dampak dari suatu kegiatan pemerintah. Oleh karena itu tugas implementasi mencakup terbentuknya "a policy delivery system," dimana sarana-sarana tertentu dirancang dan dijalankan dengan harapan sampai pada tujuan-tujuan yang diinginkan.
3. Van Meter dan Van Horn (1975) membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya.

Purwanto dan Dyah (2015:21) mengemukakan "implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementer kepada kelompok sasaran (target group) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan".

Adiwisastro (2006:xii) kebijakan publik yang dibuat hanya akan menjadi 'macan kertas' apabila tidak berhasil dilaksanakan. Oleh karena itu, implementasi kebijakan publik perlu dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor, agar kebijakan publik yang dimaksud benar-benar dapat berfungsi sebagai alat untuk merealisasikan harapan yang diinginkan. Hal senada dikemukakan oleh Winarno (2014:146) bahwa implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan.

Wahab (2015:133) menjelaskan bahwa dalam arti seluas-luasnya, implementasi sering dianggap sebagai bentuk pengoperasionalisasian atau penyelenggaraan aktivitas yang telah digerakkan untuk bekerjasitetapkan berdasarkan undang-undang dan menjadi kesepakatan bersama di antara beragam pemangku kepentingan (*stakeholders*), actor, organisasi (*public atau privat*), prosedur dan teknik secara sinergis yang digerakkan untuk bekerjasama guna menerapkan kebijakan kearah tertentu yang dikehendaki.

Dari berbagai pendapat ahli mengenai implementasi, maka dapat dikemukakan bahwa implementasi merupakan salah satu tahap yang dilaksanakan setelah kebijakan ditetapkan, implementasi merupakan tahap yang penting untuk mencapai tujuan kebijakan.

Matland dalam Hamdi (2014:98) mencatat bahwa kajian mengenai implementasi kebijakan secara umum terbagi dalam tiga kelompok, senada dengan Gogging (Pulzl and Treib,2007) :

*The three generations of implementation research presented earlier can be subdivided into three distinct theoretical approaches to the study of implementation:*

1. *Top-down models put their main emphasis on the ability of decision makers' to produce unequivocal policy objectives and on controlling the implementation stage.*
2. *Bottom-up critiques view local bureaucrats as the main actors in policy delivery and conceive of implementation as negotiation processes within networks of implementers.*
3. *Hybrid theories try to overcome the divide between the other two approaches by incorporating elements of top-down, bottom-up and other theoretical models.*

Ada beberapa hal mengapa studi implementasi kebijakan publik menjadi sangat penting pada kehidupan bernegara sekarang menurut Mazmanian dan Sabatier (1983) dalam Suwitri (2011:81-82) sebagai berikut :

1. Keyakinan tradisional bahwa tujuan dari suatu program secara otomatis akan tercapai setelah program ditetapkan dan disahkan atau dilegitimasi oleh lembaga politik yang berwenang.
2. Badan-badan administrasi yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program tidaklah semata-mata mendapat pengaruh dari hak-hak legal atau wewenang resmi yang dimiliki.
3. Banyak Kasus tentang kegagalan pelaksanaan program atau program-program telah dilaksanakan tetapi tidak dapat mencapai hasil seperti yang diharapkan.

#### **4. Model Implementasi Kebijakan**

Implementasi kebijakan publik akan lebih mudah dipahami apabila menggunakan suatu model atau kerangka pemikiran tertentu. Suatu model akan memberikan gambaran kepada kita secara bulat lengkap mengenai sesuatu objek, situasi, atau proses. Komponen-komponen apa saja yang terdapat pada objek, situasi, atau proses tersebut. Bagaimana korelasi-korelasi antara komponen-komponen itu satu dengan yang lainnya.

##### **a. Model Proses atau Alur Smith (1973)**

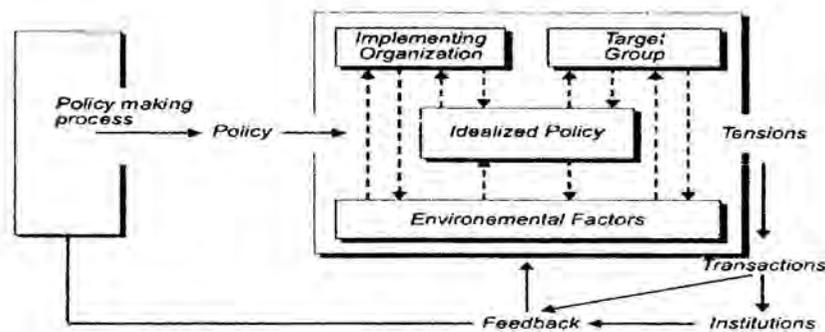
Menurut Smith (dalam Tachjan, 2006:37-39), dalam proses implementasi ada empat variabel yang perlu diperhatikan. Keempat variabel tersebut tidak

berdiri sendiri, melainkan merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi dan berinteraksi secara timbal balik, oleh karena itu terjadi ketegangan-ketegangan (tensions) yang bisa menyebabkan timbulnya protes-protes, bahkan aksi fisik, dimana hal ini menghendaki penegakan institusi-institusi baru untuk mewujudkan sasaran kebijakan tersebut. Ketegangan-ketegangan itu bisa juga menyebabkan perubahan-perubahan dalam institusi-institusi lini. Jadi pola-pola interaksi dari keempat variabel dalam implementasi kebijakan memunculkan ketidaksesuaian, ketegangan dan tekanan-tekanan. Pola-pola interaksi tersebut mungkin menghasilkan pembentukan lembaga-lembaga tertentu, sekaligus dijadikan umpan balik untuk mengurangi ketegangan dan dikembalikan ke dalam matriks dari pola-pola transaksi dan kelembagaan.

Keempat variabel dalam implementasi kebijakan publik tersebut, yaitu :

1. Kebijakan yang diidealkan (*idealised policy*), yakni pola-pola interaksi ideal yang telah mereka definsikan dalam kebijakan yang berusaha untuk diinduksikan;
2. kelompok sasaran (*target groups*), yaitu mereka (*orang-orang*) yang paling langsung dipengaruhi oleh kebijakan dan yang harus mengadopsi pola-pola interaksi sebagaimana yang diharapkan oleh perumus kebijakan;
3. *implementing organization*, yaitu badan-badan pelaksana atau unit-unit birokrasi pemerintah yang bertanggung jawab dalam implementasi kebijakan;
4. *environmental factor*, yakni unsur-unsur dalam lingkungan yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh implementasi kebijakan, seperti aspek budaya, sosial, ekonomi, dan politik.

Model proses atau alur Smith tersebut dapat disajikan di bawah ini.



Gambar 2.1

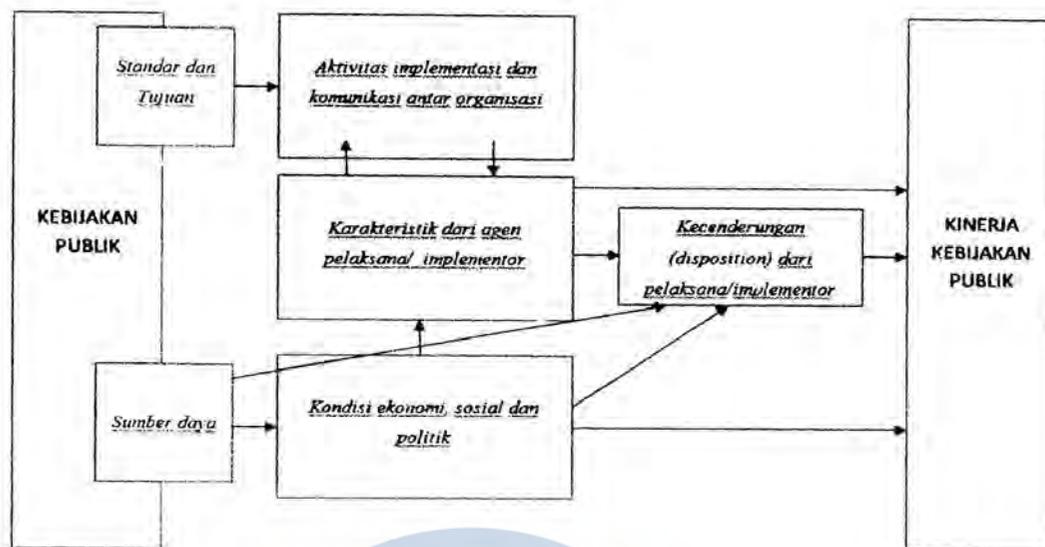
*A Model of The Policy Implementation Process*

Sumber : Smith (Quade, 1977 dalam Tachjan, 2006:39)

#### b. Model Van Meter dan Van Horn (1975)

Model implementasi Van Meter dan Van Horn disebut sebagai *A Model of the Policy Implementation Process*. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari kebijakan publik, implementor, dan kinerja kebijakan publik. Beberapa variabel yang dimaksudkan sebagai variabel yang mempengaruhi kebijakan publik adalah variabel :

1. Aktivitas Implementasi dan komunikasi antar organisasi
2. Karakteristik dari agen pelaksana/implementor
3. Kondisi ekonomi, sosial dan politik dan
4. kecenderungan (disposition) dari pelaksana /implementor



Gambar 2.2  
Model Implementasi Kebijakan Menurut Meter dan Horn  
Sumber : Dwijowijoto ( 2003:168)

### c. Model Grindle (1980).

Grindle (dalam Suwitri, 2011:86-89) mengungkapkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan publik ditentukan oleh 2 (dua) variabel pokok yaitu variabel konten dan variabel konteks.

Variabel konten adalah apa yang ada dalam isi kebijakan publik yang berpengaruh terhadap proses implementasi kebijakan public tersebut. Variabel konteks adalah gambaran mengenai bagaimana konteks politik dan aktivitas administrasi mempengaruhi kebijakan publik yang diimplementasikan.

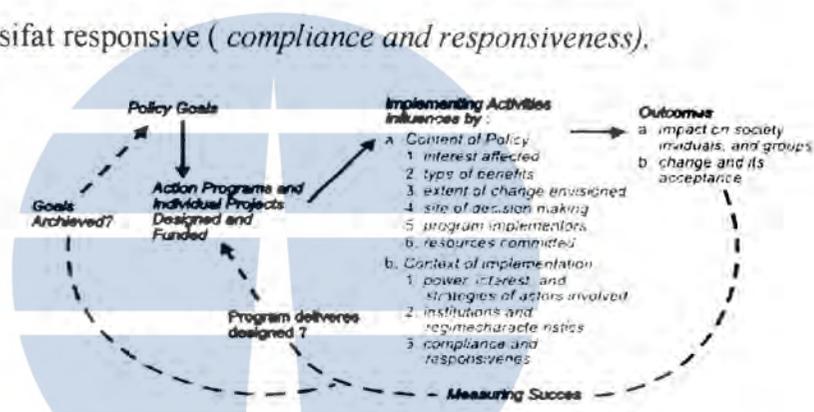
Variabel konten selanjutnya diperinci lagi ke dalam 6 unsur yaitu:

1. Pihak yang kepentingannya dipengaruhi (*interest affected*)
2. Jenis mamfaat yang diperoleh (*type of benefit*)
3. Jangkauan Perubahan yang dapat diharapkan (*extent of change envisioned*).
4. Kedudukan pengambil keputusan(*site of decision making*).

5. Pelaksana-pelaksana program (*program Implementors*)
6. Sumber-sumber yang dapat disediakan (*resources committed*)

Keberhasilan implementasi kebijakan publik juga ditentukan oleh variabel konteks. Variabel ini meliputi 3 unsur, yaitu :

1. Kekuasaan, minat dan strategi dari aktor-aktor yang terlibat (*power, interest and strategies of actors involved*).
2. Karakteristik rejim dan institusi (*institution and regime characteristics*)
3. Kesadaran dan sifat responsive (*compliance and responsiveness*).

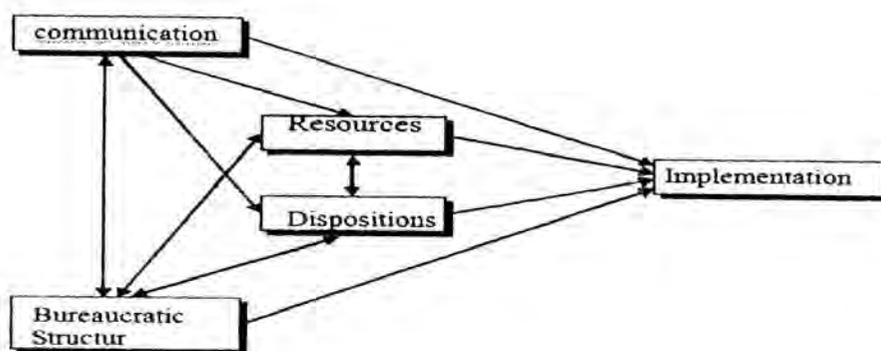


Gambar 2.3

*Implementation as a Political and Administrative*  
 Sumber : Grindle, 1980 ( dalam Tachjan, 2006:56)

#### d. Model Edwards III (1980)

Menurut Edwards III (1980: 9-11) implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu (1) komunikasi, (2) sumber daya, (3) disposisi, dan (4) struktur birokrasi. Diantara faktor-faktor tersebut terjadi interaksi dan pada gilirannya berpengaruh terhadap implementasi. Model tersebut dapat disajikan dalam gambar 2.4.



Gambar 2.4

Sumber : George Edwards III (1980: 148)

## 1. Komunikasi

Menurut Edwards (1980: 10) komunikasi harus ditransmisikan kepada personel yang tepat, dan harus jelas, akurat serta konsisten. Edwards III menyatakan: *“Orders to implement policies must be transmitted to the appropriate personnel, and they must be clear accurate, and consistent”*. Dalam hal ini Edwards menjelaskan, bahwa jika pembuat keputusan/*decision maker* berharap agar implementasi kebijakan sesuai dengan yang dikehendaknya, maka ia harus memberikan informasi secara tepat.

Indikator yang dapat dipakai (atau digunakan) dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi tersebut di atas, yaitu:

- a) Transmisi; penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (miskomunikasi), hal tersebut disebabkan karena komunikasi telah melalui beberapa tingkatan birokrasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan.
- b) Kejelasan; komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (*street-level-bureuacrats*) haruslah jelas dan tidak membingungkan (tidak

ambigu/mendua). Ketidakjelasan pesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tataran tertentu, para pelaksana membutuhkan fleksibilitas dalam melaksanakan kebijakan. Tetapi pada tataran yang lain hal tersebut justru akan menyelewengkan tujuan yang hendak dicapai oleh kebijakan yang telah ditetapkan.

- c) Konsistensi; perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten dan jelas (untuk diterapkan atau dijalankan). Karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

## 2. Faktor Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya yang penting meliputi :

- a. Staf; sumberdaya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten dibidangnya. Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.
- b. Informasi; dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk, yaitu pertama informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan disaat mereka diberi perintah untuk melakukan tindakan. Kedua informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap

peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Implementor harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum.

- c. Wewenang; pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang itu nihil, maka kekuatan para implementor dimata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi, dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersebut ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan; tetapi di sisi lain, efektivitas akan menyurut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau demi kepentingan kelompoknya.

- d. Fasilitas; fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Selain itu, apabila suatu kebijakan dilaksanakan lebih dari satu organisasi maka sumber daya organisasi juga meliputi kerjasama dan koordinasi.

### 3. Faktor Sikap Pelaksana (*Disposition*)

Sikap pelaksana merupakan faktor ketiga yang mempunyai pengaruh penting dalam implementasi kebijakan. Pelaksana kebijakan harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kebanyakan para pelaksana menggunakan sedapat mungkin otoritas dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan. Salah satu alasan mengenai hal ini disebabkan independensi mereka terhadap pembuat kebijakan. Alasan yang lain adalah kompleksitas dari kebijakan itu sendiri. Meskipun cara lain para pelaksana menggunakan otoritasnya tergantung dari disposisi mereka yang menngacu kepada kebijakan-kebijakan tersebut, namun pada akhirnya sikap merekalah yang mempengaruhi cara pandang mereka terhadap kebijakan tersebut dan bagaimana mereka melihat kebijakan akan berdampak terhadap kepentingan perorangan dan organisasi mereka.

### 4. Faktor Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Struktur Birokrasi atau organisasi yang memiliki pengaruh penting dalam implementasi kebijakan adalah prosedur-prosedur kerja dasar kerja (SOP), Fragmentasi organisasi dapat menghambat koordinasi yang diperlukan guna keberhasilan kompleksitas implementasi. Sebuah kebijakan yang membutuhkan kerja sama dengan banyak orang.

Edwards III (1980:125) menyatakan bahwa dua sub variabel yang memberikan pengaruh besar pada birokrasi adalah *Standard Operating Procedures (SOP)* dan fragmentasi. Edwards III (1980: 225) menjelaskannya SOP sebagai:

*"The former develop as internal responses to the limited time and resources of implementors and the desire for uniformity in the operation of complex and widely dispersed organizations; they often remain in force due to*

*bureaucratic inertia*". Dari kutipan ini dipahami bahwa Standar operasional prosedur merupakan respon yang timbul dari implementor untuk menjawab tuntutan-tuntutan pekerjaan karena kurangnya waktu dan sumber daya serta kemauan adanya keseragaman dalam operasi organisasi yang kompleks. SOP ini sering kita jumpai dalam pelayanan masyarakat pada organisasi-organisasi pelayanan publik. Standarisasi SOP sudah menjadi isu lama pada organisasi swasta/*private sector*, dan kemudian diimplementasikan pula pada organisasi-organisasi pelayanan publik. Variabel-variabel dalam implementasi Kebijakan secara Skematis tersaji dalam tabel 2.2

Tabel 2.2  
Hubungan antar Variabel-Variabel dalam Implementasi Kebijakan

Edwards III	Van Meter dan Van Horn	Grindle	Smith
Communication	Standar dan Sasaran kerja, Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan		
Resources	Sumber daya	Pelaksana program Sumber yang disediakan	Idealized polic
Dispositions	Karakteristik organisasi pelaksana	Karakteristik lembaga dan penguasa Kepatuhan dan daya tanggap	Implementing Organization
Bureaucratic Structure.	kebijakan Sikap para pelaksana	Letak pengambil keputusan	Target Group
	Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik	Kepentingan kelompok sasaran Tipe manfaat Derajat perubahan Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor	Empironomen tal Factors

Berdasarkan pada tabel 2.2 bahwa pada dasarnya terdapat kesamaan variabel dalam implementasi Kebijakan yaitu komunikasi, sumber daya, kecenderungan dan struktur birokrasi. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 mengenai Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional merupakan kebijakan substantif yang harus dilaksanakan oleh pemerintah sehingga model yang dipilih untuk digunakan dalam penelitian ini adalah Edwards III.

#### 4. Kajian Asuransi Kesehatan Sosial

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan Program yang dilaksanakan oleh pemerintah dalam rangka melaksanakan kewajiban negara dalam memberikan jaminan sosial kesehatan kepada masyarakatnya dan ini merupakan pelaksanaan fungsi negara sebagai pemberi pelayanan publik, JKN merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN), yang dilaksanakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatori).

Menurut Savas (1987:62) Pelayanan oleh pemerintah (*government service*) adalah "*the delivery of a service by a government agency using its own employees*" (pemberian pelayanan kepada masyarakat/warga negara yang dilakukan oleh agen pemerintah melalui pegawainya). Sedangkan menurut Mahmudi (2010:223), pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan publik dan pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sulastomo (2002) maupun Thabrany H (2002) dalam Djuhaeni (2007) berpendapat bahwa asuransi kesehatan sosial sangat dibutuhkan di Indonesia

mengingat kesehatan adalah hak sedangkan situasi saat ini tidak semua masyarakat dapat akses terhadap pelayanan kesehatan yang penyebabnya antara lain ketiadaan biaya.

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggung”. Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris *insurance*, dengan akar kata *in-sure* yang berarti “memastikan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut insurer atau dalam UU Asuransi disebut asuradur. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (uncertain) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut insurer/asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan.

Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usianya. Prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial (social equity/social justice) yang menjadi alsafah hidup semua orang di dunia. Asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat: kaya–miskin, sehat-sakit, muda-tua, risiko rendah-risiko tinggi, sebagai wujud hakikat peradaban manusia. Oleh karenanya, tidak ada satu negarapun di dunia baik negara liberal

seperti Amerika Serikat, maupun negara yang lebih dekat ke sosialis, yang tidak memiliki sistem asuransi sosial atau jaminan langsung oleh negara.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Penelitian terdahulu terkait dengan penelitian yang akan dilaksanakan yaitu :

### **1. Ahmad Hunaefi, 2015**

Judul Penelitian “Implementasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi Kategori Bukan Penerima Upah di Kabupaten Lebak”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis tingkat implementasi kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi kategori pekerja bukan penerima upah (PBPU) di Kabupaten Lebak. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif. Perhitungan sampel menggunakan rumus *Slovin*, Teknik pengambilan sampel menggunakan *Acidental sampling*. Kuesioner didasarkan pada indikator keberhasilan implementasi kebijakan menurut George Edwar III. Teknik analisa data menggunakan uji hipotesis- test satu sampel. Hasil penelitian menunjukkan tingkat implementasi kepesertaan program JKN bagi PBPU di Kabupaten Lebak masih rendah atau belum optimal. Hasil perhitungan menunjukkan thitung lebih kecil dari pada ttabel ( $-3,34 < 1,645$ ) dan didukung oleh hasil yang dicapai 58,17% dari angka minimal yang dihipotesis 60%.

### **2. Atik Mustika, 2015**

Judul Penelitian “Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (PPK) I Milik

Pemerintah Kota Serang Provinsi Banten.” Tesis ini membahas tentang implementasi kebijakan JKN di Kota Serang dilihat dari empat variabel implementasi menurut George Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Kesimpulan penelitian bahwa implementasi JKN di Kota Serang pada variabel komunikasi sudah berjalan dengan baik, sementara pada sumber daya masih ditemui bahwa puskesmas masih ditemui kekurangan dokter dan dokter gigi, pada variabel disposisi ada respon negatif dari para pelaksana terhadap pembagian jasa pelayanan berdasarkan variabel ketenagakerjaan dan kehadiran, sementara itu pada variabel struktur birokrasi ada SOP / mekanisme yang belum sesuai standar.

### **3. Eva Purwaningsih, 2015**

Judul penelitian “ Implementasi Permenkes Nomor 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Tegal.” Pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2014 tentang Penggunaan dana Kapitasi jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah yaitu untuk pembayaran jasa pelayanan sebesar 60% dan dukungan operasional sebesar 40%. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis sosiologis. Spesifikasi penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitis. Aspek yuridis yang diteliti adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan dana kapitasi JKN pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah. Aspek sosiologis adalah implementasi dana kapitasi jaminan kesehatan nasional terhadap

mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Kota Tegal. Implementasi pemberian jasa pelayanan tambahan sudah sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional yaitu sebesar 60%. Sedangkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas Kota Tegal kepada pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ada 2 indikator yang kurang dari harapan pasien yaitu indikator daya tangkap dan empati.

#### **4. Sheilla Yonaka Lindri, 2015**

Penelitian dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Kecamatan Mandau Kabupaten Bengkalis Riau Tahun 2014.” Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional sudah berjalan dengan cukup baik yaitu dinilai dari empat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan. Sosialisasi sudah berjalan dengan baik. Sumber daya manusia tenaga medis dan fasilitas penunjang medis sudah memenuhi standar rumah sakit kelas C. Sikap pelaksana jaminan kesehatan nasional dinilai baik oleh pasien sebagai penerima pelayanan jaminan kesehatan nasional, dan prosedur birokrasi dinilai cukup baik dilihat dari tidak ditemukannya kendala dalam koordinasi antar pelaksana jaminan kesehatan nasional.

Penelitian yang dilaksanakan memiliki perbedaan dengan penelitian terdahulu baik dari segi Fokus, Lokus dan Waktu. Adapun kesamaan dengan penelitian terdahulu adalah mengenai Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hasil penelitian terdahulu dapat menambah wawasan dan memperjelas

permasalahan dengan mengetahui apa yang telah dihasilkan dari penelitian terdahulu. Penelitian yang akan dilaksanakan diharapkan dapat memperkuat penelitian yang telah dilaksanakan Atik Mustika, 2014 mengenai Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) I Milik Pemerintah sekaligus menggali informasi Atik Mustika mengenai adanya respon negatif dari para pelaksana terhadap pembagian jasa pelayanan berdasarkan variabel ketenaga kerjaan dan kehadiran mengenai jasa pelayanan.

### C. Kerangka Berpikir

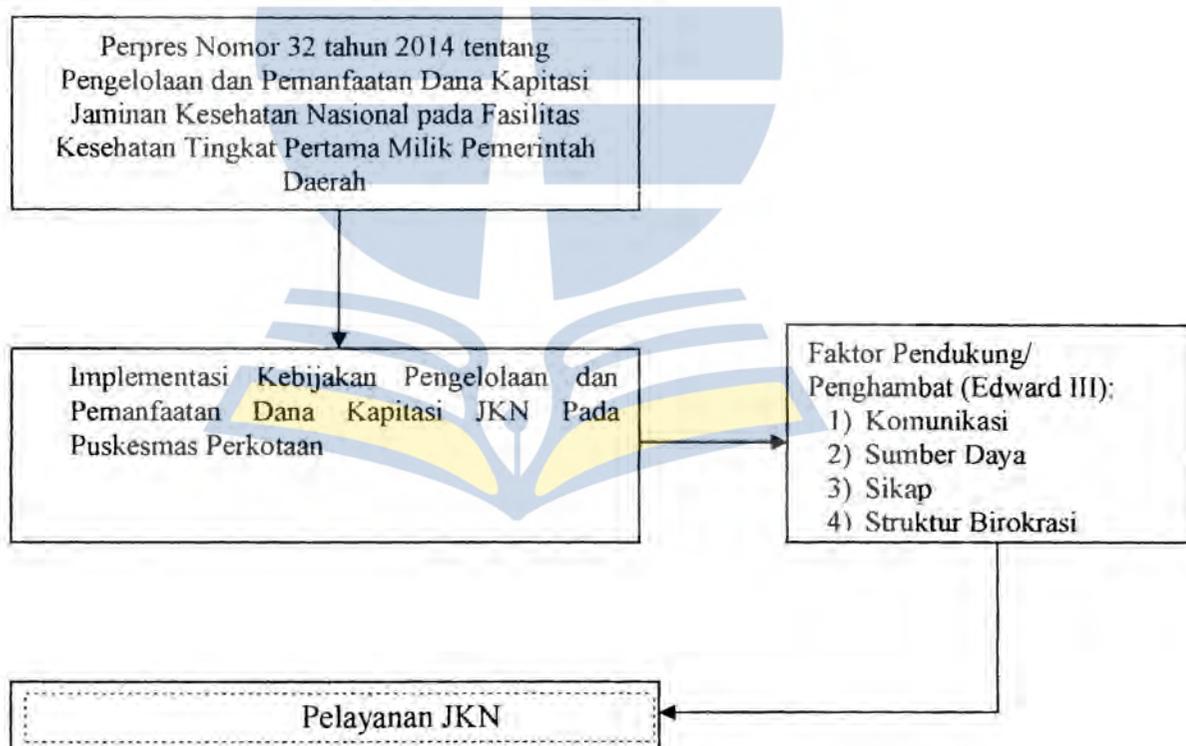
Kerangka berpikir menurut Sekaran dalam Sugiyono (2011 : 60) adalah : Kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai hal yang penting jadi dengan demikian maka kerangka berpikir adalah sebuah pemahaman yang melandasi pemahaman-pemahaman yang lainnya, sebuah pemahaman yang paling mendasar dan menjadi pondasi bagi setiap pemikiran atau suatu bentuk proses dari keseluruhan dari penelitian yang akan dilakukan.

Dalam melaksanakan fungsinya sebagai pemberi pelayanan kepada masyarakat khususnya pada kesehatan maka pemerintah menerapkan program jaminan Kesehatan Nasional. Untuk mengatur pengelolaan dan pemamfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional di puskesmas maka pemerintah menetapkan kebijakan melalui Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 mengenai Pengelolaan dan Pemamfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah. Namun kebijakan tersebut tidak ada artinya jika tidak diimplementasikan, oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui, menggambarkan dan mendeskripsikan implementasi, faktor pendorong dan penghambat kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada

fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau.

Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN merupakan kebijakan substantif yang harus dilaksanakan oleh pemerintah sehingga model Implementasi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah model Implementasi Edwards III.

Faktor pendorong dan Penghambat Implementasi Kebijakan sebagaimana dikemukakan oleh Edward III meliputi Komunikasi, Sumber daya kecenderungan-kecenderungan, atau tingkah laku-tingkah laku dan struktur birokrasi Prilaku Pelaksana.



Gambar 2.5

Kerangka berpikir Implementasi kebijakan pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di FKTP Milik Pemda di Puskesmas perkotaan Kabupaten Berau

### **BAB III**

## **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah metode deskriptif kualitatif. Notoatmojo (2005:73) mengemukakan metode deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Sedangkan penelitian kualitatif menurut Moleon (2005) dalam Herdiansyah (2010:9) adalah suatu penelitian ilmiah yang bertujuan untuk memahami suatu fenomena dalam konteks social secara alami dengan mengedepankan proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti.

#### **B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan**

Sumber Informasi atau informan pada penelitian ini ditentukan secara sengaja atau bertujuan (*Purposive*). Sesuai dengan penjelasan Hamdi dan Ismaryati (2014:6.6.28) informan adalah orang yang dipandang mempunyai pengetahuan atau informasi mengenai suatu hal atau peristiwa tertentu. Kualifikasi tersebut dimiliki oleh yang bersangkutan baik karena kedudukannya sebagai orang yang berwenang pada jabatan tertentu maupun karena kegiatannya dalam proses di bidang tertentu. Informan pada penelitian ini adalah :

1. Kepala Dinas Kesehatan
2. Sekretaris Dinas Kesehatan

3. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan
4. Kepala Seksi Jaminan Kesehatan
5. Kepala Puskesmas
6. Bendahara JKN
7. Staf Puskesmas
8. Staf Pustu
9. Kepala operasional BPJS Berau
10. Peserta JKN

### C. Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian atau alat pengumpul data adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah (Saryono dan Anggaraeni, 2013 : 185).

Instrumen penelitian yang akan digunakan meliputi :

- a. Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri.

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus "divalidasi".

Menurut Irawan (2006) Peneliti sebagai instrumen (disebut "*Participant-Observer*") di samping memiliki kelebihan-kelebihan, juga mengandung beberapa kelemahan. Kelebihannya antara lain :

1. peneliti dapat langsung melihat, merasakan, dan mengalami apa yang terjadi pada subjek yang ditelitinya. Dengan demikian, peneliti akan lambat laun "memahami" makna-makna apa saja yang tersembunyi di balik realita yang

kasat mata (*verstehen*). Ini adalah salah satu tujuan yang hendak dicapai melalui penelitian kualitatif.

2. peneliti akan mampu menentukan kapan penyimpulan data telah mencukupi, data telah jenuh, dan penelitian dihentikan. Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data tidak dibatasi oleh instrumen (misalnya kuesioner) yang sengaja membatasi penelitian pada variabel-variabel tertentu saja.
3. peneliti dapat langsung melakukan pengumpulan data, menganalisisnya, melakukan refleksi secara terus menerus, dan secara gradual "membangun" pemahaman yang tuntas tentang sesuatu hal.

Sementara beberapa kelemahan peneliti sebagai instrumen adalah

1. Tidak mudah menjaga obyektivitas dan netralitas peneliti sebagai peneliti. Keterlibatan subjek memang bagus dalam penelitian kualitatif, tetapi jika tidak hati-hati, peneliti akan secara tidak sadar mencampuradukkan antara data lapangan hasil observasi dengan pikiran-pikirannya sendiri.
2. Pengumpulan data dengan cara menggunakan peneliti sebagai instrumen utama ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan peneliti dalam menulis, menganalisis, dan melaporkan hasil penelitian. Peneliti juga harus memiliki sensitifitas/kepekaan dan "*insight*" (wawasan) untuk menangkap simbol-simbol dan makna-makna yang tersembunyi. Lyotard (1989) mengatakan "lantaran pengalaman belajar ini sifatnya sangat pribadi, peneliti seringkali mengalami kesulitan untuk mengungkapkannya dalam bentuk tertulis".
3. Peneliti harus memiliki cukup kesabaran untuk mengikuti dan mencatat perubahan-perubahan yang terjadi pada subjek yang ditelitinya. Dalam penelitian kualitatif harus siap dengan hasil penelitian yang bersifat plural

(beragam), sering tidak terduga sebelumnya, dan sulit ditentukan kapan selesainya. Ancar-ancar waktu tentu bisa dibuat, tetapi ketepatan jadwal (waktu) dalam penelitian kualitatif tidak mungkin dicapai seperti dalam penelitian kuantitatif. [http://web-suplemen.ut.ac.id/mapu5103/sub1\\_2.htm](http://web-suplemen.ut.ac.id/mapu5103/sub1_2.htm)

b. Pedoman Wawancara

c. Pedoman observasi

d. Alat perekam

Alat perekam sebagai alat bantu pada saat wawancara, agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti karena mencatat jawaban-jawaban dari informan. Penggunaan alat rekaman digunakan setelah mendapatkan ijin dari informan.

#### **D. Prosedur Pengumpulan Data**

Data yang dibutuhkan pada penelitian ini berupa data primer maupun data sekunder. Data Primer meliputi data yang diperoleh langsung dari responden atau informan melalui wawancara mendalam mengenai Implementasi kebijakan tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan kapitasi JKN pada FKTP milik pemerintah Daerah di Puskesmas perkotaan Kabupaten Berau, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang telah disahkan atau telah dipublikasikan. Pengumpulan data Primer dan sekunder dilakukan dengan cara :

##### **1. Wawancara mendalam (*in-depth interview*).**

Wawancara menurut sarwono dan Anggraeni (2013 :59) merupakan alat *re-check in* atau pembuktian terhadap informasi atau keterangan yang diperoleh

sebelumnya. Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara, dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama. Pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan informan yang akan diwawancarai.

## 2. Observasi

Cresswell dalam Muchlis Hamdi dan Siti ismaryanti ( 2014: 7.8) menyatakan bahwa observasi mencakup empat aspek yakni a ) setting (lokasi Penelitian ), b) aktor (siapa yang akan diobservasi atau diwawancarai), c) Peristiwa ( kejadian apa saja yang dirasakan oleh aktor yang akan dijadikan topik wawancara dan observasi), dan d) proses (sifat peristiwa yang dirasakan oleh aktor dalam setting penelitian ).

## 3. Dokumentasi

Sejumlah besar fakta dan data tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi. Sebagian besar data yang tersedia adalah berbentuk surat-surat, catatan harian, cenderamata, laporan, artefak, foto dan sebagainya. Sifat umum data ini tak terbatas ruang dan waktu sehingga memberi peluang kepada peneliti untuk mengetahui hal-hal yang pernah terjadi di waktu silam.

Pengumpulan data dokumen dilakukan untuk mengumpulkan data yang bersumber dari arsip dan dokumen baik yang ada di Puskesmas tanjung Redeb maupun yang ada di luar puskesmas yang ada hubungannya dengan penelitian

yang dilakukan. Sedangkan teknik dokumentasinya dikembangkan sesuai dengan kebutuhan penelitian yaitu dengan mengumpulkan data-data berupa : Profil, Laporan dan dokumen lainnya yang mendukung.

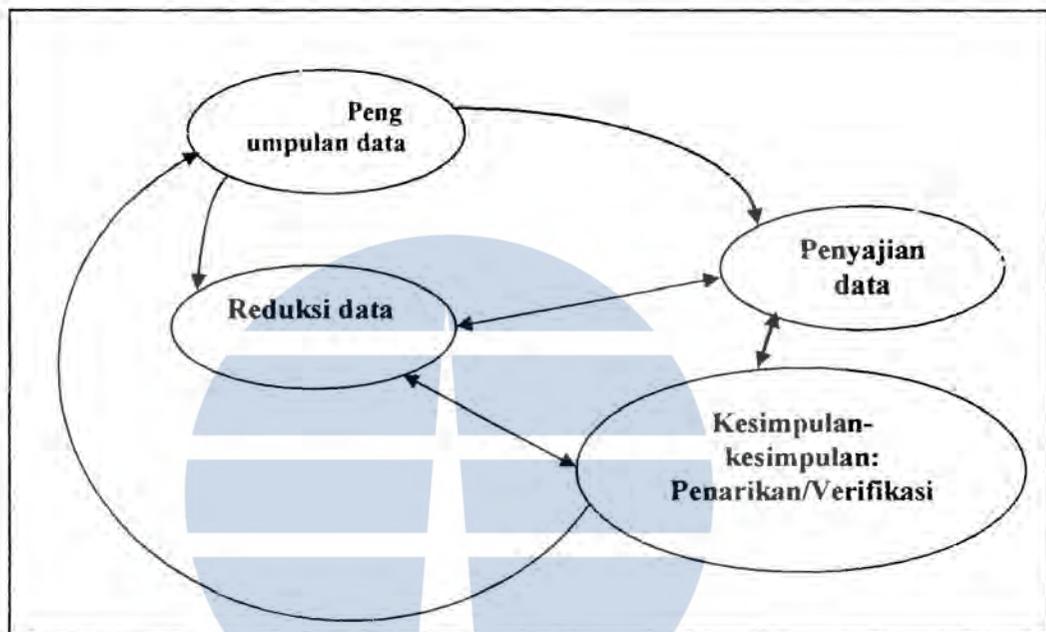
#### **E. Metode Analisis Data**

Menurut Miles dan Huberman ( 1992: 18-20) bahwa analisis terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi . Tiga hal utama yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi sebagai sesuatu yang saling menjaling pada saat sebelum, selama dan sesudah pengumpulan data dalam bentuk sejajar untuk membangun wawasan umum analisis. Dalam pandangan ini tiga jenis kegiatan analisis dan kegiatan pengumpulan data itu sendiri merupakan proses siklus dan interaktif .

Komponen Analisis Data model interaktif yaitu :

1. Pengumpulan data, pengumpulan data dilakukan sebelum penelitian, pada saat penelitian dan bahkan pada akhir penelitian.
2. Reduksi data, diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongka, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan sedemikian rupa hingga kesimpulan-kesimpulan finalnya dapat ditarik dan diverifikasi.
3. Penyajian data, sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

4. Penarikan kesimpulan, secara esensial berisi tentang uraian dari seluruh subkategorisasi tema yang tercantum pada table kategorisasi dan pengkodean yang sudah terselesaikan disertai dengan quote verbal wawancaranya.



Gambar 3.1 Komponen-komponen Analilis Data : Model Interaktif  
Sumber : Miles dan Huberman ( 1992:20)

## F. Pengujian Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada penelitian kualitatif menurut lincoln dan Guba (1985) dalam Herdiansyah (2010:194) meliputi kredibilitas (*credibility*), transferabilitas (*transferability*), auditabilitas (*auditability*), dan kompormabilitas (*confirmability*).

### 1. Uji kredibilitas

Uji kredibilitas atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan melalui :

- a. Perpanjangan pengamatan, hal ini dilakukan untuk menghapus jarak antara peneliti dan narasumber sehingga tidak ada informasi yang disembunyikan.
  - b. Meningkatkan ketekunan, berarti melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan.
  - c. Triangulasi, diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data, dan waktu. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Triangulasi teknik dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Triangulasi waktu dilakukan dengan melakukan pengecekan dengan wawancara, observasi atau teknik lain dalam waktu atau situasi yang berbeda.
  - d. Analisis kasus negative, adalah kasus yang tidak sesuai atau berbeda dengan hasil penelitian hingga pada saat tertentu.
  - e. Menggunakan bahan referensi, yaitu pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Bahan yang dimaksud dapat berupa alat perekam suara, kamera, handycam dan lain sebagainya yang dapat digunakan oleh peneliti selama melakukan penelitian.
2. Mengadakan *member check*, yaitu proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data.
  3. *Transferability* (validitas eksternal)

Untuk memenuhi kriteria ini maka peneliti dalam membuat laporannya harus memberikan uraian yang yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya.

4. *Depenability* (reliabilitas)

Penelitian yang reliabel adalah apabila orang lain dapat mengulangi/ mereplikasi proses penelitian tersebut.

5. *Confirmability* (obyektivitas). Menguji *confirmability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan.



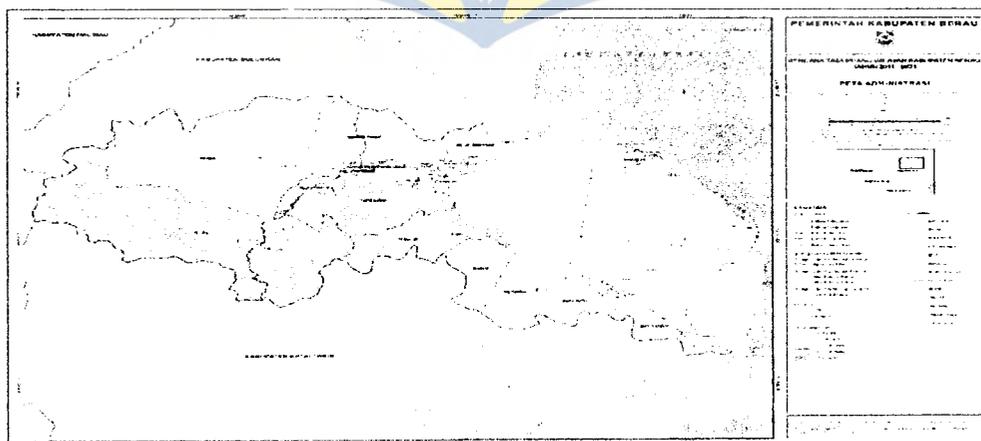
## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Objek Penelitian

##### 1. Gambaran Umum Kabupaten Berau

Kabupaten Berau merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Kalimantan Timur. Kabupaten Berau berada di bagian utara Provinsi Kalimantan Timur dan berbatasan langsung dengan Provinsi Kalimantan Utara. Kabupaten Berau memiliki luas wilayah 34.127,17 Km<sup>2</sup> yang terdiri dari daratan 21.951,71 Km<sup>2</sup> dan lautan 11.962,42 Km<sup>2</sup>. Letak Kabupaten Berau berada tidak jauh dari Garis Khatulistiwa dengan posisi antara 116° sampai dengan 119° Bujur Timur dan 1° Lintang Utara sampai dengan 2°33' Lintang Selatan. Jika dilihat dalam lingkup Provinsi Kalimantan Timur, secara administrasi pemerintahan terbagi menjadi 7 (tujuh) kabupaten (Berau, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Kutai Barat, Paser, Penajam Paser Utara, dan Mahakam Ulu) dan 3 (tiga) kota (Balikpapan, Bontang dan Samarinda).



Gambar 4.1 Peta Kabupaten Berau  
Sumber RPJMD Kabupaten Berau 2016-2021

Adapun daerah perbatasan Kabupaten Berau yaitu :

- a. Sebelah Utara : Kabupaten Bulungan
- b. Sebelah Timur : Laut Sulawesi
- c. Sebelah Selatan : Kabupaten Kutai Timur
- d. Sebelah Barat : Kabupaten Malinau dan Bulungan

Wilayah administrasi Kabupaten Berau sampai dengan tahun 2016 terbagi dalam 13 kecamatan dengan jumlah desa/kelurahan sebanyak 100 desa dan 10 kelurahan.

Tabel 4.1  
Luas Wilayah, Jumlah Desa dan Kota menurut Kecamatan  
di Kabupaten Berau Tahun 2015

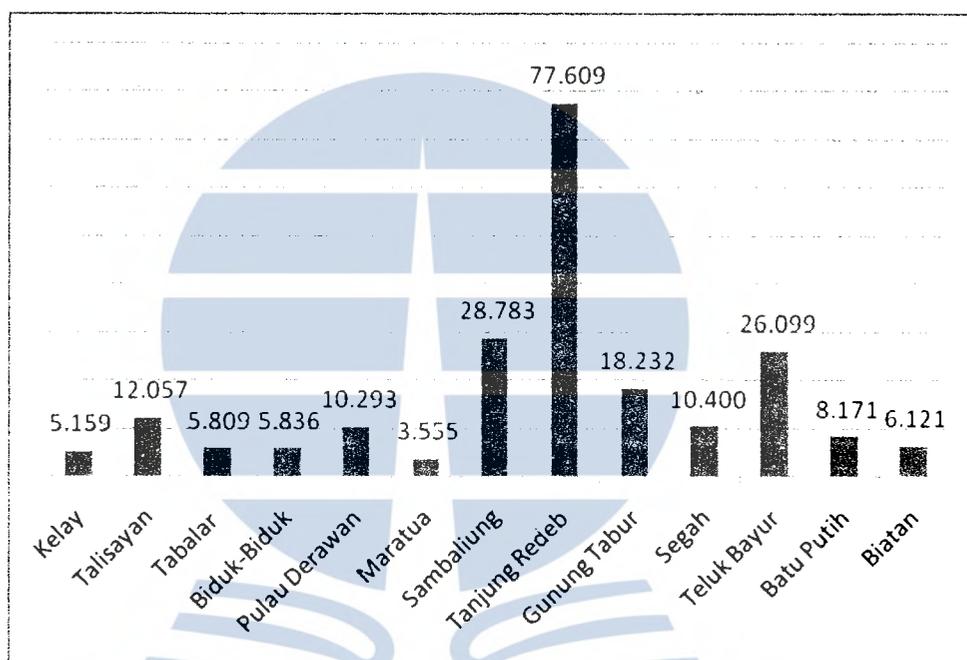
No	Kecamatan	Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )	Jumlah Kampung	Jumlah Kelurahan
1	Kelay	6.134,60	14	
2	Talisayan	1.798,00	8	
3	Tabalar	2.373,45	6	
4	Biduk-Biduk	3.002,99	6	
5	Pulau Derawan	3.858,96	5	
6	Maratua	4.118,80	4	
7	Sambaliung	2.403,86	14	1
8	Tanjung Redeb	23,76	0	6
9	Gunung Tabur	1.987,49	11	1
10	Segah	5.166,40	13	
11	Teluk Bayur	175,4	4	2
12	Batu Putih	1.651,42	7	
13	Biatan	1.432,04	8	
Kabupaten Berau		34.127,17	100	10

Sumber : Badan Pertanahan Nasional dalam Berau dalam Angka 2016

Kecamatan Pulau Derawan dan Maratua dikenal sebagai daerah dan tujuan wisata dimana pantai dan alam bawah lautnya memiliki panorama yang

sangat indah. Disamping itu kabupaten Berau juga memiliki 31 pulau kecil dan wilayah laut yang luas dengan keanekaragaman hayati yang sangat tinggi.

Jumlah penduduk Kabupaten Berau berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) pada Tahun 2015 adalah 218.124 Jiwa, terdiri dari penduduk laki-laki 115.949 jiwa, perempuan adalah 102.175 jiwa dengan distribusi penduduk per kecamatan sebagaimana gambar 4.2



Gambar 4.2  
Jumlah Penduduk menurut Kecamatan  
Kabupaten Berau pada Tahun 2015  
(Sumber : BPS Berau Dalam Angka2016)

Kecamatan Tanjung Redeb merupakan kecamatan dengan jumlah penduduk tertinggi, hal ini disebabkan karena Tanjung Redeb merupakan ibu kota kabupaten dan merupakan pusat pemerintahan dan perekonomian, sedangkan kecamatan dengan jumlah penduduk terkecil adalah Kecamatan Maratua yang merupakan kepulauan.

Distribusi PDRB berdasarkan lapangan usaha di kabupaten Berau pada tahun 2015 yang merupakan sektor unggulan adalah pertambangan dan penggalian yaitu 61,09 persen, disusul sektor pertanian, perikanan dan kehutanan, 11,00 persen, sektor transportasi dan pergudangan adalah 5,83 persen, Perdagangan besar dan kecil, reparasi mobil dan sepeda motor 4,94 persen, konstruksi 4,94persen dan sisanya 17,14 persen sektor lainnya (RPJMD Kabupaten Berau 2016-2021, II-19).

## **2. Gambaran Umum Puskesmas Tanjung Redeb**

Berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

Puskesmas merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) pada Dinas Kesehatan kabupaten . Berdasarkan Peraturan Bupati Berau Nomor 33 Tahun 2015 tentang Perubahan Keempat Peraturan Bupati Berau Nomor 43

Tahun 2009 tentang Pembentukan Organisasi dan Tatakerja, maka UPTD

Dinas Kesehatan terdiri dari:

- a. Laboratorium Kesehatan Daerah
- b. Instalasi Farmasi Kabupaten
- c. Klinik Bersalin Tanjung Redeb
- d. Jaminan Kesehatan Daerah
- e. RS pratama Talisayan
- f. Puskesmas yang terdiri dari :
  1. Puskesmas Tanjung Redeb
  2. Puskesmas Kampung Bugis
  3. Puskesmas Teiuk Bayur
  4. Puskesmas Labanan
  5. Puskesmas Sambaliung
  6. Puskesmas Suaran
  7. Puskesmas Gunung Tabur
  8. Puskesmas Merancang
  9. Puskesmas Tepian Buah
  10. Puskesmas Maratua
  11. Puskesmas Kelay
  12. Puskesmas Tubaan
  13. Puskesmas Biatan Lempake
  14. Puskesmas Talisayan
  15. Puskesmas Batu Putih
  16. Biduk-Biduk
  17. Puskesmas Tanjung Batu
  18. Puskesmas Pulau Derawan
  19. Puskesmas Long Laai

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan puskesmas dikategorikan menjadi Puskesmas kawasan perkotaan, kawasan pedesaan, kawasan terpencil dan sangat terpencil sedangkan berdasarkan kemampuan penyelenggaraan puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas non rawat inap dan puskesmas rawat inap. Kategori puskesmas di Kabupaten Berau ditetapkan melalui Keputusan Bupati Berau

Nomor 399 Tahun 2015. Puskesmas perkotaan di Kabupaten Berau ada 5 unit dengan rincian 2 unit rawat inap dan 3 unit non rawat inap sebagaimana tabel 4.2

Tabel 4.2  
Rincian Puskesmas Perkotaan di Kabupaten Berau Tahun 2016

No	Kecamatan	Nama Puskesmas	Kategori Wilayah	
			Wilayah	Penyelenggaraan Pelayanan
	Tanjung Redeb	Puskesmas Kp Bugis	Perkotaan	Non Rawat Inap
		Puskesmas Tanjung Redeb	Perkotaan	Non Rawat Inap
2	Sambaliung	Puskesmas Sambaliung	Perkotaan	Non Rawat Inap
3	Gunung Tabur	Puskesmas Gunung Tabur	Perkotaan	Rawat Inap
4	Teluk Bayur	Puskesmas Teluk Bayur	Perkotaan	Rawat Inap

Sumber data : SK Bupati Berau, diolah peneliti

Puskesmas Tanjung Redeb terletak di Kecamatan Tanjung Redeb yang merupakan ibu kota Kabupaten Berau. Di Kecamatan Tanjung Redeb, terdapat 2 puskesmas induk yaitu puskesmas Tanjung Redeb dan Puskesmas Kampung Bugis. Puskesmas Tanjung Redeb memiliki wilayah kerja 1.960 km<sup>2</sup>, dengan 3 kelurahan yaitu Kelurahan Tanjung Redeb, Sei Bedungun dan Gunung Panjang. Jika ditinjau dari luas wilayah Kabupaten Berau, luas Puskesmas Tanjung Redeb adalah 4,97 % dari luas wilayah Kabupaten Berau. Batas wilayah Puskesmas Tanjung Redeb adalah sebagai berikut :

- 1) Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Gunung Tabur.
- 2) Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Sambaliung.
- 3) Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Teluk Bayur.

4) Sebelah Timurberbatasan dengan Kecamatan Sambaliung.

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Redeb pada tahun 2015 sebanyak 40.132 jiwa, rincian penduduk kelurahan menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.3 .

Tabel 4.3  
Jumlah Penduduk Laki-Laki dan Perempuan menurut  
Kelurahan di Puskesmas Tanjung Redeb 2015

Kelurahan	Jumlah Penduduk	Jenis Kelamin		Persentase
		L	P	
Tanjung Redeb	21.412	11.373	10.039	53,35
Gunung Panjang	10.062	5.315	4.747	25,07
Sei Bedungun	8.658	4.633	4.025	21,57
Jumlah	40.132	21.321	18.811	100

Sumber : Profil Puskesmas Tanjung Redeb Tahun 2015

Berdasarkan tabel 4.3 terlihat bahwa penduduk terkonsentrasi di kelurahan Tanjung Redeb 53.35%.

### 3. Gambaran umum Jaminan Kesehatan Nasional

Mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, maka jaminan kesehatan merupakan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor

40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN ). Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

a) Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b) Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c) Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

d) Prinsip Kepesertaan bersifat wajib

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

e) Prinsip dana amanat

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

f) Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. (Kemenkes RI, 2013)

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative* termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan *promotif dan preventif* meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin (BCG)*, *Difteri Pertusis Tetanus* dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, akan tetapi masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi: a. Tidak sesuai prosedur; b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS; c. Pelayanan bertujuan kosmetik; d. *General checkup* pengobatan alternatif; e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi; f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana ; dan g. Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

Peserta jaminan kesehatan nasional dibedakan atas :

1. PBI jaminan kesehatan.

PBI (Penerima Bantuan Iuran) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang

urannya dibayari pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah

## 2. Bukan PBI jaminan kesehatan

- 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu: Pegawai Negeri Sipil; Anggota TNI; Anggota Polri; Pejabat Negara; e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri; f) Pegawai Swasta; dan g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu: Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas: Investor; Pemberi Kerja; Penerima Pensiun; Veteran; Perintis Kemerdekaan; dan Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas: Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun; Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

- a. Regulator yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
- b. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- c. Pemberi Pelayanan Kesehatan. Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
- d. Badan Penyelenggara. Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) adalah:

1. Puskesmas atau yang setara,
2. Praktik Dokter,
3. Praktik dokter gigi,
4. Klinik Pratama atau yang setara,

#### 5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter, berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berupa: 1.Klinik utama atau yang setara, 2.Rumah Sakit Umum, 3.Rumah Sakit Khusus.

#### 4. **Gambaran Umum Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah**

Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang **Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah**. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 kemudian ditindaklanjuti dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ tanggal 5 Mei 2014 tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 yang kemudian direvisi dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang

Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 mengatur bahwa pengelolaan dana kapitasi meliputi tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan serta pemanfaatan dana kapitasi sebagai berikut :

**a. Penganggaran**

Kepala FKTP menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan. Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN. Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN dianggarkan dalam RKA-SKPD Dinas Kesehatan.

**b. Pelaksanaan dan Penatausahaan**

1. Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun DPA SKPD berdasarkan peraturan daerah tentang APBD tahun anggaran berkenaan dan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD tahun anggaran berkenaan
2. Kepala Daerah menetapkan bendahara dana kapitasi JKN pada FKTP atas usul Kepala SKPD Dinas Kesehatan melalui PPKD. Bendahara dana kapitasi JKN pada FKTP membuka Rekening dana kapitasi JKN. Rekening dana kapitasi JKN pada setiap FKTP ditetapkan oleh kepala daerah. Rekening

dana kapitasi JKN merupakan bagian dari rekening BUD. Rekening dana kapitasi JKN disampaikan oleh kepala FKTP kepada BPJS kesehatan.

3. Pendapatan digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP. Pendapatan dana kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.
4. Bendahara dana Kapitasi JKN pada FKTP mencatat dan menyampaikan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada Kepala FKTP.
5. Kepala FKTP menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) FKTP kepada PPKD. SP3B FKTP sisa dana kapitasi yang belum digunakan pada tahun anggaran berkenaan. SP3B FKTP PPKD selaku BUD menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B)FKTP.
6. PPK-SKPD dan PPKD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja FKTP berdasarkan SP2B.

**c. Pertanggungjawaban**

1. Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN. Pendapatan dan belanja disajikan dalam Laporan Keuangan SKPD dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah.
2. Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh bendahara dana kapitasi JKN pada FKTP.
3. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Pengawasan secara berjenjang dan pengawasan fungsional oleh Aparat Pengawasan Intern dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.

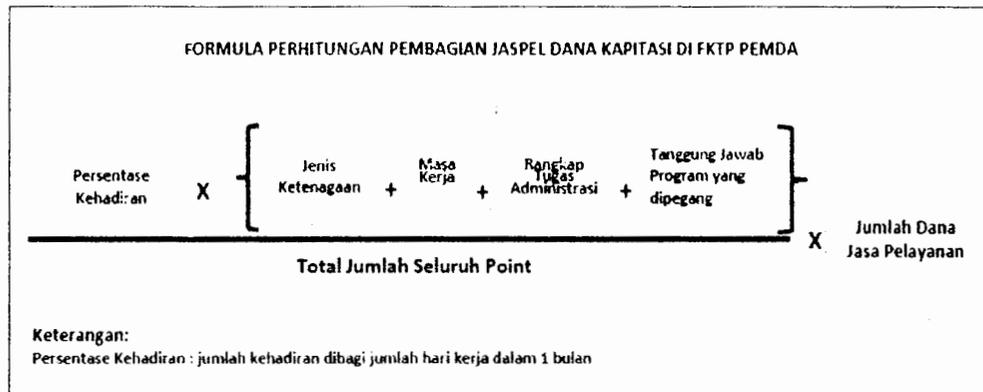
**d. Pemanfaatan Dana**

Dana kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Jasa pelayanan kesehatan di FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan dana kapitasi JKN diatur oleh kementerian kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2014 yang kemudian diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan 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. Beberapa hal penting yang diatur dalam Permenkes Nomor 21 tahun 2016 yaitu :

- 1) bahwa jasa pelayanan diberikan pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan pada FKTP meliputi pegawai Negeri Sipil, pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, dan pegawai tidak tetap. Pembagian jasa pelayanan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel jenis ketenagaan/ dan atau jabatan, kehadiran.
- 2) Penilaian variabel jenis ketenagaan dan/ jabatan adalah :
  - a) Tenaga medis diberi nilai 150
  - b) Tenaga apoteker atau profesi keperawatan (Ners) diberi nilai 100
  - c) Tenaga kesehatan paling rendah S1/D4 diberi nilai 80
  - d) Tenaga kesehatan D3 diberi nilai 60
  - e) Tenaga non kesehatan paling rendah D3 atau asisten tenaga kesehatan diberi nilai 50
  - f) Tenaga non kesehatan di bawah D3, diber nilai 25
- 3) Tenaga yang merangkap tugas administratif diberi nilai tambahan yaitu :
  - a) Tambahan nilai 100 untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai kepala FKTP

- b) Tambahan nilai 50 untuk tenaga yang merangkap sebagai bendahara dana kapitasi JKN
  - c) Tambahan nilai 30 untuk tenaga yang merangkap sebagai Kepala Tata Usaha atau penanggung jawab penatausahaan keuangan dana kapitasi JKN
- 4) Tenaga yang merangkap tugas sebagai penanggung jawab program atau yang setara diberi nilai 10 untuk setiap program atau yang setara.
- 5) Setiap tenaga yang memiliki masa kerja diberi nilai yaitu :
- a) 5 tahun sampai 10 tahun diberi tambahan nilai 5
  - b) 11 tahun sampai 15 tahun diberi tambahan nilai 10
  - c) 16 tahun sampai 20 tahun diberi tambahan nilai 15
  - d) 21 tahun sampai 25 tahun diberi tambahan nilai 20
  - e) Lebih dari 25 tahun diberi tambahan nilai 25
- 6) Penilaian variabel kehadiran yaitu :
- a) Hadir setiap hari kerja diberi nilai 1 point per hari
  - b) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai 7 jam dikurangi 1 point
  - c) Ketidakhadiran karena sakit atau penugasan oleh pejabat yang berwenang paling banyak 3 hari kerja tetap berikan nilai
- 7) Jumlah jasa pelayanan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dan non kesehatan dihitung dengan menggunakan formula :



Gambar 4.3  
Formula Perhitungan Pembagian Jasa pelayanan Dana Kapitasi JKN  
Sumber : Permenkes 21 tahun 2016

- 8) Alokasi dana kapitasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk :
- a) Biaya obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
  - b) Biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya, meliputi : belanja barang operasional dalam dan luar gedung, operasional dan pemeliharaan kendaraan puskesmas keliling, bahan cetak atau alat tulis kantor, administrasi, koordinasi program dan sistem informasi. Peningkatan kapasitas SDM, pemeliharaan sarana dan prasana puskesmas serta belanja modal untuk sarana prasara

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. Jumlah peserta JKN di kabupaten Berau secara rinci pada tabel 4.4

Tabel 4.4  
Jumlah Peserta JKN berdasarkan Puskesmas  
Pada tahun 2014- 2016 di Kabupaten Berau

No.	Nama Puskesmas	Jumlah Peserta JKN Tahun 2014	Jumlah Peserta JKN Tahun 2015	Jumlah Peserta JKN Tahun 2016
<b>A</b>	<b>Puskesmas Kota</b>			
1	Puskesmas Bugis	1.096	2.414	4.910
2	Pusk. Tanjung Redeb	5.273	11.474	11.382
3	Puskesmas Teluk Bayur	1.164	2.142	3.628
4	Puskesmas Gunung Tabur	2.227	4.332	5.905
5	Pusk. Sambaliung dan Suaran	3.629	7.279	11.062
<b>B</b>	<b>Puskesmas Pedalaman/terpencil</b>			
6	Puskesmas Labanan	1.278	2.657	4.777
7	Pusk. Merancang Ulu	1.513	3.202	3.895
8	Puskesmas Kelay ( dan Pusk. Merapun )	983	1.522	2.398
9	Puskesmas Tepian Buah (dan Pusk. long laai )	2.347	4.595	5.696
<b>C</b>	<b>Puskesmas Pesisir dan kepulauan</b>			
10	Puskesmas Maratua	1.106	2.650	3.013
11	Puskesmas Tanjung Batu	1.563	3.095	4.025
12	Puskesmas Derawan	236	423	602
13	Puskesmas Tubaan	1.122	2.616	2.688
14	Pusk. Biatan Lempake	623	1.269	1.973
15	Puskesmas Talisayan	1.359	2.542	3.280
16	Puskesmas Batu Putih	1.243	2.778	2.934
17	Puskesmas Biduk-Biduk	2.180	4.539	5.618
	<b>Total</b>	<b>28.942</b>	<b>59.529</b>	<b>77.786</b>

Sumber : Data diolah dari LAKIP Dinas Kesehatan Tahun 2014 -2016

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melakukan pembayaran dana kapitasi kepada FKTP milik pemerintah daerah didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai data dari BPJS Kesehatan,

dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan ke rekening dana kapitasi JKN pada FKTP/puskesmas. Pada sistem kapitasi tidak diperhitungkan jumlah pasien atau peserta yang sakit, dana kapitasi yang dibayarkan ke puskesmas setiap bulannya bisa berbeda sesuai jumlah peserta JKN yang terdaftar dan besar dana kapitasi berdasarkan pemenuhan norma kapitasi. Berdasarkan data pada tabel 4.5 terlihat bahwa jumlah peserta JKN di puskesmas Kabupaten Berau mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2016 secara bertahap Pemerintah Kabupaten Berau melakukan integrasi 5.712 peserta program Jamkeda ke JKN.

Tabel 4.5  
Norma Kapitasi Puskesmas di Kabupaten Berau

No	Norma Kapitasi	Puskesmas					
		3.000	3.500	4.500	5.000	5.500	6.000
Ketersediaan							
1	Dokter Umum						
	Tidak ada	√	√				
	1 orang			√	√		
	minimal 2 orang					√	√
2	dokter gigi						
	Tidak ada	√		√		√	
	ada		√		√		√
3	Bidan/Perawat	√	√	√	√	√	√
4	Laboratorium sederhana	√	√	√	√	√	√
5	Apotik/pelayanan obat	√	√	√	√	√	√

Sumber : PKS BPJS dan Dinas kesehatan Kab. Berau Tahun 2016

Dana kapitasi jaminan kesehatan nasional puskesmas di Kabupaten Berau tahun 2014 sampai dengan tahun 2016 secara rinci pada tabel 4.6 berikut :

Tabel 4.6  
Dana Kapitasi JKN Puskesmas Kabupaten Berau  
Tahun 2014 – 2016

No.	Nama Puskesmas	Tahun Anggaran 2014	Tahun Anggaran 2015	Tahun Anggaran 2016
<b>Dana Kapitasi JKN FKTP</b>		<b>2.084.027.425</b>	<b>4.285.969.097</b>	<b>5.600.583.000</b>
<b>A</b>	<b>Puskesmas Kota</b>	<b>964.135.425</b>	<b>1.990.155.012</b>	<b>2.655.933.000</b>
1	Puskesmas Bugis	78.945.500	173.844.000	353.513.000
2	Pusk. Tanjung Redeb	379.673.925	826.128.312	819.528.000
3	Pusk. Teluk Bayur	83.832.000	154.192.000	261.248.000
4	Pusk. Gunung Tabur	160.368.000	311.870.300	425.165.000
5	Pusk. Sambaliung (Pusk. Suaran )	261.316.000	524.120.400	796.479.000
<b>B</b>	<b>Puskesmas Pedalaman/terpencil</b>	<b>440.774.000</b>	<b>862.227.625</b>	<b>1.207.107.000</b>
6	Puskesmas Labanan	92.050.500	191.286.325	343.956.000
7	Pusk. Merancang Ulu	108.938.500	230.516.650	280.437.000
8	Pusk. Kelay ( Pusk. Merapun )	70.800.000	109.584.000	172.633.000
9	Pusk. Tepian Buah (Pusk. long laai )	168.985.000	330.840.650	410.081.000
<b>C</b>	<b>Puskesmas Pesisir dan kepulauan</b>	<b>679.118.000</b>	<b>1.433.586.460</b>	<b>1.737.543.000</b>
10	Pusk. Maratua	79.629.000	190.773.000	216.934.000
11	Pusk. Tanjung Batu	112.567.000	222.848.900	289.778.000
12	Pusk. Derawan	16.980.000	30.489.000	43.335.000
13	Pusk. Tubaan	80.755.000	188.316.440	193.515.000
14	Pusk. Biatan Lempake	44.853.000	91.370.170	142.048.000
15	Pusk. Talisayan	97.879.000	183.004.000	236.157.000
16	Pusk. Batu Putih	89.525.000	200.012.000	211.245.000
17	Pusk. Biduk-Biduk	156.930.000	326.772.950	404.531.000

Sumber : Sumber : LKJIP Dinas Kesehatan Tahun 2014-2016,  
diolah kembali oleh peneliti (2017)

## B. Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian melalui metode wawancara mendalam, observasi dan study dokumentasi di dilaksanakan di Puskesmas perkotaan yaitu puskesmas Tanjung Redeb. Penelitian dilaksanakan setelah adanya mutasi dan

pelantikan ulang pejabat struktural di Kabupaten Berau termasuk pada Dinas Kesehatan dan puskesmas, sehingga untuk mendapatkan informasi penelitian dilakukan wawancara pada pejabat yang terlibat dan dapat memberikan informasi terkait dengan tujuan penelitian sehingga untuk informannya adalah pejabat yang lama. Hasil penelitian disajikan sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian.

### **1. Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau**

Implementasi kebijakan publik merupakan upaya mencapai tujuan dari kebijakan publik. Implementasi Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah merupakan amanat Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014, oleh karena itu penyajian data mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 meliputi Pengelolaan dan Pemanfaatan dana kapitasi JKN.

#### **a. Pengelolaan dana kapitasi JKN**

Pengelolaan dana kapitasi JKN meliputi penganggaran, Pelaksanaan dan penatausahaan, Pertanggung jawaban dan pengawasan. Berdasarkan pada data dokumentasi JKN di Dinas Kesehatan diketahui bahwa mekanisme penganggaran dana kapitasi JKN di kabupaten Berau diatur melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan yaitu pada tahun 2014 diatur melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 440/22/Set-1/VI/2014 tentang Pedoman penyusunan rencana belanja dana kapitasi JKN pada FKTP/Puskesmas di

Kabupaten Berau, dengan proses yaitu Kepala FKTP menyusun rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN, berdasarkan jumlah peserta JKN dan besaran kapitasi masing-masing FKTP Puskesmas. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 38 tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Belanja Dana kapitasi JKN pada FKTP/Puskesmas di Kabupaten Berau.

Informasi mengenai penganggaran dana kapitasi JKN disampaikan oleh Sekretaris Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“... Setiap tahun.... biasanya sekitar bulan Juni kepala puskesmas diminta untuk menyusun RKA JKN dengan alokasi sama dengan rencana pendapatan, yaitu jumlah peserta dikali 6.000 dikali 12 bulan. Kita selalu membuat pedoman penganggaran yang diberikan ke puskesmas supaya RKA yang mereka susun tidak tumpang tindih dengan anggaran lainnya dan sesuai juknis.....Biasanya jumlah peserta di minta ke kasi jaminan kesehatan karena ada beberapa puskesmas yang tidak bisa membuka pcare karena jaringan..untuk puskesmas yang jauh...puskesmas perkotaan data peserta bisa dilihat di pcare. RKA diverifikasi oleh tim verifikasi sesuai dengan tupoksinya, misalnya untuk pengadaan obat dan alkes diverifikasi oleh kasi farmasi dan alkes serta kasi kesehatan dasar dan rujukan, kabid yankes dan SDK, kalau pengadaan sarana prasarana diverifikasi sekretaris dan kasubag umpeg.”  
(wawancara, 11 Januari 2017)

Informasi mengenai penganggaran disampaikan Kepala Puskesmas Tanjung Redeb sebagai berikut :

“....Biasanya saya dan bendaharannya, terus sama pemegang-pemegang program atau poli-poli tentang yang dibutuhkan, nanti dia mengusulkan baru dibuat RKA...”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

Informasi tersebut dipertegas oleh Kepala Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“...Penganggaran ini juga sudah ada mekanismesnya dari mulai bagaimana BPJS, kemudian dari puskesmas membuat rencana kemudian diajukan kepada dinas dan dinas kesehatan membuat DPA, kemudian juga dari nanti ada laporan realisasi daripada anggaran kapitasi JKN dari

total puskesmas dan itu menjadi bahan dari Dinas Kesehatan untuk menyampaikan ke keuangan...”  
(wawancara, 12 Januari 2017)

Mekanisme penganggaran sisa dana kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun berikutnya. Pemanfaatan sisa dana kapitasi JKN sama dengan peruntukan sebelumnya sebagaimana dijelaskan oleh Sekretaris Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“...Puskesmas membuat RKAP sesuai dengan sisa dana JKN tahun lalu, berdasarkan hasil verifikasi laporan keuangan oleh BPK. Sisa dana JKN dimanfaatkan sesuai dengan peruntukannya semula misalnya itu untuk obat dan alat tetapi tidak digunakan maka tahun depannya dianggarkan lagi untuk obat dan alat tidak boleh pindah ke JP atau operasional lainnya.”  
(wawancara, 11 Januari 2017)

Hal yang serupa disampaikan oleh bendahara JKN Puskesmas Tanjung Redeb sebagai berikut :

“...sisa dana yang tidak digunakan dibuatkan RKA di ABT, aturannya tidak boleh pindah, waktunya mepet untuk realisasi...”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

Pelaksanaan dan penatausahaan dana kapitasi JKN meliputi mekanisme penetapan bendahara, pelaporan realisasi pendapatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala puskesmas Tanjung Redeb diketahui bahwa penetapan bendahara dana kapitasi JKN telah dilaksanakan sesuai dengan permenkes 32 tahun 2014 yaitu usulan bendahara disampaikan dari puskesmas ke dinas kesehatan, yang menjadi masalah adalah bahwa tenaga kesehatan yang ada di puskesmas pada umumnya sudah memiliki beban kerja yang tinggi untuk melaksanakan upaya kesehatan Perorangan (UKP) dan upaya kesehatan

masyarakat (UKM) sehingga bendahara dana kapitasi JKN dianggap sebagai tugas tambahan yang berat, disamping itu pengetahuan tentang pengelolaan keuangan sangat terbatas, ditambah dengan persyaratan bendahara harus Pegawai Negeri Sipil (PNS) . Hal tersebut sebagaimana hasil wawancara dengan kepala puskesmas dan bendahara JKN sebagai berikut :

“...bendahara setiap tahun kita usulkan ke dinas, sulit mencari bendahara, mereka semua sudah sibuk,...tidak boleh kalau tenaga kontrak...”

(wawancara, 20 Januari 2017)

“ ...Setiap tahun SK bendahara diganti tetapi mulai tahun 2014 sampai sekarang bendaharanya saya, SK ditetapkan Bupati...selalu terlambat...biasanya bulan Maret- April baru terbit...pembuatan rekening JKN puskesmas tahun 2014 , pakai nama puskesmas...untuk pencairan dana tanda tangan pimpus sama bendahara, langsung aja diambil uangnya di bank baru di SPJkan, baru dilaporkan ke dinas...Laporan di dinas yang kita masih bingung...kalau ke keuangan bilangnyanya harus ke yankes dulu...tapi kalau ke yankes bilangnyanya ke keuangan, jadi laporannya biasanya akhir tahun...atau waktu ada BPK baru direkap semua...”

(wawancara, 20 Januari 2017)

Pelaporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN belum berjalan sesuai aturan sebagaimana disampaikan oleh Sekretaris Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“...laporan itu jarang sampai di Dinkes spt apa laporan pemanfaatannya, harusnya dari seksi yg membidangi sebagai leading sektor memberikan pemahaman ke pkm pentingnya itu, Selama ini kita mau lebih jauh memonitor tdk ada data, yaitu kekurangan selama ini sinkronisasi tdk terlalu maksimal berjalan dgn baik...”

(wawancara, 21 Januari 2017)

#### **b. Pemanfaatan dana Kapitasi JKN**

Pemanfaatan dana kapitasi JKN Puskesmas di kabupaten Berau setiap tahun diatur melalui Keputusan Bupati yang dibagi dalam 3 kategori yaitu :

1. jasa pelayanan, 2. obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dan 3. operasional lainnya. Persentase penggunaan pada tahun 2014 dan 2015 adalah 65% untuk Jasa pelayanan, 25% untuk obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta 10% untuk Operasional kesehatan lainnya. Pada Tahun 2016 penggunaannya 65% untuk Jasa pelayanan, 5% untuk obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta 30% untuk Operasional kesehatan lainnya.

Kepala Seksi Jaminan kesehatan dan sekretaris Dinas Kesehatan menjelaskan pemanfaatan dana kapitasi JKN sebagai berikut :

“...Pertama harus memahami pemanfaatan dari dana kapitasi itu sendiri dan dalam aturannya minimal 60% itu adalah jasa pelayanan, kemudian 40% adalah dukungan operasional, sementara di Berau ini diatur 65% untuk jaspel, 35% adalah dukungan operasional....”  
(wawancara, 12 Januari 2017)

“.....perpres jasa pelayanan itu minimal 60. Untuk di Berau mengacu ke Jasa pelayanan 65%, sisanya obat , bmhp , alat ya 10% dan operasional 25%. Dalam perjalanan di Berau inginnya lebih bagus meningkatkan jasa pelayanan sampai 85% dan 5 % utk alat,obat dan utk lainnya 10%....”  
(wawancara, 11 januari 2017)

Informasi tersebut diperkuat oleh pernyataan kepala dinas yaitu :

“...Pemanfaatannya kan sesuai dengan Permenkes bahwa dana kapitasi dibagi menjadi untuk jasa pelayanan dan operasional. Di dalam operasional itu memang dana-dana itu diharapkan bagaimana promotif, preventif, kemudian berhubungan dengan perorangnya dan lain sebagainya itu, itu kan ada evaluasi bagaimana pemanfaatan dana itu bisa efektif dengan tidak over lap dengan dana yang lain seperti operasional maupun BOK, nah disitulah mankanya perlu laporan-laporan dari kepala puskesmas  
(wawancara, 10 Januari 2017)

Informasi mengenai pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk jasa pelayanan disampaikan Staf TU Puskesmas dan Apoteker puskesmas Tanjung Redeb sebagai berikut :

“...Pembagiannya berdasarkan poin dengan melihat kehadiran seperti sakit, ijin bila masih 3 hari maka dibayarkan, dan dinas luar juga bila masih 3 hari maka masih dibayarkan untuk selebihnya akan di potong. Maka dari itu absen harus di rekap dan dikumpulkan surat-surat ijin. yang jadi masalah hanya terkadang petugas pergi duluan lalu surat ijin nya menyusul, itu lah yang jadi kendala dalam menghitung/merekap absensi petugas. Pemotongan yang dilakukan harus berdasarkan bukti jadi kalau petugas pustu ijin atau bolos dan bendahara tidak ada bukti maka petugas tersebut tetap akan dibayar...karena kami selaku TU tidak mau ribut maka petugas di boleh kan untuk rapel absen dan disitulah terkadang petugas kebablasan untuk absen walaupun mereka tidak turun kerja. Disitulah yang menjadi kendala bendahara JKN, kecuali ada bukti ijin atau cuti ataupun surat perjalanan dinas. Kalau dari kepegawaian setiap hari menjalankan absen namun karyawan nya yang tidak mendukung sehingga jarang dari mereka untuk mengisi absen rutin setiap hari nya...”

(wawancara, 20 Januari 2017)

“...Yang saya tahu pembagiannya berbeda berdasarkan pendidikan dan juga untuk Pimpus dan Bendahara juga berbeda, ada poin tambahan karena penanggung jawab. Begitu juga untuk dokter pembagiannya lebih banyak dan saya juga lebih banyak pembagiannya dibanding teman-teman yang lain karena saya apoteker dan mereka asisten...kalau dari segi pendidikan tidak ada masalah karena sesuai dengan basic pendidikan masing-masing...”

(wawancara, 21 Januari 2017)

Pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk operasional biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya di puskesmas Tanjung Redeb disampaikan oleh Kepala Puskesmas dan Apoteker sebagai berikut :

“...pengadaan obat belum pernah dilaksanakan karena aturannya dari dinas yang belum jelas...”

( wawancara, 20 Januari 2017)

“...memang banyak kekosongan obat di Puskesmas seperti Paracetamol yang telah kosong berbulan-bulan dan amoxillin yang sebenarnya kami-

banyak membutuhkan banyak namun di batasi. Kami butuh dana JKN sebenarnya untuk membeli obat-obat yang tidak tercover oleh IFK. Namun cara penggunaan dana JKN untuk pembelian obat tersebut yang belum jelas...”  
(wawancara, 21 Januari 2017)

Berdasarkan informasi yang diterima dari informan, diketahui bahwa terdapat masalah di pemanfaatan dana kapitasi JKN khususnya di kategori pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis pakai habis. Pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis pakai habis mulai diberlakukannya dana kapitasi JKN Tahun 2014 sampai tahun 2016 tidak pernah dilaksanakan. Dari data dasar dana kapitasi JKN puskesmas di dapatkan data pemanfaatan dana kapitasi JKN per kategori mulai tahun 2014 samapai dengan tahun 2016 sebagaimana tabel 4.7

Tabel 4.7  
Persentase pemanfaatan dana kapitasi JKN puskesmas  
Perkotaan Tanjung Redeb menurut Kategori  
pada Tahun 2014-2016

No.	Kategori pemanfaatan	Puskesmas Tanjung Redeb		
		Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
1	2	3	4	5
1	Jasa Pelayanan	75%	100%	100%
2	Obat, Alat dan BMHP	-	-	-
3	Operasional Lainnya	4,9%	7,9%	81,8%

Sumber : Data Dasar Dana JKN puskesmas Tahun 2014-2016,  
diolah kembali oleh peneliti (2017)

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk jasa pelayanan terlaksana dengan baik 100% mulai 2014 sampai dengan tahun 2016, untuk pengadaan obat, alkes dan BMHP tidak ada realisasi sama sekali sedangkan untuk operasional lainnya pelaksanaannya mengalami peningkatan.

## **2. Faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau**

Menurut Edwards III (1980 : 10 -11) bahwa implementasi kebijakan publik, akan ditentukan oleh faktor : “*Bureaucratic Structure, Resources, Dispositions, Communication*”. Dalam hal ini, struktur birokrasi, sumber daya, dan disposisi, dapat diposisikan sebagai faktor kepemilikan (hal yang perlu dimiliki) birokrasi, sedangkan komunikasi dapat diposisikan sebagai aktivitas yang harus dilakukan oleh birokrasi ( Tacjhan, :83). Faktor-faktor tersebut bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu atau menghambat implementasi kebijakan sehingga pendekatan yang ideal adalah dengan cara merefleksikan kompleksitas ini dengan membahas faktor-faktor tersebut sekaligus sebagaimana berikut :

### **a. Faktor Komunikasi**

Komunikasi memegang peranan yang sangat penting dalam keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Keberhasilan implementasi kebijakan publik, mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan secara jelas. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus diinformasikan kepada kelompok sasaran (target group) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila penyampaian tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas, tidak memberikan pemahaman atau bahkan tujuan dan sasaran kebijakan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi suatu penolakan atau resistensi dari kelompok sasaran yang

bersangkutan. Oleh karena itu diperlukan adanya tiga hal, yaitu; (1) penyaluran (transmisi) yang baik akan menghasilkan implementasi yang baik pula (2) adanya kejelasan yang diterima oleh peiaksana kebijakan sehingga tidak membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan, dan (3) adanya konsistensi yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan. Jika yang dikomunikasikan berubah-ubah akan membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan yang bersangkutan.

Berdasarkan data dokumentasi diketahui bahwa transmisi Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN dilaksanakan oleh tim dinas kesehatan ke puskesmas melalui pertemuan yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan yaitu kegiatan bimbingan teknis pengelolaan dan pemamfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah yang disampaikan oleh narasumber dari kementerian kesehatan yang menyampaikan mengenai Pemanfaatan dana kapitasi JKN sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 19 tahun 2014. Narasumber dari kementerian dalam negeri menyampaikan kebijakan pengelolaan dana kapitasi dana JKN, tujuan, tata cara penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, sedangkan narasumber dari inspektorat menyampaikan mengenai mekanisme pengawasan termasuk pelaksanaan penatausahaan keuangan di kabupaten Berau. Pada tahun 2015 dilaksanakan kembali sosialisasi dalam bentuk bimbingan teknis pengelolaan dan pelaksanaan dana Kapitasi JKN dengan narasumber dari kementerian kesehatan yang menyampaikan mengenai pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN semua pimpinan puskesmas dan bendahara dana Kapitasi JKN sebagaimana dokumentasi berikut :



Gambar 4.4  
Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN  
pada FKTP tahun 2014, dihadiri oleh peneliti.

Kepala puskesmas Tanjung Redeb menyampaikan informasi yang memperkuat data dokumentasi tersebut sebagai berikut :

“...sering ada pertemuan JKN di dinas, ....dulu ada pertemuan, narasumbernya dari kementerian kesehatan dan kementerian dalam negeri langsung, sudah itu ada lagi di hotel sederhana narasumbernya dari kementerian kesehatan juga, ada juga pertemuan oleh perencanaan...”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

Aspek lain yang perlu mendapatkan perhatian dalam komunikasi adalah kejelasan, yaitu Kebijakan atau perintah yang disampaikan kepada pelaksana harus jelas sehingga tidak menimbulkan banyak penafsiran untuk pelaksanaannya. Ketidak jelasan informasi menjadi kendala dalam pemanfaatan dana kapitasi JKN di puskesmas Tanjung Redeb sebagaimana disampaikan oleh Apoteker Puskesmas Tanjung Redeb sebagai berikut :

“...Iya, memang banyak kekosongan obat di Puskesmas seperti Paracetamol yang telah kosong berbulan-bulan dan amoxillin yang sebenarnya kami banyak membutuhkan banyak namun di batasi. Kami butuh dana JKN sebenarnya untuk membeli obat-obat yang tidak tercover

oleh IFK. Namun cara penggunaan dana JKN untuk pembelian obat tersebut yang belum jelas...”  
(wawancara, 21 Januari 2017)

Informasi yang serupah disampaikan oleh bendahara JKN Puskesmas

Tanjung Redeb yaitu :

“...Masih takut membelanjakan kalau untuk alat dan obat. Belum sampai membelanjakan obat. Kemaren pelatihan, untuk apotek misalnya dia harus tanya dulu ke yang mengadakan pengadaan barang sampai berapa lama obat ini adanya, setelah itu minta tanda tangan ke gudang, kemudian belanjanya ini dimana, toko-toko sembarang bisa atau bagaimana, kemaren itu tidak sampai clear dari Dinas. Mungkin kalau dinas langsung membolehkan atau ada aturannya yang jelas mungkin bisa..”

(wawancara, 20 Januari 2017)

Informasi mengenai pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk obat dan BMHP disamping tidak jelas juga tidak konsisten yaitu perintah yang disampaikan ada pertentangan antara yang satu dengan yang lainnya sehingga menghambat dalam pelaksanaan sebagaimana yang dikemukakan Kepala Seksi Jaminan Kesehatan :

“...cara pengadaannya itu, kalau aturan kefarmasian itu dari sisi harga e-katalog, dari sisi kualitas e-katalog, dan kerjasamanya harus dengan distributor. Itu aturan kefarmasian, tetapi dari pemanfaatan dana kapitasi ini kalau boleh dikatakan semacam kesepakatan di Provinsi Kalim bahwa kita boleh bekerja sama dengan apotek terdekat dengan ketentuan ada pernyataan dari IFK nya bahwa pada saat emergency atau urgent kedaruratan dalam hal ketersediaan bukan fungsi, makanya saya menelusuri disana kedaruratan itu ada sifat emergency itu ada dua : emergency dalam arti ketersediaannya dan emergency dalam asal fungsi, fungsi itu bahwa obat cepat digunakan. Sehingga aturan dalam pemanfaatan dana kapitasi untuk obat dan BMHP dia sedikit berbeda bahwa kita boleh bekerjasama dengan apotek terdekat. Dengan satu catatan itu tadi ada pernyataan dari IFK bahwa pada saat mereka mengamprah obat tidak tersedia sedangkan saat itu dibutuhkan oleh puskesmas, maka itu boleh dibeli dengan ketentuan ada kerjasama dengan pihak ketiganya, ada semacam perintah kerja sama seperti ATK dan juga jumlahnya tidak terlalu besar. Artinya kalau melalui proses pengadaan barang jasa atau pengadaan lainnya dia tidak sampai lelang, itu kemudahannya. Atas dasar itu karena simpang siur informasi, jadi ada

beberapa factor mereka realisasinya rendah, pertama tingkat kepatuhan dari puskesmas, tidak mau menyulitkan/merepotkan/ribet, karena itu tadi adanya informasi dari Dinas yang simpang siur...”  
(wawancara, 12 Januari 2017)

Informasi mengenai ketidak jelasan dan konsistensi kebijakan yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan ke puskesmas, dikonfirmasi ke Kepala Dinas Kesehatan sebagaimana hasil wawancara sebagai berikut :

“... jadi sebenarnya juknis sudah mereka dapatkan artinya mereka sudah tahu, yang harus dilakukan oleh Dinas itu adalah diskusi tentang juknis itu. Sebenarnya bukan sosialisasi tetapi lebih arah kepada diskusi bersama membicarakan masalah juknis itu. Kalau sosialisasi lebih arah searah, lebih menggurui dan lain sebagainya. Tapi bagaimana itu diskusi bersama kalau ada masalah, lebih ke teknis ke lapangan, itu yang harus dilakukan bukan sosialisasi karena kalau juknis sudah jelas. Tapi bagaimana efektifitas itu adalah bagaimana peran Dinas sebenarnya, terutama yang bersangkutan misal di Yankes dan mengajak bidang-bidang lain terutama Kasi-Kasinya yang memang itu adalah teknis pelayanan kegiatan, ...ia di pengadaan obat harusnya begitu ...”  
(wawancara, 10 Januari 2017).

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan diketahui bahwa sebelum kebijakan pengelolaan Dana Kapitasi JKN diimplementasikan di Puskesmas terlebih dahulu kebijakan tersebut dikomunikasikan secara berjenjang dari Kementerian Kesehatan, ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten /kota, kemudian Tim dinas kesehatan kabupaten mengkomunikasikan ke Puskesmas selanjutnya menyampaikan ke puskesmas pembantu, pos kesehatan desa dan masyarakat peserta jaminan kesehatan nasional.

Menindaklanjuti adanya ketidak jelasan dan ketidak konsistenan mengenai kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN khususnya mengenai pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai maka pada bulan Agustus tahun 2016, semua kepala puskesmas diikutkan pendidikan dan pelatihan pengadaan barang dan jasa di Jakarta dan mengikuti Sertifikasi

pengadaan barang dan jasa dengan tujuan kepala puskesmas sebagai penanggung jawab kegiatan dana kapitasi JKN mengetahui lebih jelas mengenai cara pengadaan barang dan jasa.



Gambar 4.5  
Pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan pengadaan barang dan jasa,  
Kepala Puskesmas se Kabupaten Berau, 2016

Demikian juga halnya dengan Bendahara JKN pada akhir tahun 2016, semua puskesmas diikutkan bimbingan teknis pengelolaan keuangan dengan tujuan mengetahui apa tugas bendahara dan mampu melakukan penatausahaan keuangan dana kapitasi JKN di Puskesmas sebagaimana terlihat pada gambar 4.6 sebagai berikut :



Gambar 4.6  
Pelaksanaan Bimbingan Teknis Pengelolaan Keuangan Dana JKN,  
Bendahara JKN se Kabupaten Berau, 2016

**b. Faktor Sumber Daya ( Resources )**

Implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan sumberdaya. Menurut Edwar III (1980) dalam Tachan (2006:135) organisasi-organisasi pemerintah sebagai organisasi publik, *Implementing organization* yang melaksanakan kebijakan (*administratif Policy*), perlu memiliki sumber daya yang terdiri dari *staff, information, auththority dan facilities*.

**1) sumber daya manusia (Staff)**

Sumberdaya manusia merupakan sumber daya yang paling penting dalam pelaksanaan kebijakan, jumlah staff yang memadai dengan kualitas yang baik sangat diperlukan untuk pelaksanaan kebijakan. Kualitas sumber daya manusia berkaitan dengan keterampilan, dedikasi, profesionalitas, dan kompetensi di bidangnya, sedangkan kuantitas berkaitan dengan jumlah sumber daya manusia apakah sudah cukup untuk melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya manusia sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi, sebab tanpa sumber daya manusia yang handal implementasi kebijakan akan berjalan lambat

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat ditetapkan bahwa Sumber daya manusia puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non keasehatan, standar minimal ketenagaan puskesmas perkotaan adalah sebagai berikut tenaga kesehatan ditetapkan berdasarkan Sumber daya manusia kesehatan merupakan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang mendukung, menunjang, terlibat bekerja dan mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Standar tenaga puskesmas berdasarkan Permenkes 75 tahun 2014 ditambah dengan tenaga minimal di kelurahan/kampung. Jumlah tenaga di puskesmas Tanjung Redeb pada tahun 2016 secara rinci pada tabel 4.8 di bawa ini :

Tabel 4.8  
Data Tenaga Kesehatan Puskesmas Tanjung Redeb  
Kondisi 31 Desember 2016

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Non Rawat Inap		
		Standar	Jumlah Tenaga Pusk. Tanjung Redeb	
			PNS	Non PNS
1	Dokter atau DLP	1	2	1
2	Dokter Gigi	1	1	
3	Perawat	5	10	
4	Bidan	4	3	
5	Kes. masyarakat	2		1
6	Tenaga Kesling	1	1	
7	Ahli Teknologi Lab. Medik	1		
8	Tenaga Gizi	1	2	
9	Kefarmasian	1	3	
10	Administrasi	3	3	
11	Pekarya	2	2	
	Jumlah	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>2</b>
	Tambahan			
	Kepala Puskesmas	1	1	
	Kasubag TU	1	1	
	3 kelurahan pusk. Tanjung Redeb	6	12	
	Jumlah Tambahan	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>0</b>
	<b>Keseluruhan</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>2</b>

Sumber : Data Dasar Dinas Kesehatan TA 2016, yang diolah oleh peneliti.

Berdasarkan data pada tabel 4.8 diketahui bahwa tenaga di puskesmas Tanjung Redeb dilihat dari jumlah dibandingkan dengan standar minimal sudah hampir terpenuhi ( hanya kurang tenaga kesehatan masyarakat 1 dan tenaga

laboratorium), namun jika dibandingkan dengan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang harus dilaksanakan oleh puskesmas serta standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang harus dicapai, maka tenaga yang ada dinilai masih sangat kurang. Disamping itu masing-masing jenis tenaga mempunyai tugas dan kewenangan yang berbeda.

Tenaga yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di puskesmas masih kurang, menurut kepala puskesmas Tanjung Redeb sebagaimana berikut :

“...Sekarang tidak ada tenaga analis untuk laboratorium ...tenaga kesling juga cuma ada satu orang, sementara program yang harus dilaksanakan banyak termasuk luar gedung, wilayahnya luas dan harus melaksanakan klinik sanitasi dalam gedung, akhirnya klinik sanitasinya tidak bisa jalan..untuk kasubag TU sampai saat ini masih sakit (stroke), jadi belum bisa melaksanakan tugasnya.”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

Kekurangan tenaga juga disampaikan oleh dokter gigi puskesmas Tanjung Redeb sebagai berikut :

“....dokter gigi saya aja sendiri, pasien banyak setiap hari dan kalau pasien gigi itu tindakannya perlu waktu lama apalagi alatnya rusak, perlu secepatnya perbaikan alat ...”  
(wawancara, 03 Februari 2017)

#### **b) Informasi**

Informasi merupakan sumber daya yang penting dalam implementasi kebijakan. informasi terdiri atas dua bentuk yaitu: pertama, informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Kedua, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan.

Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada FKTP di puskesmas Tanjung Redeb terkendala karena kurangnya informasi yang diterima oleh pelaksana sebagaimana yang dinyatakan oleh Apoteker dari puskesmas Tanjung Redeb yaitu :

“...Kami beberapa apoteker pernah menanyakan hal tersebut ..., katanya pada saat akreditasi kemarin juga pernah dikasih tau bahwa dana JKN bisa untuk obat dll namun setelah di konsultasikan dengan Dinas ternyata hal tersebut belum ada juknis khususnya sehingga kami belum berani untuk menggunakan dana JKN tersebut untuk pembelian obat dan kami masih menunggu juknis nya karena kalau sudah ada dasarnya kami membelanjakan untuk obat maka kami akan membelinya karena walaupun telah ada juknis dari permenkes namun panduan untuk pengadaan obat tersebut belum ada dan menjelaskan bagaimana prosedur pembelian obat tersebut seperti kami harus lapor kemana dan apa yang harus kami sediakan sehingga perlu detail nya agar kami aman untuk berbelanja sesuai dengan aturan yang berlaku...”  
(wawancara, 21 Januari 2017)

Peserta JKN sebagai sasaran program seharusnya mendapatkan informasi mengenai hak dan kewajibannya sebagai peserta JKN termasuk tentang dana kapitasi JKN. Kurangnya informasi mengenai kebijakan pemanfaatan dana kapitasi bagi peserta JKN di puskesmas Tanjung Redeb diutaran oleh peserta JKN sebagaimana berikut :

“...saya tidak tau, tidak pernah di kasih tau apa itu dana kapitasi JKN, kegunaannya juga tidak tau...tidak rutin saya pake. Kalau lagi mau memake maka saya pake, kalau tidak maka tidak saya pake. Karena malasnya untuk mengantri dirumah sakit dan obat nya juga tidak puas. Kalau saya mau ke poli dalam maka tidak saya pakai kartu BPJS nya karena obat nya harus sesuai dengan yang saya pakai biasanya karena obat yang biasa saya pakai tidak ditanggung oleh BPJS. Kecuali kalau ke THT baru saya pakai lagi kartu BPJS nya. Kalau obat yang saya makan tidak ditanggung oleh BPJS maka saya bayar sendiri obat tersebut. Saya vertigo jadi harus menggunakan obat paten apalagi saya pernah meminum obat dari rumah sakit Pertamina....suami saya kerja di perusahaan, tempat berobatnya di puskesmas sini. Saya disuruh ambil keterangan rujukan  
(wawancara, 25 Januari 2017)

### c) **Kewenangan**

Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi pelaksana kebijakan yang telah ditetapkan. Jika kewenangan pelaksana nihil, maka dapat menghambat pelaksanaan kebijakan .

Kewenangan yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP puskesmas telah diatur sesuai dengan tugas masing-masing tenaga sebagaimana diungkapkan oleh Apoteker dan Bendahara JKN Puskesmas Tanjung Redeb :

“...Kalau untuk bidang apotek saya melayani dan saya dapat bagian dari hasil kerja saya yang melayani pasien JKN...”  
(21 Januari 2017).

“...di SK juga ada tentang rincian tugas itu, dan ada peraturan-peraturan. Tugas saya, membuat BKU, surat pertanggungjawaban, laporan realisasi, tiap bulan ngeprint rekening koran, pembagian jaspelnya, belanja-belanja di DPA...”  
(wawancara, 20 Januari 2017).

### d) **Fasilitas ( *Facilities* )**

Fasilitas adalah sarana yang dibutuhkan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan. Fasilitas Puskesmas berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, ditetapkan persyaratan prasarana puskesmas meliputi :

- (1) Bangunan puskesmas non rawat inap memiliki ruangan minimal ruang tunggu, ruang tindakan, ruang persalinan, rawat pasca persalinan, ruang ASI, KIA,KB dan Imunisasi, ruang farmasi, ruang pemeriksaan umum, ruang kesehatan gigi dan mulut, ruang promosi kesehatan, ruang sterilisasi, laboratorium, gudang umum, dapur, ruang rapat,ruang administrasi kantor, ruang kepala puskesmas Wc Pria, Wc wanita dan Wc petugas dilengkapi dengan rumah dinas kesehatan dan parkir roda 2 dan garasi ambulans dan puskesmas keliling.
- (2) Sistem ventilasi
- (3) Sistem pencahayaan

Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada FKTP di puskesmas Tanjung Redeb terkendala karena kurangnya informasi yang diterima oleh pelaksana sebagaimana yang dinyatakan oleh Apoteker dari puskesmas Tanjung Redeb yaitu :

“...Kami beberapa apoteker pernah menanyakan hal tersebut ..., katanya pada saat akreditasi kemarin juga pernah dikasih tau bahwa dana JKN bisa untuk obat dll namun setelah di konsultasikan dengan Dinas ternyata hal tersebut belum ada juknis khususnya sehingga kami belum berani untuk menggunakan dana JKN tersebut untuk pembelian obat dan kami masih menunggu juknis nya karena kalau sudah ada dasarnya kami membelanjakan untuk obat maka kami akan membelinya karena walaupun telah ada juknis dari permenkes namun panduan untuk pengadaan obat tersebut belum ada dan menjelaskan bagaimana prosedur pembelian obat tersebut seperti kami harus lapor kemana dan apa yang harus kami sediakan sehingga perlu detail nya agar kami aman untuk berbelanja sesuai dengan aturan yang berlaku...”  
(wawancara, 21 Januari 2017)

Peserta JKN sebagai sasaran program seharusnya mendapatkan informasi mengenai hak dan kewajibannya sebagai peserta JKN termasuk tentang dana kapitasi JKN. Kurangnya informasi mengenai kebijakan pemanfaatan dana kapitasi bagi peserta JKN di puskesmas Tanjung Redeb diutaran oleh peserta JKN sebagaimana berikut :

“...saya tidak tau, tidak pernah di kasih tau apa itu dana kapitasi JKN, kegunaannya juga tidak tau....tidak rutin saya pake. Kalau lagi mau memake maka saya pake, kalau tidak maka tidak saya pake. Karena malasnya untuk mengantri dirumah sakit dan obat nya juga tidak puas. Kalau saya mau ke poli dalam maka tidak saya pakai kartu BPJS nya karena obat nya harus sesuai dengan yang saya pakai biasanya karena obat yang biasa saya pakai tidak ditanggung oleh BPJS. Kecuali kalau ke THT baru saya pakai lagi kartu BPJS nya. Kalau obat yang saya makan tidak ditanggung oleh BPJS maka saya bayar sendiri obat tersebut. Saya vertigo jadi harus menggunakan obat paten apalagi saya pernah meminum obat dari rumah sakit Pertamina....suami saya kerja di perusahaan, tempat berobatnya di puskesmas sini. Saya disuruh ambil keterangan rujukan  
(wawancara, 25 Januari 2017)

### c) Kewenangan

Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi pelaksana kebijakan yang telah ditetapkan. Jika kewenangan pelaksana nihil, maka dapat menghambat pelaksanaan kebijakan .

Kewenangan yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP puskesmas telah diatur sesuai dengan tugas masing-masing tenaga sebagaimana diungkapkan oleh Apoteker dan Bendahara JKN Puskesmas Tanjung Redeb :

“...Kalau untuk bidang apotek saya melayani dan saya dapat bagian dari hasil kerja saya yang melayani pasien JKN...”  
(21 Januari 2017).

“...di SK juga ada tentang rincian tugas itu, dan ada peraturan-peraturan. Tugas saya, membuat BKU, surat pertanggungjawaban, laporan realisasi, tiap bulan ngeprint rekening koran, pembagian jaspelnya, belanja-belanja di DPA...”  
(wawancara, 20 Januari 2017).

### d) Fasilitas ( *Facilities* )

Fasilitas adalah sarana yang dibutuhkan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan. Fasilitas Puskesmas berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, ditetapkan persyaratan prasarana puskesmas meliputi :

- (1) Bangunan puskesmas non rawat inap memiliki ruangan minimal ruang tunggu, ruang tindakan, ruang persalinan, rawat pasca persalinan, ruang ASI, KIA,KB dan Imunisasi, ruang farmasi, ruang pemeriksaan umum, ruang kesehatan gigi dan mulut, ruang promosi kesehatan, ruang sterilisasi, laboratorium, gudang umum, dapur, ruang rapat,ruang administrasi kantor, ruang kepala puskesmas Wc Pria, Wc wanita dan Wc petugas dilengkapi dengan rumah dinas kesehatan dan parkir roda 2 dan garasi ambulans dan puskesmas keliling.
- (2) Sistem ventilasi
- (3) Sistem pencahayaan

- (4) Sistem sanitasi, air bersih, sistem pembuangan air kotor/air limbahkotoran dan sampah, pengalirannya
- (5) Sistem kelistrikan
- (6) Sistem komunikasi
- (7) Sistem gas medik
- (8) Sistem proteksi petir
- (9) Sistem proteksi kebakaran
- (10) Sistem pengendalian kebisingan
- (11) Sisten transportasi vertikal dalam puskesmas
- (12) Peralatan kesehatan dalam gedung, bahan habis pakai, perlengkapan, meubelair
- (13) Peralatan untuk pelayanan luar gedung puskesmas

Fasilitas yang ada di puskesmas Tanjung Redeb, banyak yang kurang disampaikan oleh dokter gigi dan koordinator Bidan puskesmas Tanjung Redeb :

”... masih banyak alat yang kurang, dental unitnya sudah jebol, tidak punya citojek, akibatnya pelayanan jadi lambat...”  
(wawancara, 03 Februari 2017)

“...alat nya masih kurang, perlu ada meja gynekolog..., komputer juga masih kurang...”  
(wawancara, 21 Januari 2017)

### 1) Disposisi (Sikap)

Disposisi diartikan sebagai watak dan karakteristik yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan. Sikap dari pelaksana kebijakan merupakan faktor yang mempunyai konsekuensi-konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif. Jika pelaksana bersifat positif terhadap suatu kebijakan, berarti ada dukungan dengan senang hati dia akan melaksanakan kebijakan tersebut, demikian juga sebaliknya. Karakteristik yang harus dimiliki oleh pelaksana kebijakan meliputi komitmen, kejujuran dan sikap demokratis.

Sikap pelaksana puskesmas Tanjung Redeb, seperti yang disampaikan oleh pelaksana tata usaha sebagai berikut :

“...Kalau dari kepegawaian setiap hari menjalankan absen namun karyawannya yang tidak mendukung sehingga jarang dari mereka untuk mengisi absen rutin setiap harinya...”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

Sikap pelaksana yang kurang mendukung juga disampaikan oleh kepala seksi jaminan kesehatan sebagai berikut :

“ ...ada rasa kekhawatiran yang berlebihan akan adanya kesalahan dalam hal pemanfaatan, itu juga factor penghambat. Artinya tidak mau ambil resiko sanksi hukum jika terjadi kesalahan kekeliruan dalam hal pengadaan. Jadi daripada ambil resiko lebih baik disalahkan tidak menggunakan...”  
(wawancara, 12 Januari 2017)

Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti dengan para informan di atas diketahui bahwa meskipun ditemukan adanya sikap pelaksana yang kurang mendukung dalam hal pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta kehadiran, namun pada umumnya pelaksana kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN mempunyai sikap yang mendukung dan mengharapkan agar dana kapitasi JKN lebih lancar.

Sikap masyarakat, terhadap pelaksanaan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN dilihat dari pelaksanaan kegiatan prolanis yaitu Program Pengelolaan Penyakit Kronis, suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Sikap masyarakat di wilayah kerja puskesmas Tanjung Redeb masih kurang sebagaimana hasil wawancara berikut :

program prolanis Puskesmas Tanjung Redeb belum berjalan sebagaimana yang diungkapkan oleh petugas tata usaha :

“...Karena peserta senam lansia kurang maka kami mengundang orang dinas dan warga sekitar untuk senam , sekarang semakin kurang jadi kami saja yang senam...”  
(wawancara, 20 Januari 2017)

## 2) Struktur Birokrasi

Edwards III (1980) mengemukakan ada dua karakteristik utama dari birokrasi yaitu prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar atau standard operating procedures (SOP) dan Fragmentasi. Informasi mengenai SOP ditelusuri dengan menanyakan apakah ada aturan khusus yang di buat untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di puskesmas perkotaan kabupaten Berau. Pimpinan puskesmas Tanjung Redeb memberikan informasi sebagai berikut :

“... sesuai aturan yang ada, dan biasanya ada surat pemberitahuan dari dinas kesehatan...”  
(wawancara, 20 Januari 2016)

Pernyataan mengenai SOP oleh kepala Seksi jaminan Kesehatan, berikut ini :

“...sebenarnya juga aturan bakunya itu kan dari pusat juga. Cuma kita disini semacam pemaparan/mentafsirkannya menyampaikan secara pentafsiran. Mungkin kita tidak membuat regulasi khusus untuk itu. Begitu juga di Provinsi kemaren berharap supaya ada regulasi dari provinsi yang berlaku untuk semua kabupaten/kota di Kaltim tentang hal itu, cuma di Provinsi juga tidak buat itu. Tapi sebenarnya dengan aturan yang ada tentang pemanfaatan itu sudah cukup untuk mereka pedomani. Jadi intinya, sedikit ada kesimpangsiuran dalam hal ini antara pengadaan obat-obatan yang menggunakan aturan kefarmasian dengan aturan yang ada di pemanfaatan dana kapitasi sedikit perbedaan itu menjadi alasan bagi mereka...”  
(wawancara, 12 Januari 2017)

### C. PEMBAHASAN

Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting, sebagaimana disampaikan oleh Adiwisastro (2006:xii) “Kebijakan publik yang dibuat hanya akan menjadi 'macan kertas' apabila tidak berhasil dilaksanakan.” Oleh karena itu, implementasi kebijakan publik perlu dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor, agar kebijakan publik yang dimaksud benar-benar dapat berfungsi sebagai alat untuk merealisasikan harapan yang diinginkan. Hal senada dikemukakan oleh Winarno (2014:146) bahwa Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan.

Implementasi Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional di fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau akan di analisa berdasarkan pada model implementasi Edwards III yaitu dengan membahas 4 faktor-faktor atau variabel-variabel yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan dan bekerja secara simultan dan berintegrasi satu sama yang lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Namun untuk penyajian pembahasan disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu Untuk mengetahui, menggambarkan dan mendeskripsikan :

## **1. Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau**

Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah bertujuan untuk mengatur pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN yang diterima fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) milik pemerintah daerah yang belum menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD. Menurut Purwanto dan Dyah (2015:21) implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementer kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan.

### **a) Pengelolaan Dana Kapitasi JKN**

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa pengelolaan dana kapitasi JKN yaitu Penganggaran dana kapitasi JKN telah dilaksanakan oleh dinas kesehatan dan puskesmas Tanjung Redeb dengan mekanisme puskesmas menyampaikan usulan Pendapatan dan belanja ke Kepala Dinas Kesehatan dalam bentuk Rencana Kerja Anggaran (RKA) berdasarkan pada pedoman penyusunan rencana dana kapitasi JKN yang ditetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan, melalui Sub Bagian penyusunan program, kemudian usulan tersebut diverifikasi oleh tim verifikasi yang ditetapkan melalui keputusan kepala dinas kesehatan. Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) kegiatan dana kapitasi JKN menjadi acuan pelaksanaan kegiatan/belanja dana kapitasi JKN yaitu dana kapitasi JKN yang diterima dari BPJS Kesehatan kemudian

digunakan langsung oleh puskesmas sesuai dengan kegiatan yang ada di DPA. Puskesmas Tanjung Redeb juga menyusun RKA perubahan untuk penggunaan pendapatan dana kapitasi yang tidak habis digunakan puskesmas pada tahun sebelumnya.

Penyampaian laporan oleh kepala puskesmas ke kepala dinas setiap bulan belum berjalan dengan baik. Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa hal tersebut disebabkan antara lain adanya ketidakkonsistenan informasi mengenai mekanisme penyampaian laporan dari puskesmas ke Dinas Kesehatan dalam hal ini koordinasi antara bidang yang terkait dalam pelaksanaan dana kapitasi JKN masih kurang.

#### **b) Pemanfaatan dana kapitasi JKN**

Pemanfaatan dana kapitasi JKN yang diterima oleh puskesmas sesuai dengan amanat Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014, diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2014 kemudian diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2016.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa Pemanfaatan dana kapitasi JKN di Kabupaten Berau ditetapkan dengan keputusan bupati. Pada tahun 2014 dengan Keputusan Bupati Berau Nomor 443 Tahun 2014 yaitu 65 % untuk Jasa Pelayanan, 25% untuk Pengadaan Obat, Alat Kesehatan dan bahan Medis Habis Pakai serta 10% untuk Operasional kesehatan lainnya. Pada tahun 2015 persentase pemanfaatan dana kapitasi JKN sama dengan tahun 2014. Pada tahun 2016 keputusan Bupati Nomor 148 Tahun 2016 ditetapkan 65 % untuk Jasa

Pelayanan, 5% untuk Pengadaan Obat, Alat Kesehatan dan bahan medis habis pakai serta 30% untuk Operasional kesehatan lainnya.

Hasil wawancara dan dokumentasi menunjukkan bahwa Pemanfaatan dana kapitasi JKN puskesmas Tanjung Redeb belum optimal khususnya untuk pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Sejak tahun 2014 sampai tahun 2016 pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai 0%. Hal ini tentunya sangat merugikan masyarakat karena di puskesmas masih sering ditemui adanya kekurangan dan kekosongan obat, kekurangan alat kesehatan dan BMHP.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil kajian Komisi Pemberantasan Korupsi ( KPK ) pada tahun 2015 pada puskesmas di sejumlah daerah ditemukan adanya keterlambatan realisasi anggaran dan banyaknya sisa lebih dana kapitasi JKN di akhir tahun. Hasil penelitian ini diperkuat dari penelitian sebelumnya yang dilaksanakan oleh Imanuel Christian Undap, dkk ( 2016 ) yang menyampaikan bahwa “anggaran kegiatan FKTP yang bersumber dari kapitasi JKN di Kota Bitung tahun anggaran 2016 dengan realisasi per tanggal 30 Nopember 2016 adalah 47 %. Dari total anggaran tersebut peruntukan khusus untuk belanja pengadaan obat dan alat kesehatan masih 0 % .”

Sesuai dengan Peraturan Menteri kesehatan Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan bahwa Manfaat yang dijamin dalam JKN terdiri dari : Pelayanan kesehatan di FKTP merupakan pelayanan kesehatan non-spesialistik yang meliputi :

1. Administrasi pelayanan;
2. Pelayanan promotif dan preventif;
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;

4. Tindakan medis non-spesialistik, baik operatif maupun non-operatif;
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud di atas untuk pelayanan medis mencakup:

- 1) Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- 2) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
- 3) Kasus medis rujuk balik;
- 4) Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
- 5) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
- 6) Rehabilitasi medik dasar.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi :

- 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin(BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.
- 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
- 4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- 5) peraturan perundang-undangan. Pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan meliputi : Pemeriksaan Gula Darah; Pemeriksaan IVA untuk kasus Ca Cervix; dan pemeriksaan Pap Smear
- 6) Khusus untuk kasus dengan pemeriksaan IVA positif
- 7) dapat dilakukan pelayanan Terapi Krio.

## **2. faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan pengelolaan dan pemamfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau**

Edwards dalam winarno (2014:177) menjelaskan bahwa variabel – variabel Komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan atau

tingka laku-tingka laku dan struktur birokrasi yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan, maka pendekatan yang ideal adalah dengan cara merefleksikan kompleksitas ini dengan membahas semua variabel tersebut sekaligus. Pembahasan mengenai kebijakan implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau berdasarkan teori Edwards III adalah sebagai berikut :

**a) Komunikasi**

Dari hasil penelitian terkait dengan komunikasi di temukan adanya faktor-faktor pendukung dan penghambat sebagai berikut :

- 1) Faktor-faktor pendukung adanya sosialisasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN dari kementerian kesehatan, kementerian dalam negeri dan tim dinas kesehatan ke Kepala Puskesmas dan bendahara yang disertai dengan pendidikan dan Pelatihan pengadaan barang dan jasa untuk memperlancar kegiatan pengadaan barang dan jasa yang bersumber dari dana kapitasi JKN yang merupakan tanggung jawab kepala puskesmas, dan untuk bendahara JKN dilaksanakan bimbingan teknis pengelolaan keuangan. Sosialisasi kebijakan sangat penting untuk mendukung agar implementasi dapat berjalan dengan baik
- 2) Faktor-faktor penghambat yaitu adanya ketidak jelasan dan ketidak konsistenan mengenai kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN yang disampaikan oleh Tim Dinas Kesehatan khususnya

mekanisme pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk pengadaan obat, alat kesehatan dan Bahan medis pakai habis.

Purwanto dan Dyah (2012 : 171 ) mengemukakan bahwa terdapat tiga tipologi birokrat garda depan berkaitan penyampaian informasi kebijakan yang mereka lakukan :

- a. *Suppress information bureaucrats*. Birokrat yang termasuk kategori ini adalah mereka yang justru menyembunyikan sebagian informasi yang seharusnya disampaikan kepada kelompok sasaran.
- b. *Provide inadequate information bureaucrats* yaitu birokrat yang dalam menyediakan informasi kepada kelompok sasaran dilakukan dengan tidak lengkap sehingga kelompok sasaran kurang memiliki pemahaman yang komprehensif tentang tujuan dan manfaat kebijakan yang membuat kelompok sasaran mengalami kebingungan.
- c. *Provide Supportive information bureaucrats* yaitu tipe birokrat yang paling ideal. Memberikan informasi secara memadai, akurat dan adil kepada masyarakat yang menjadi kelompok sasaran kebijakan.

#### **b) Sumber daya**

Implementasi Kebijakan perlu didukung oleh sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya. Tidak ada suatu rumus yang pasti tentang berapa jumlah SDM yang harus dimiliki oleh suatu organisasi agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik. Semakin kompleks suatu kebijakan maka semakin banyak pula jumlah SDM yang harus disediakan untuk menjalankan tugas untuk mengimplementasikan kebijakan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui adanya faktor pendukung terkait dengan SDM yaitu adanya kebijakan dari pemerintah Kabupaten Berau untuk menanggulangi kekurangan tenaga PNS dengan tenaga kontrak yang dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah ( APBD ) meskipun sampai saat ini mekanisme pengadaannya juga masih belum lancar .Masih ditemukan adanya kekurangan SDM seperti tenaga Analis Laboratorium, Kesehatan Masyarakat, dan tenaga pendukung lainnya seperti tenaga untuk pengelola program P care untuk di loket/pendaftaran peserta JKN. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang dilaksanakan oleh Atik Mustika (2014), Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) I Milik Pemerintah Kota Serang Provinsi Banten.

Keberadaan tenaga kesehatan sangat penting di puskesmas, sebagaimana di atur dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa pelaksanaan pengobatan dan/ atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan. Oleh karena itu tenaga kesehatan di puskesmas harus dilengkapi sesuai dengan jenis tenaganya karena setiap jenis tenaga kesehatan memiliki keahlian dan kewenangan yang berbeda-beda.

Sumber Kedua yaitu informasi. Dalam implementasi suatu kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk, yaitu pertama informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan saat mereka diberi perintah. Kedua, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah

yang telah ditetapkan. Implementer harus mengetahui apakah orang yang terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa informasi mengenai cara pelaksanaan pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai masih sangat kurang sehingga kepala puskesmas Tanjung Redeb mulai tahun 2014 sampai saat ini belum memanfaatkan dana kapitasi JKN untuk obat, BMHP dan alat Kesehatan meskipun obat dan BMHP di puskesmas habis/kosong dan banyak alat kesehatan yang tidak kurang ataupun rusak seperti dental unit (kursi gigi) dan lain-lainnya. Informasi mengenai mengenai hak dan kewajiban kepada peserta JKN juga masih kurang sehingga sering menimbulkan masalah karena banyak peserta JKN yang mau langsung ke rumah sakit berobat dengan dokter spesialis, hal tersebut tentu tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2015 menetapkan bahwa lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas, tingkat Kemampuan 4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter Pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012, dari 736 daftar penyakit terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan karena diharapkan dokter layanan primer dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Selain itu terdapat 275 ketrampilan klinik yang juga harus dikuasai oleh lulusan program studi dokter. Selain 144 dari 726 penyakit, juga terdapat 261 penyakit yang harus dikuasai lulusan untuk dapat mendiagnosisnya

sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan gawat darurat. Daftar 144 Penyakit yang harus tuntas ditangani oleh dokter di FKTP sesuai tabel 4.9

Tabel 4.9  
Daftar 144 Penyakit yang harus dikuasai penuh oleh dokter layanan primer untuk mendiagnosis dan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas

1. Kejang Demam	76. Ruptur perineum tingkat ½
2. Tetanus	77. Abses folikel rambut/kelj sebacea
3. HIV AIDS tanpa komplikasi	78. Mastitis
4. Tension headache	79. Cracked nipple
5. Migren	80. Inverted nipple
6. Bell's Palsy	81. DM tipe 1
7. Vertigo	82. DM tipe 2
8. Gangguan somatoform	83. Hipoglikemi ringan
9. Insomnia	84. Malnutrisi energi protein
10. Benda asing di konjungtiva	85. Defisiensi vitamin
11. Konjungtivitis	86. Defisiensi mineral
12. Perdarahan subkonjungtiva	87. Dislipidemia
13. Mata kering	88. Hiperurisemia
14. Blefaritis	89. Obesitas
15. Hordeolum	90. Anemia defisiensi besi
16. Trikiasis	91. Limphadenitis
17. Episkleritis	92. Demam dengue, DHF
18. Hipermetropia ringan	93. Malaria
19. Miopia ringan	94. Leptospirosis (tanpa komplikasi)
20. Astigmatism ringan	95. Reaksi anafilaktik
21. Presbiopia	96. Ulkus pada tungkai
22. Buta senja	97. Lipoma
23. Otitis eksterna	98. Veruka vulgaris
24. Otitis Media Akut	99. Moluskum kontangiosum
25. Serumen prop	100. Herpes zoster tanpa komplikasi
26. Mabuk perjalanan	101. Morbili tanpa komplikasi
27. Furunkel pada hidung	102. Varicella tanpa komplikasi
28. Rhinitis akut	103. Herpes simpleks tanpa komplikasi
29. Rhinitis vasomotor	104. Impetigo
30. Rhinitis vasomotor	105. Impetigo ulceratif ( ektima)
31. Benda asing	106. Folikulitis superfisialis
32. Epistaksis	107. Furunkel, karbunkel
33. Influenza	108. Eritrasma
34. Pertusis	109. Erisipelas
35. Faringitis	110. Skrofuloderma
36. Tonsilitis	111. Lepra
37. Laringitis	

38. Asma bronchiale	112. Sifilis stadium 1 dan 2
39. Bronchitis akut	113. Tinea kapitis
40. Pneumonia, bronkopneumonia	114. Tinea barbe
41. Tuberkulosis paru tanpa komplikasi	115. Tinea facialis
42. Hipertensi esensial	116. Tinea corporis
43. Kandidiasis mulut	117. Tinea manus
44. Ulcus mulut (aptosa, herpes)	118. Tinea unguium
45. Parotitis	119. Tinea cruris
46. Infeksi pada umbilikus	120. Tinea pedis
47. Gastritis	121. Pitiriasis versicolor
48. Gastroenteritis	122. Candidiasis mucocutan ringan
49. Refluks gastroesofagus	123. Cutaneus larvamigran
50. Demam tifoid	124. Filariasis
51. Intoleransi makanan	125. Pedikulosis kapitis
52. Alergi makanan	126. Pediculosis pubis
53. Keracunan makanan	127. Scabies
54. Penyakit cacing tambang	128. Reaksi gigitan serangga
55. Strongiloidiasis	129. Dermatitis kontak iritan
56. Askariasis	130. Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)
57. Skistosomiasis	131. Dermatitis numularis
58. Taeniasis	132. Napkin ekzema
59. Hepatitis A	133. Dermatitis seboroik
60. Disentri basiler, disentri amuba	134. Pitiriasis rosea
61. Hemoroid grade ½	135. Acne vulgaris ringan
62. Infeksi saluran kemih	136. Hidradenitis supuratif
63. Gonore	137. Dermatitis perioral
64. Pielonefritis tanpa komplikasi	138. Miliaria
65. Fimosis	139. Urtikaria akut
66. Parafimosis	140. Eksantemapous drug eruption, fixed drug eruption
67. Sindroma duh 9(discharge) genital (GO dan NGO)	141. Vulnus laseraum, puctum
68. Infeksi saluran kemih bagian bawah	142. Luka bakar derajat 1 dan 2
69. Vulvitis	143. Kekerasan tumpul
70. Vaginitis	144. Kekerasan tajam
71. Vaginosis bakterialis	
72. Salphingitis	
73. Kehamilan normal	
74. Aborsi spontan komplit	
75. Anemia defisiensi besi pada bumil	

### c) Disposisi (sikap )

Menurut Edward III dalam Winarno (2014:197) mengemukakan "kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah satu faktor yang

mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif". Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal. Demikian sebaliknya, jika para pelaksana bersikap negatif atau menolak terhadap implementasi kebijakan karena konflik kepentingan maka implementasi kebijakan akan menghadapi kendala yang serius.

Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti yang dikemukakan Edward III tentang "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaannya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP milik pemerintah daerah puskesmas perkotaan di Kabupaten Berau diketahui bahwa sikap pelaksana kebijakan pada puskesmas Tanjung Redeb kurang mendukung khususnya dalam pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Meskipun Kepala puskesmas selaku penanggung jawab dana kapitasi JKN telah di ikutkan bimbingan teknis mengenai pengadaan barang dan jasa. Hal yang sama terjadi pada staf puskesmas Tanjung Redeb yang belum mematuhi aturan jam kerja dan disiplin PNS sebagaimana yang telah diatur pada Peraturan Pemerintah nomor 53 tahun 2010 .

#### d) Struktur birokrasi

Menurut Westra et.al ( 1982) dikutip fathurrahman (2016) birokrasi berasal dari kata Buereaucracy yang berarti suatu tipe organisasi yang didalamnya terdapat suatu tata kerja yang telah ditentukan dalam suatu peraturan yang selalu dilaksanakan dengan sepenuhnya. Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa belum ada *Standard Operating Procedures (SOP)* yang dibuat untuk pelaksanaan kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP milik pemerintah di Kabupaten Berau . Implementasi Kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN mengikuti peraturan yang telah ditetapkan sesuai dengan komponen yang diatur seperti :

1. Penganggaran sesuai dengan pedoman penyusunan Rencana Kerja Anggaran Satuan Perangkat Kerja Daerah ( RKA-SKPD) tahun 2016 yang ditetapkan setiap tahun oleh Pemerinta Kabupaten Berau.
2. Pelaksanaan dan penata usahaan keuangan berdasarkan pada peraturan yang telah ditetapkan Peraturan Bupati Berau Nomor 14 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penatausahaan Keuangan Daerah Tahun Anggaran 2016.
3. Pemanfaatan dana kapitasi JKN berdasarkan pada paraturan menteri kesehatan 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

4. Kehadiran sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010  
Tentang Disiplin PNS

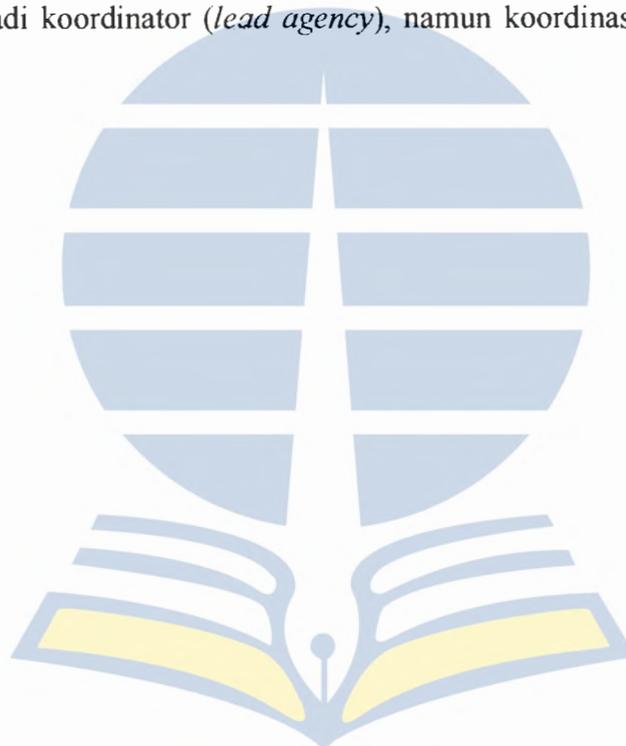
Purwanto dan Dyah ( 2015:182) menjelaskan bahwa Prosedur implementasi suatu kebijakan minimal mengatur hal-hal yang berkaitan dengan :

- (i) penggunaan input kebijakan, dana , material, tenaga kerja dan lainnya
- (ii) penentuan kelompok sasaran, (iii) distribusi keluaran kebijakan kepada kelompok sasaran untuk meyakinkan terjadinya ketepatan waktu, jumlah dan kualitas, (iv) tata kelola hubungan antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi misalnya hubungan antar aktor, unit dalam organisasi, maupun tingkat pemerintahan yang berbeda.

Terdapat faktor pendukung yaitu telah terbentuknya struktur organisasi pelaksana kebijakan di puskesmas yaitu kepala puskesmas sebagai penanggung jawab kegiatan dan satu orang staf sebagai bendahara dana kapitasi JKN yang ditetapkan melalui keputusan bupati Berau. Disamping untuk monitoring kehadiran kerja dimonitor oleh Tata Usaha. Untuk verifikasi rencana kerja anggaran (RKA ) dana kapitasi JKN puskesmas telah dibentuk tim verifikasi. Sedangkan yang menjadi hambatan adalah kurangnya koordinasi antara pelaksana kebijakan yaitu antara puskesmas, dinas kesehatan, dan BPJS kabuapten Berau.

Hal ini sesuai dengan Purwanto dan Dyah ( 2015:132-135) bahwa selain tujuan kebijakan, kompleksitas kebijakan juga akan mempengaruhi struktur organisasi implementer. Makin kompleks suatu kebijakan yang diimplementasikan maka struktur yang lebih kompleks yang mampu mengakomodasi berbagai organisasi yang terlibat dalam implementasi, yang

terdiri atas *complex structure* dan *simple structure*. implementasi kebijakan yang menggunakan *simple structure* dengan *single agency* tentu memiliki peluang keberhasilan yang lebih tinggi dibandingkan dengan *complex structure* dan *multiple agencies*. Jika implementasi kebijakan dilaksanakan dengan struktur yang melibatkan banyak organisasi dan banyak aktor maka sangat penting untuk memahami hubungan antar organisasi dan aktor yang terlibat. Struktur organisasi bentuk lain yaitu ada organisasi yang diberi kewenangan lebih besar untuk menjadi koordinator (*lead agency*), namun koordinasinya masih kurang.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Penelitian implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah di puskesmas perkotaan Kabupaten Berau yang dilaksanakan di Puskesmas Tanjung Redeb tahun 2014-2016 dengan menggunakan model implementasi Edward III. Berdasarkan pada hasil dan pembahasan penelitian maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah pada puskesmas perkotaan di Kabupaten Berau belum optimal, ditunjukkan dengan Pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di puskesmas Tanjung Redeb mulai tahun 2014 sampai tahun 2016 tidak ada realisasi, sementara di puskesmas terjadi kekosongan beberapa jenis obat yang dibutuhkan masyarakat.
2. Faktor-faktor pendukung dan penghambat pada variabel komunikasi yang menjadi faktor pendukung adalah adanya transmisi penyaluran informasi dari kebijakan secara berjenjang dari dinas kesehatan ke puskesmas dan jaringannya. Sedangkan faktor penghambat dalam komunikasi adalah adanya ketidak jelasan dan konsistensi kebijakan yang disampaikan oleh dinas kesehatan ke puskesmas khususnya mengenai pemanfaatan dana JKN

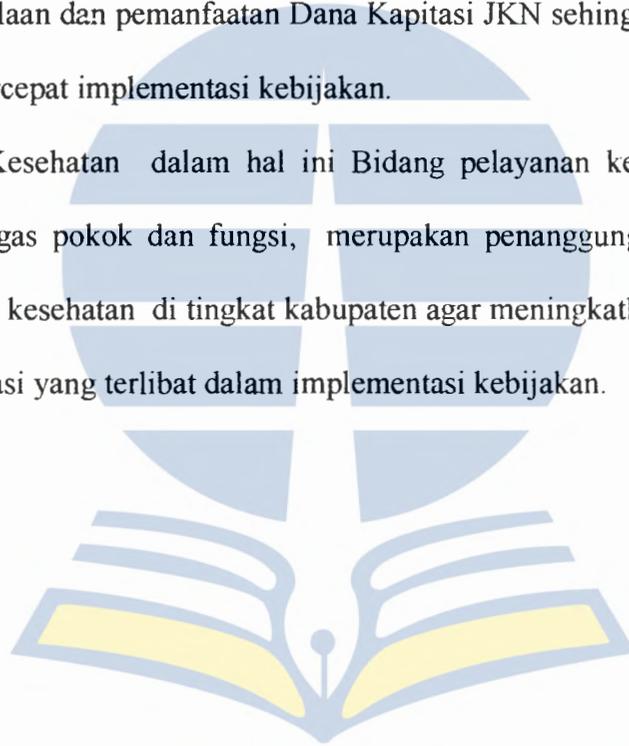
untuk Obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Ketersediaan sumber daya di puskesmas meliputi Staaf, kewenangan, informasi dan fasilitas masih kurang. Disposisi atau kecenderungan-kecenderungan pada implementasi kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN dilihat dari sikap birokrat, adanya sikap yang kurang mendukung dalam hal pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta kehadiran di Puskesmas Tanjung Redeb . Belum adanya SOP untuk implementasi Kebijakan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN secara menyeluruh dan koordinasi antar organisasi yang terlibat dalam implementasi kebijakan pengelolaan dan Pemanfaatan dana JKN di FKTP puskesmas perkotaan Kabupaten Berau masih kurang.

## **B. Saran**

Berdasarkan temuan dilapangan, pembahasan dan kesimpulan penelitian maka disarankan untuk :

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Berau agar menyusun petunjuk teknis yang jelas dan konsisten sebagai pedoman untuk pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis pakai habis menyusun petunjuk teknis yang jelas dan konsisten sebagai pedoman untuk pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis pakai habis .
2. Puskesmas agar lebih intensif mensosialisasikan kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN kepada petugas yang terlibat puskesmas pembantu dan pos kesehatan desa dan masyarakat.

3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan kabupaten Berau agar lebih meningkatkan sosialisasi mengenai hak dan kewajiban kepada seluruh peserta BPJS kesehatan bukan perwakilan kepala keluarga.
4. Pemerintah Kabupaten Berau untuk mempercepat pemenuhan tenaga kesehatan dan non kesehatan, alat kesehatan dan sarana prasarana puskesmas sesuai standar.
5. Dinas Kesehatan agar menyusun SOP untuk pelaksanaan kebijakan pengelolaan dan pemanfaatan Dana Kapitasi JKN sehingga memudahkan dan mempercepat implementasi kebijakan.
6. Dinas Kesehatan dalam hal ini Bidang pelayanan kesehatan berdasarkan pada tugas pokok dan fungsi, merupakan penanggung jawab pelaksanaan jaminan kesehatan di tingkat kabupaten agar meningkatkan koordinasi antara organisasi yang terlibat dalam implementasi kebijakan.



## GLOSARIUM

- BLUD** : Instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas”.
- Deskriptif** : Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan menjelaskan sesuatu seperti apa adanya secara mendalam.
- Dana Kapitasi** : Besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan
- INA-CBGs** : *Indonesia Case Base Groups* Sistem pembayaran dengan sistem “paket “berdasarkan penyakit yang diderita oleh pasien
- P Care** : Aplikasi sistem informasi pelayanan pasien berbasis webase yang disediakan oleh BPJS Kesehatan diperuntukkan bagi para fasilitas kesehatan primier untuk memberikan kemudahan akses data ke server BPJS baik itu pendaftaran, penegakan diagnosa, terapi , hingga pelayanan laboratorium
- UHC** : *Universal Health Coverage* adalah sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

### A. Buku dan Artikel

- Anderson, JE. (1979) *Public policy-making :decisions and Their Implementation, 2nd ed ( New York:Holt, Rinehart and winston, 1979).*
- Djuhaeni, H (2007) .Asuransi dan managemen care. Modul Program pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran, Bandung.
- Dunn, WN (eds) (2002). *Analisis kebijakan publik (Edisi kedua).*Yogyakarta: Universitas Gaja Mada.
- Dwijowijoto, RN (2003). *Kebijakan publik : formulasi, implementasi dan evaluasi.* Jakarta. PT. Elex Media Komputindo, Kelompok Gramedia.
- Edwards III,George C.1980. *Implementing Public Policy.*Washinton, D.C: Congressional Quarterly Inc.
- Hamdi, M. (2014). *Kebijakan publik, proses, analisis dan partisipasi.* Bogor : Ghalia Indonesia.
- Hamdi, M dan Siti, I (2014). *Metodologi penelitian administrasi (Edisi Kedua).* Jakarta : Universitas Terbuka.
- Herdiansyah, H (2010). *Metodologi penelitian Kualitatif untuk ilmu-ilmu sosial* Yogyakarta: Salemba Humanika.
- Hunaepi, A (2015). *Implementasi kepesertaan program jaminan kesehatannasional (JKN) bagi kategori pekerja bukan penerima upah di Kabupaten Lebak. .* Jakarta: Magnascript Publishing.
- Hutasoit, C.S (2011). *Pelayanan publik :teori dan aplikasi.* Jakarta: Magnascript Publishing.
- Irawan, P. (2006). *Metodologi penelitian administrasi.* Edisi Kesatu. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Ibrahim, A. (2008). *Teori dan konsep pelayanan publik serta implementasinya,* Bandung, CV.Mandar Maju
- Ikhsan, dkk, (2011). *Administrasi keuangan publik.* Jakarta : Universitas Terbuka
- Kementerian Kesehatan RI (2013 ). *Buku Pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.*Jakarta Kementerian Kesehatan RI.

- Lindri, SY (2015). Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Kecamatan Mandau Kabupaten Bengkalis Riau Tahun 2014. Tesis Universitas Sumatera Utara Medan.
- Miles, MB dan Huberman, AM (1992). *Qualitative data analysis* (Rohidi, Tjetjep, Trans). Jakarta Universitas Indonesia.
- Mustika, A (2015). Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) Milik Pemerintah Kota Serang Provinsi Banten tahun 2014. Universitas Indonesia Jakarta.
- Nugroho, R (2014) Metode penelitian kebijakan (*cetakan II*) Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Parsons, W (2014) *Public policyn introduction to the theory and practice of policy analysis.* ( Santoso, Tri Wibowo Budi, Trans ). Edward Elgar Publishing LTD.
- Purwanto, EA dan Dyah,RS (2015) Implementasi kebijakan publik : *Konsep dan aplikasinya di Indonesia.* Yogyakarta Gava Media.
- Purwaningsih, E (2015). Implementasi Permenkes Nomor 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Tegal. Tesis Universitas Katolik Soegijapranata Semarang
- Pramana, LH, Indah, P (2015). Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN ) di Poli Geriatri Rumah Sakit Umum ( RSU ) Dr.Soetomo .*E-Journa Unesa Unesa 3 (4)* .
- Saryono dan Anggraeni, Mekar Dwi, (2013). Metodologi penelitian kualitatif dan kuantitatif dalam bidang kesehatan Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sudarso,dkk (2009). Teori administrasi. Jakarta : Universitas Terbuka
- Sugiyono (2016). Memahami Penelitian Kualitattif. Bandung : CV.Alfabeta
- Suwitri, Sri (2011). Konsep dasar kebijakan publik. Edisi Revisi, Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Tachjan. (2006). Implementasi kebijakan public. Bandung: APII Bandung-Puslit KP2W Lembaga Penelitian UNPAD.
- Tahir, A. (2011). Kebijakan publik dan transparansi penyelenggaraan pemerintahan daerah (Cetakan Pertama). Jakarta : PT. Pustaka Indonesia Press.
- Wahab, SA (2015) . Analisis kebijakan : Dari formulasi ke penyusunan model-model implementasi kebijakan publik (Cetakan ketiga). Jakarta : Bumi Aksara.

Winarno, B (2014) . *Kebijakan Publik, Teori, Proses dan Studi Kasus*. Edisi ke -2 . Yogyakarta: Center of Academic Publishing Service.

Zuhad, M (2014) . *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ( Studi Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)*. Tesis Universitas Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.

## **B. Peraturan dan Dokumen**

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP) Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2015

Laksono, Agung ( 2014) . Mengubah Status Puskesmas Menjadi BLUD; diambil tanggal 20 Nopember 2016 dari situs <http://df.jamsosindonesia.com/cetak/printout/503;>)

Mengubah Status Puskesmas Menjadi BLUD Diambil 15 Nopember 2016, dari situs <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/503>

Nugraha, Priharsa (2015, 19 Januari). KPK Temukan 4 Kelemahan Pengelolaan Dana Kapitasi, diambil 20 oktober 2016 dari situs <https://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/2440-kpk>

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, 23 Januari 2013, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29, Jakarta

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 Pengelolaan dan Pemamfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, 21 April 2014, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81, Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Sistem Jaminan Sosial Nasional, 19 Oktober 2004, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 , Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, 25 Nopember 2011, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116 , Jakarta

**PEDOMAN WAWANCARA**  
**Kepala Dinas, Sekretaris dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan**

<b>A</b>		<b>Identitas Responden</b>	
1	Nama Narasumber	:	
2	Jenis Kelamin	:	
3	Pendidikan	:	
4	Jabatan	:	
5	No.HP	:	
<b>B</b>		<b>Pelaksanaan Wawancara</b>	
1	Tempat wawancara	:	
2	Tanggal Wawancara	:	
<b>C</b>		<b>Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>	
1	Bagaimanakah pelaksanaan pengelolaan ( Penganggaran/Penyusunan Usulan RKA JKN dari Puskesmas , Pelaksanaan dan penatausahaan keuangan)		
2	Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan, Pengadaan Obat, Alkes, Bahan medis habis pakai, operasional kesehatan lainnya		
3	Kendala apakah yang dihadapi dalam melaksanakan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas (Puskermas Kota dengan realisasi terendah )		



**PEDOMAN WAWANCARA**  
**Tata Usaha, Dokter, Apoteker, Bidan dan Petugas Pustu**

<b>A</b>	<b>Identitas Responden</b>		
1	Nama Narasumber	:	
2	Jenis Kelamin	:	
3	Pendidikan	:	
4	Jabatan	:	
5	No. HP	:	
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan Wawancara</b>		
1	Tempat wawancara	:	
2	Tanggal Wawancara	:	
3	Waktu wawancara	:	Mulai..... s/d.....
<b>Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>			
1) Apa yang saudara ketahui mengenai dana kapitasi jaminan kesehatan nasional			
2) Dari mana saudara mendapatkan informasi mengenai dana kapitasi jaminan kesehatan nasional			
3) Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan			
4) Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk Pengadaan Obat, Alkes, Bahan medis habis pakai			
5) Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk operasional kesehatan lainnya			
6) Apakah tugas saudara terkait dengan pelaksanaan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas			
7) Kendala apakah yang dihadapi dalam melaksanakan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas			
8) Bagaimana Upaya yang dilakukan dalam mengatasi kendala yang dihadapi dalam melaksanakan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas			
9) Mamfaat apa yang didapat dari pelaksanaan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas			

**PEDOMAN WAWANCARA  
PESERTA JKN**

<b>A</b>	<b>Identitas Responden</b>		
1	Nama Narasumber	:	
2	Jenis Kelamin	:	
3	Pendidikan	:	
5	No.HP	:	
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan Wawancara</b>		
1	Tempat wawancara	:	
2	Tanggal Wawancara	:	
3	Waktu wawancara	:	Mulai..... s/d.....
<b>Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>			
1) Apakah bapak/ibu memiliki Jaminan Kesehatan Nasional			
2) Bagaimana caranya bapak/ibu jadi peserta JKN			
3) Bagaimana cara bapak/ibu menggunakan kartu JKN			
4) Apakah bapak/ibu mengetahui apa kewajiban dan hak bapak/ibu sebagai peserta JKN			
5) Apa yang bapak/ibu ketahui mengenai dana Kapitasi JKN			
6) Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan di puskesmas			

**Tabel. 1**  
**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA**  
**KEPALA DINAS KESEHATAN**

<b>A</b>	<b>Identitas Responden</b>	
1	Nama Narasumber	: Drg. Totoh Hermanto, M.Kes
2	Jenis Kelamin	: Laki-Laki
3	Pendidikan	: S2 Kesehatan
4	Jabatan	: Kepala Dinas Kesehatan
6	No.HP	: 081345080274
<b>B</b>	<b>Pelaksanaan Wawancara</b>	
1	Tempat wawancara	: Kantor Dinas Kesehatan
2	Tanggal Wawancara	: 10 Januari 2017
<b>I.</b>	<b>Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>	
1	Pertanyaan	: Bagaimanakah pelaksanaan pengelolaan ( Penganggaran/Penyusunan Usulan RKA JKN dari Puskesmas , Pelaksanaan dan penatausahaan keuangan)
	Jawaban	: Dia sudah diatur sesuai dengan UU No. 32 dan Permenkes 28 tentang bagaimana pengelolaan-pengelolaan dana kapitasi dari mulai penggarannya, pelaksanaannya, penatusahaannya sampai ke pertanggungjawabannya. Penganggaran ini juga sudah ada mekanismesnya dari mulai bagaimana BPJS, kemudian dari puskesmas membuat rencana kemudian diajukan kepada Dinas dan Dinas Kesehatan membuat DPA, kemudian juga dari nanti ada laporan realisasi daripada anggaran kapitasi JKN dari total puskesmas dan itu menjadi bahan dari Dinas Kesehatan untuk menyampaikan ke keuangan. Dan yang terpenting itu adalah bagaimana efektivitas pemanfaatan daripada dana kapitasi ini. Kalau mekanisme penganggaran, pelaksanaan kan sudah ada diatur sesuai dengan aturan-aturan yang tertuang di dalam Perpres 32. Dan yang terpenting itu efektivitas, kemudian

			evaluasinya, kemudian sejauh mana pemanfaatannya itu.
2	Pertanyaan	:	Bagaimana Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN, Jasa Pelayanan, Obat, Alat, BMHP dan Operasional?
	Jawaban		Pemanfaatannya kan sesuai dengan Permenkes bahwa dana kapitasi dibagi menjadi untuk jasa pelayanan dan operasional. Di dalam operasional itu memang dana-dana itu diharapkan bagaimana promotif, preventif, kemudian berhubungan dengan perorangannya dan lain sebagainya itu, itu kan ada evaluasi bagaimana pemanfaatan dana itu bisa efektif dengan tidak over lap dengan dana yang lain seperti operasional maupun BOK, nah disitulah mankanya perlu laporan-laporan dari kepala puskesmas.
3	Pertanyaan		Kendala apakah yang dihadapi dalam melaksanakan kebijakan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas
	Jawaban	:	kalau sejauh ini lumayan,tetapi apakah pengawasannya itu yang harus ditingkatkan sejauh mana, tidak mungkin Kepala Dinas mengawasi setiap itu di lapangan. Ada juga yang pengawas internal pemerintah, itu juga tidak jalan dan memang tidak terbentuk disini, dan yang harusnya mengevaluasi secara langsung adalah kepala bidang melalui program2 itu apakah dana kapitasi ini seperti apa di lapangan. Kalau Kepala Dinas kan tidak mungkin, hanya melihat laporannya saja, tetapi bagaimana itu dijalankan atau tidaknya itulah kepala bidang dan kepala seksi yang harus mengevaluasi atau monitoring di dalam program.

**Tabel. 2**  
**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA**  
**SEKRETARIS DINAS KESEHATAN**

<b>A</b>	<b>Identitas Responden</b>	
1	Nama Narasumber	: Dr.Matius Maus Popang
	NIP	: 196305131996031001
2	Jenis Kelamin	: Laki-Laki
3	Pendidikan	: S1 Kedokteran
4	Jabatan	: Sekretaris Dinas Kesehatan ( 2012 s/d Des 2016)
6	No.HP	: 0811594589
<b>B</b>	<b>Peaksanaan Wawancara</b>	
1	Tempat wawancara	: Kantor Dinas Kesehatan
2	Tanggal Wawancara	: 11 Januari 2017
<b>II.</b>	<b>Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>	
1	Pertanyaan	: Bagairnanakah pelaksanaan pengelolaan Penganggaran/Penyusunan Usulan RKA JKN dari Puskesmas, Pelaksanaan dan penatausahaan keuangan.
	Jawaban	Pengelolaan mulai dari pendapatan sesuai dengan kapitasi yang terdaftar di masing2 puskesmas dengan besaran nilai kapitasi bervar iasi sesuai ketersediaan tenaga dan waktu pelayanan.Setiap tahun... biasanya sekitar bulan Juni kepala puskesmas diminta untuk menyusun RKA JKN dengan alokasi sama dengan rencana pendapatan, yaitu jumlah peserta dikali 6.000 dikali 12 bulan. Kita selalu membuat pedoman penganggaran yang diberikan ke puskesmas supaya RKA yang mereka susun tidak tumpang tindih dengan anggaran lainnya dan sesuai juknis....Biasanya jumlah peserta di minta ke kasi jaminan kesehatan karena ada beberapa puskesmas yang tidak bisa membuka pcare karena jaringan..untuk puskesmas yang jauh....puskesmas perkotaan data peserta bisa dilihat di pcare. RKA diverifikasi oleh tim verifikasi sesuai dengan tupoksinya, misalnya untuk pengadaan obat dan alkes diverifikasi oleh kasih farmasi dan alkes serta kasi kesehatan dasar dan rujukan, kapid yankes dan SDK, kalau pengadaan sarana prasarana

			diverifikasi sekretaris dan kasubag umpeg.
2	Pertanyaan	:	Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan, Pengadaan Obat, Alkes, Bahan medis habis pakai, operasional kesehatan lainnya
	Jawaban	:	<p>Ada skoringnya, yang pertama belum terlalu proporsional dokter yg kebetulan pimpus tidak mendapat jasa, tapi masih dapat karena double fungsi. Permenkes 2015 ada poin khusus Mempertimbangkan kehadiran dan beban kerja dr ybs ada rumusnya bila dimasukkan langsung masuk program pembagian jasa. Untuk di Berau mengacu ke JP 65, 35 terbagi 10 dan 25 Operasional 10, 25 obat dan alkes Dalam prjalan di Berau inginnya lebih bagus meningkatkan jasa pelayanan sampai 85% dan 5 % utk alat d opran obat 10% utk lainnya mengingat yg 25 % pemnfaatn tdk maksimal menjadi SILPA di PKM krn ketakutan PKM utk mmnfaatkan dana itu terkait barang jasa Menyikapi hal itu pkm mengharapkan JP dinaikkan drpada SILPA tapi oleh Kadis tdk mnyetujui usulan itu, krn Kadis masih dgn harapan bahwa kinerja pkm diperbaiki br dinaikkan JPNnya Akibat kebuntuan spt ini maka diubah menjadi JP 65% Operasional 25% ,10% obat n alkes Menyikapi SILPA yg banyak krn tdk bsa dialihkan, maka Kapus di thn 2016 disuruh ikut pelatihan pengadaan barang jasa supaya mrk memahami bahwa spt apa pengadaan barjas tsb dlm pemanfaatn dana JKN</p>
3	Pertanyaan		Bagaimana menurut bapak, kendala pelaksanaan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas ( puskesmas kota rendah )
	Jawaban		permasalahan kenapa realisasi JKN di perkotaan rendah, karena di kota lebih besar nominalnya, yang jadi masalah kan, di pengadaan obat dan alkesnya itu, kalau jasa pelayanan semua lancar, Kalau di perkotaan akan lambat karena operasional, standar transportasi kecil jadi itu yang membuat lambat untuk realisasi...”

**Tabel. 3**  
**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA**  
**KEPALA BIDANG PELAYANAN KESEHATAN**

<b>A Identitas Responden</b>		
1	Nama Narasumber	: Dr Abdul Djabbar Kareem
	NIP	: 196705132006041008
2	Jenis Kelamin	: Laki-Laki
3	Pendidikan	: S1 Kedokteran
4	Jabatan	: Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan
5	Alamat	: Sambaliung
6	No.HP	: 081331876542
<b>B Pelaksanaan Wawancara</b>		
1	Tempat wawancara	: Kantor Dinas Kesehatan
2	Tanggal Wawancara	: 17 Januari 2017
3	Waktu wawancara	: Mulai 09.36 s/d 14.48
<b>III Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>		
1	Pertanyaan	: Bagaimana pelaksanaan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN di puskesmas?
	Jawaban	: Selama ini kapitasi JKN sudah memang lazim di transfer ke puskesmas dan ada kendala khususnya memang ke JKN dan mereka itu dengan kapitasi yang sudah diatur oleh kabupaten dalam hal ini Kepala Dinas berkoordinasi dengan Bupati untk meng SK kan itu 65 dan 35. Jadi 65 itu untuk jasa pelayanan yang diatur di Permenkes sesuai dengan tingkat pendidikannya, Sarjana Kedokteran, perawat dan lain-lainnya dan 35 itu untuk mengadvokasi operasional serta obat-obatan. Tapi dalam hal ini yang untuk 35 itu mereka dibuatkan DPA khusus untuk JKN jadi pemanfaatannya sudah terlokalisir di dalam DPA itu. Tapi tidak menutup kemungkinan karena sekarang ada akreditasi jadi mereka bisa membuatkan untuk akreditasi selama tidak tumpang tindih dengan adanya penganggaran-penganggaran yang lain.
2	Pertanyaan	: Bagaimana pelaksanaan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan, Pengadaan Obat, Alkes, Bahan

			medis habis pakai, operasional kesehatan lainnya
	Jawaban	:	<p>Selama ini sudah banyak berjalan dengan apa yang telah ditentukan oleh aturan-aturan yg di Kementerian cuman ada beberapa puskesmas memang masih apakah belum mengerti atau masih membuat sendiri aturan-aturan itu karena kenapa masih ada juga puskesmas yang tidak seperti yang sudah diatur oleh Permenkes kalau mereka tidak hadir atau sakit itu kapasitasnya harus langsung ada rumusnya langsung masuk semua sama yang bekerja jadi bukan maksudnya nanti yang tidak hadir atau yang sakit trus mereka dapat kapitasi tapi karna ini jasa pelayanan yang mereka yang di anggap yang memang mendapatkan itu memang yang betul-betul bekerja melayani dalam hal ini pasien BPJS.</p> <p>Tapi selama ini saya lihat ada beberapa puskesmas yang masih mendapatkan jasa pelayanan itu karena mereka di sebenarnya sih untuk melihat kapitasi untuk masing-masing itu mereka memang ada absen dan absen itu diberlakukan untuk melihat nanti kapitasi yang benar untuk pembagiannya. Tapi kalau absen memang juga bisa di akomodir seandainya dia tidak masuk tidak diisi terus di absen dia rapel nah itu yang sebenarnya kesalahan dari puskesmas sebenarnya tidak boleh itu karena mereka harus melihat anggotanya dalam hal ini pimpinan puskesmas harus melihat anggotanya siapa yang bekerja atau siapa yang cuma alasan-alasan tidak masuk dengan alasan yang tidak jelas.</p>
4	Pertanyaan	:	Bagaimana menurut bapak, kendala pelaksanaan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas ( puskesmas kota rendah )
	Jawaban		Yang terealisasi 100% itu adalah jaspel, sementara 35% dukungan operasional dimana disitu adalah untuk BMHP, obat-obatan yang paling dominan dan dukungan-dukungan seperti alat tulis kantor yang tidak terealisasi itu seperti obat dan BMHP
			Kemarin kami sudah coba ke puskesmas, memang kalau kami lihat kita kan selama ini kalau ada misalnya kegiatan sosialisasi pertemuan, Dinas meminta untuk pimpus dengan pengelolanya. Rupanya itu dalam hal JKN ini kan semua di puskesmas terlibat, itu mungkin yang agak kurang informasinya dari Kepala Puskesmas ke pelaksana-pelaksana di bawahnya.
			Berarti belum sinkron antara kewenangan kita, tugas kita, perdanya, dengan pengadaannya belum sinkron semuanya.

**Tabel. 4**  
**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA**  
**KEPALA SEKSI JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

<b>A Identitas Responden</b>		
1	Nama Narasumber	: Jamrah, Amd. Kep
	NIP	: 19630806 198612 1 002
2	Jenis Kelamin	: Laki-Laki
3	Pendidikan	: D3 Pwerawat
4	Jabatan	: Kepala Seksi Jaminan Kesehatan Masyarakat
5	Alamat	: Karang Ambun Tg.Redeb
6	No.HP	: 082156871155
<b>B Pelaksanaan Wawancara</b>		
1	Tempat wawancara	: Kantor Dinas Kesehatan
2	Tanggal Wawancara	: 12 Januari 2017
3	Waktu wawancara	: 16.15
<b>IV. Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas</b>		
1	Pertanyaan	: Bagaimana pelaksanaan pengelolaan JKN, mulai dari penganggarannya, pelaksanaannya, sampai pada penatausahaan keuangan dan pertanggungjawabannya.
	Jawaban	: Dana kapitasi begitu masuk puskesmas berarti sudah punya puskesmas. Besarannya itu ditentukan oleh jumlah peserta yang ada di wilayah kerjanya, tenaga yang tersedia, dan wilayah kerja dalam arti apakah dia termasuk daerah terpencil atau kepulauan seperti Tanjung Redeb atau Gunung Tabur berarti kategori perkotaan berarti dia mendapatkan kapitasi tertinggi. Kemudian dana itu sampai di puskesmas adalah melalui aturan yang ada di dalam program JKN itu sendiri bahwa kapitasi diberikan oleh BPJS melalui rekening yang ada, rekening itu ditentukan kelihatannya dari sana. Dana masuk sudah diperoleh bagaimana cara pemanfaatannya tentunya melalui perencanaan.
	<b>Probing</b>	<b>Apa yang menjadi masalah untuk penganggaran?</b>
		Kalau orang yang memahami dan mau patuh kepada aturan yang ada tidak ada masalah sebenarnya. Pertama itu dia harus memahami pemanfaatan dari dana kapitasi itu sendiri dan dalam aturannya minimal 60% itu adalah jasa pelayanan, kemudian 40% adalah dukungan operasional, sementara di Berau ini diatur 65% untuk jaspel, 35% adalah dukungan operasional. Yang terealisasi 100% itu adalah jaspel, sementara 35% dukungan operasional dimana disitu adalah untuk BMHP, obat-obatan yang paling dominan dan dukungan-dukungan seperti alat tulis kantor yang tidak terealisasi itu seperti obat dan BMHP. Yang membuat masalah disitu tentang aturan cara pengadaan BMHP dan obat-obatan, disitu yang menjadi kendala. Yang selama ini saya ikuti kelihatannya pemanfaatan dana kapitasi ada kelonggaran, dia

		<p>tidak sama persis dengan apa yang ada di dalam aturan kefarmasian tentang pengadaan obat ini, karena dia hanya sifatnya dana yang dialokasikan yang bersifat antisipasi, bisa digunakan bisa tidak, contohnya BMHP.</p> <p>Cara pengadaannya itu, kalau aturan kefarmasian itu dari sisi harga e-katalog, dari sisi kualitas e-katalog, dan kerjasamanya harus dengan distributor. Itu aturan kefarmasian, tetapi dari pemanfaatan dana kapitasi ini kalau boleh dikatakan semacam kesepakatan di Provinsi Kalim bahwa kita boleh bekerja sama dengan apotek terdekat dengan ketentuan ada pernyataan dari IFK nya bahwa pada saat emergency atau urgent kedaruratan dalam hal ketersediaan bukan fungsi, makanya saya menelusuri disana kedaruratan itu ada sifat emergency itu ada dua : emergency dalam arti ketersediaannya dan emergency dalam asal fungsi, fungsi itu bahwa obat cepat digunakan. Sehingga aturan dalam pemanfaatan dana kapitasi untuk obat dan BMHP dia sedikit berbeda bahwa kita boleh bekerjasama dengan apotek terdekat. Dengan satu catatan itu tadi ada pernyataan dari IFK bahwa pada saat mereka mengamprah obat tidak tersedia sedangkan saat itu dibutuhkan oleh puskesmas, maka itu boleh dibeli dengan ketentuan ada kerjasama dengan pihak ketiganya, ada semacam perintah kerja sama seperti ATK dan juga jumlahnya tidak terlalu besar. Artinya kalau melalui proses pengadaan barang jasa atau pengadaan lainnya dia tidak sampai lelang, itu kemudahannya. Atas dasar itu karena simpang siur informasi, jadi ada beberapa factor mereka realisasinya rendah, pertama tingkat kepatuhan dari puskesmas, tidak mau menyulitkan/merepotkan/ribet, karena itu tadi adanya informasi dari Dinas yang simpang siur. Sebenarnya menurut kita tidak simpang siur atau hal itu hanya semacam dijadikan alasan tidak merealisasikan.</p> <p>Pernyataan dari IFK ini tidak boleh berlaku sifatnya berlalu-lalu, dalam arti pada saat pernyataan dari IFK di bulan ini digunakan untuk bulan depan, tidak boleh, dia tidak emergency lagi sifatnya, bisa saja bulan depan IFK sudah tersedia. Itu yang mereka tidak pahami, seharusnya mereka punya dasar hukum yang kuat dia harus pas, minggu ini mereka pernyataan bahwa IFK tidak tersedia, dia harus belikan paling tidak 2-3 hari setelah itu, seandainya ada pemeriksaan atau audit mereka punya dasar hukum yang kuat dengan pernyataan itu.</p>
	<b>Probing</b>	<b>Selama ini bagaimana tindak lanjut untuk informasi yang simpang siur?</b>
		<p>Informasi semuanya itu dalam bentuk beberapa kali ada pertemuan termasuk yang difasilitasi penyusunan program, kita juga menyampaikan lewat itu. Sebenarnya juga aturan bakunya itu kan dari pusat juga. Cuma kita disini semacam pemaparan/mentafsirkannya menyampaikan secara pentafsiran. Mungkin kita tidak membuat regulasi khusus</p>

4	Pertanyaan	:	<b>Bagaimana tugas bapak terkait dengan pelaksanaan dana kapitasi JKN di puskesmas ?</b>
	Jawaban	:	Kita hanya memberikan bimbingan teknis, terutama setiap tahun ada aturan-aturan baru itu yang kita sampaikan, itu tugas pertama. Kedua fungsi monitoring evaluasi atau pengawasan pengendalian. Kemudian pembinaan tentang bagaimana pemanfaatan dana kapitasi sendiri.
5	Pertanyaan	:	<b>Manfaat apa yang didapat dari pelaksanaan kebijakan dana kapitasi JKN di puskesmas?</b>
	Jawaban	:	Dari dana kapitasi itu yang mungkin selama ini kegiatan-kegiatan dukungan dana terutama yang berkaitan dengan operasional tadinya kita kekurangan semua bisa tertutupi kalau mereka betul-betul mau memanfaatkan. Kemudian dari sisi kesejahteraan mereka mendapatkan jaspel. Artinya dengan adanya dana kapitasi ini, tidak ada alasan bagi puskesmas untuk menelantarkan atau ada pekerjaan-pekerjaan atau kegiatan yang kita abaikan dalam arti tidak bisa kita laksanakan karena kurangnya dana operasional karena disitu sudah tersedia, mereka surplus dana.  Manfaat bagi pasien : Tentunya dengan adanya program JKN terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu artinya mereka bisa tertolong artinya mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara gratis dalam arti mereka tidak mengeluarkan biaya. Cuma yang kita sayangkan kadang-kadang, petugas kita yang ada di lapangan tidak begitu mengindahkan hak-hak mereka sebagai peserta JKN. Contohnya, ada yang dipungut 30.000-90.000. Itu masih ada temuan kita. Petugas punya obat pribadi. Itu kita sampaikan, kira-kira sanksi bagaimana kita sampaikan. Kalau saya tidak punya kewenangan untuk memberikan sanksi.
6	Pertanyaan	:	Yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan di puskesmas
	Jawaban	:	Yang pertama pasti Dinas Kesehatan, kedua adalah puskesmas, kemudian sebenarnya masyarakat juga terutama dalam hal pengawasan pemantauannya itu bisa bagi masyarakat yang peduli. Pemantauannya dalam bentuk pengawasan.
7	Pertanyaan	:	Apakah dana JKN ke pustu-pustu juga?
	Jawaban	:	Iya seharusnya, pustu poskesdes mereka punya hak disana. Tapi yang mengatur kan induknya.
8	Pertanyaan	:	Bagaimana pemahaman mereka (puskesmas) itu terhadap JKN ini (kapitasi) ?
	Jawaban	:	Mereka tahu tentang peruntukan dana kapitasi, tapi yang memberatkan itu adalah proses realisasi terutama yang sifatnya dengan pengadaan, ya karena tuntutan aturan juga yang dikatakan terlalu berlebihan. Dan karena ada faktor-faktor tugas lain atau seperti apa, operasional APBD juga tinggi, BOK juga ada. Tapi bagi yang kreatif mereka lancar-lancar saja. Kemudian ada rasa kekhawatiran yang berlebihan akan adanya kesalahan dalam hal pemanfaatan, itu juga factor penghambat. Artinya tidak mau ambil resiko sanksi hukum

			jika terjadi kesalahan kekeliruan dalam hal pengadaan. Jadi daripada ambil beresiko lebih baik disalahkan tidak menggunakan.
9	Pertanyaan	:	Untuk komunikasi ke puskesmas instruksi-instruksi tentang kebijakan kapitasi JKN ini selain pertemuan apalagi?
	Jawaban	:	Kita datang ke puskesmas, di awal-awal tahun kita punya bimtek namanya. Jadi pada saat itulah kita sampaikan terkait kebijakan. Bentuk edaran ada tapi tidak terlalu, karena juga kita pikir kita sampaikan sekali mereka mudah mengingat.
10	Pertanyaan	:	Pertemuan bimtek ini puskesmas apakah semua ikut?
	Jawaban	:	Ada yang hanya pengelola dan pimpinan, ada yang kebetulan hadir disitu kita libatkan. Ada juga pada saat jadwal minilok kita hadir,, disitu yang paling bagus. Kalau di puskesmas Gunung Tabur dan Tanjung Redeb kita hanya 2 saja, pimpinan dan pengelola saja. Belum ke semua petugas, seharusnya semua tenaga yang ada itu mengetahui karena pada saat kesana mereka kan melayani karena pasien mereka kan banyak.
11	Pertanyaan	:	<b>Ketersediaan fasilitas untuk pengelolaan ?</b>
	Jawaban	:	Puskesmas yang sudah beroperasi lama, fasilitas itu tenaga mencukupi, Cuma yang menjadi masalah puskesmas yang pengembangan masih belum terpenuhi. Itu untuk induknya, tapi kalau pusat poskesdes mereka rata-rata belum tercukupi. Baik itu bangunannya, alatnya, tempat tidur pasiennya masih sangat minim. Itu permasalahan yang seolah-olah tidak terpecahkan. Tapi fasilitas di induk sudah bagus. Tapi ada kelemahan dari puskesmas induknya, seharusnya ini dia perhatikan semua, bukan berarti pusat poskesdes bukan bagian dari tanggung jawabnya.
12	Pertanyaan	:	<b>Sikap pelaksana, komitmen bendahara/pengelola keuangan.</b>
	Jawaban	:	Banyak juga yang sudah bagus, dia tidak terlepas dari peran seorang pimpinan untuk menggerakkan pengelolanya.
13	Pertanyaan	:	<b>Bagaimana SOP tentang dana kapitasi JKN</b>
	Jawaban	:	Kita tidak punya SOP, kita langsung berdasarkan dari Permenkes. Cuma sedikit yang saya uraikan dalam SK Alokasi Dana, bahwa disitu saya buat fleksible ada beberapa item dibawahnya termasuk di dalam SK pengelola JKN juga fungsi dan tugas sebagai pengelola ada diuraikan. Juknis secara khusus tidak ada. Berarti sudah ada kewenangan-kewenangan yang diberikan. Ada prosedur kerjax, bagaimana pengadaan BMHP, cara kerjax ada kita tuangkan disitu. SK alokasi dana dan SK penunjukan sebagai pengelola, itu sudah ada penjelasan-penjelasan.
14	Pertanyaan	:	<b>Adakah keluhan pemnfaatan untuk jaspel untuk scoringnya.</b>
	Jawaban	:	Kalau induk tidak ada keluhan, yang ada itu daerah pusat Karen mereka tidak tahu pasti aturan pembagiannya, mereka hanya menerima. Ada pemberitahuan, cuma mungkin mereka tidak memahami. Cuma dari sisi kehadiran, ada daftar hadir yang fiktif.

			Seharusnya absennya diketahui oleh kepala kampung, tetapi kepala kampung tidak memahami mengenai absensi yang di tanda tangani.
15	<b>Pertanyaan</b>	:	<b>Dengan system perpres 32, dana yang masuk di puskesmas kemudian digunakan oleh puskesmas dilaporkan dalam bentuk pertanggung jawaban dengan kepala dinas, disini tidak terkait dengan program. Bagaimana menurut bapak?</b>
	<b>Jawaban</b>	:	Berarti ada kelemahan dalam system ini, karena puskesmas tidak patuh karena merasa tidak ada keterkaitan dengan program dan hanya bertanggungjawab langsung ke kepala dinas.



**PEDOMAN STUDI DOKUMENTASI**

No.	Data Yang Dibutuhkan	Indikator	Keterangan		Deskripsi/Sumber
			Ada	Tidak	
1	Data Kondisi Kabupaten Berau	Geografi,	v		RPJMD Kab. Berau 2016-2021
2	Data Kondisi Kabupaten Berau	Demografi	v		Berau dalam Angka 2016
3	SK tentang Puskesmas		v		
4	Data Kondisi Puskesmas	Luas wilayah kerja, jumlah penduduk	v		Profil Puskesmas
5	Norma dan Besaran Kapitasi		v		Perjanjian kerja sama BPJS dan Dinas Kesehatan
6	Dana Kapitasi Puskesmas	Jumlah dana kapitasi per puskesmas	v		LKJIP Dinkes 2014-2016
7	Data Pemanfaatan dana kapitasi puskesmas	Persentase pemanfaatan dana per puskesmas	v		LKJIP Dinkes 2014-2016



			<p>berobat pertama kali data sudah tersimpan. Atau peserta mandiri yang mereka menunggak, akhirnya palayanannya di pending, mereka tahu dari data bahwa ada tunggakan. Begitu juga P-care yang ada di puskesmas, walaupun peserta tidak bawa kartu tapi sudah ada datanya. Tapi kenyataannya tidak seperti itu, kembali kepada tingkat kepatuhan, apakah mengindahkan peraturan atau tidak. Padahal P-care sangat memudahkan kerja, termasuk pengajuan klaimnya bisa disitu. Berarti P-care di puskesmas tidak berjalan karena di anggap tidak begitu penting.</p> <p>Kemudian ada 5 puskesmas yang bermasalah di P-care, kita sudah sampaikan ke BPJS tapi tidak ditanggapi dan tidak ada perbaikan. Bukan hanya itu, program JKN secara keseluruhan di anggap bukan program yang mempunyai greget, di anggap program asal-asalan. Padahal ke depannya semua penduduk itu harus punya jaminan, jadi banyak yang perlu dibenahi. Yang jelas masalah pendapatan kapitasi itu tadi bisa di cek di P-care. Contohnya yang integrasi 5000, satu puskesmas ada beberapa orang, itu mempengaruhi pendapatan mereka 6000. Dapat misalkan 200 satu wilayah saja dikalikan 6000. Tapi itu tidak bisa mereka ketahui, istilahnya mereka pasrah dengan keadaan. Kita juga yang ada di Dinas punya kelemahan-kelemahan, saya tidak begitu merespon banyak. Saya tahu permasalahan itu sebenarnya karena kita kembali ke atas, kita punya kelemahan di atas.</p>
			<p><b>Kapitasi itu kan berapa yang diterima puskesmas, kalau ada penambahan dia akan bertambah kapitasinya, tapi ini betul-betul ditentukan oleh BPJS, kita tidak tahu bahwa ini ada peserta bertambah atau berkurang.</b></p>
			<p>BPJS pasti memberikan data, cuma kalau saya lihat dari sisi waktu, contohnya orang yang daftar dan dia sudah bayar, belum tentu dia sudah masuk dalam system P-care. Jadi kita sudah keluar biaya, hak kita belum diberikan. P-care tidak bisa kita jadikan dasarnya tidak kuat tapi prediksi saya seperti itu. Mankanya itu kalau kita minta update data susah. Tidak bisa kita ketahui secara akurat penambahan dan berkurangnya peserta karena fungsinya P-care belum maksimal dan BPJS tidak ada pemberitahuan, pemahaman puskesmas juga lambat. Contohnya kita minta jumlah peserta yang sakit, banyak yang tidak dilaporkan. Pustu-pustu itu banyak pasiennya tapi tidak dia laporkan full 100%.</p>
3	Pertanyaan	:	<b>Bagaimana pelaksanaan pembayaran dana kapitasi JKN dari BPJS ?</b>
	Jawaban	:	<p>Itu langsung masuk ke rekening puskesmas (on time) tanggal 10 di bulan berikutnya, pembayaran lancar. Masalah realisasinya seharusnya tiap bulan mereka laksanakan kalau dalam aturannya, tapi karena mereka ini semacam secara berkala. Jaspel misalkan per 6 bulan, sementara pada saat audit-audit BPKP kemaren dipertanyakan kenapa tidak di realisasikan, kenapa sampai terjadi silpa. Mereka sudah tahu dan kita sudah sampaikan tapi mereka tidak patuh.</p>

			<p>untuk itu. Begitu juga di Provinsi kemaren berharap supaya ada regulasi dari provinsi yang berlaku untuk semua kabupaten/kota di Kaltim tentang hal itu, cuma di Provinsi juga tidak buat itu. Tapi sebenarnya dengan aturan yang ada tentang pemanfaatan itu sudah cukup untuk mereka pedomani. Jadi intinya, sedikit ada kesimpangsiuran dalam hal ini antara pengadaan obat-obatan yang menggunakan aturan kefarmasian dengan aturan yang ada di pemanfaatan dana kapitasi sedikit perbedaan itu menjadi alasan bagi mereka. Agak fleksibel kalau di kapitasi aturannya. Kalau saya melihat itu hanya sebagai dijadikan alasan saja untuk mereka tidak merealisasikan.</p> <p>Kuncinya itu disitu, kembali kepada tampuk pimpinan di puskesmas itu yang bertanggung terhadap semua kegiatan pelaksanaan program yang ada di puskesmas.</p>
	<b>Probing</b>		<p><b>Apakah dengan kondisi seperti ini tidak ada teguran atau penalty dari Dinas untuk pengawasan?</b></p>
			<p>Artinya bahwa saya sebagai Kepala Seksi tidak punya kewenangan itu, saya hanya menyampaikan. Jadi mulai dari Kepala Bidang sampai dengan Kepala Dinas tidak ada. Fungsi pengawasan monitoring ada, dari fungsi itulah kita memperoleh informasi, data, semacam hasil analisa, Cuma disitu tidak ada tindak lanjut.</p> <p>Jadi fungsi pengawasan di dalam program JKN ini bukan masalah pelayanan langsungnya artinya melayani orang sakit termasuk juga sarana prasarana, kesediaan tenaga, itu bagian pengawasan kami. Nah itu kita sampaikan, jadi setiap puskesmas itu punya masalah. Ada yang bermasalah dengan pemanfaatan dana kapitasi, ketersediaan sarana prasarana, masalah kedisiplinan petugas, jadi puskesmas itu boleh dikatakan 50% yang ada di Berau itu punya masalah termasuk sampai dengan yang ada di pustu poskesdes.</p> <p>Kurangnya komunikasi. Artinya itu tidak menjadi perhatian khusus tentang program JKN itu, tidak di seriusi.</p>
			<p><b>Pelaporan hasilnya seperti apa?</b></p>
			<p>Hampir semua puskesmas punya kelemahan, tapi ada juga yang aktif buat laporan tapi tidak lengkap, contohnya saja laporan pelayanan, rawat jalan, rawat inap, rujukan, tapi disitu ada kolom tentang peserta setiap bulan kita harus tahu peserta yang bertambah atau berkurang, karena fungsi primary care nya disitu ada 8 fungsi salah satunya adalah untuk mengetahui peserta, itu yang sering kosong, padahal itu untuk salah satunya disamping kita tahu jumlah peserta dan wilayah kerjanya, kita juga mengetahui tentang kapitasi itu benar kah sudah dibayar BPJS, termasuk yang integrasi. Memang lintas sektornya yang agak berat.</p>
2	Pertanyaan	:	Bagaimana P-care nya terkait dengan data peserta BPJS?
	Jawaban	:	Contohnya saja di dokter keluarga, mereka punya data,



## KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

## UNIVERSITAS TERBUKA

Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT) Samarinda

Jl. H.A.M.M. Rifadin, Samarinda Sebrang 75131

Telepon: 0541-7269108, Faksimile: 0541-7269109

E-mail: samarinda@ut.ac.id

Nomor : 022/UN31.46/LL/2017 Samarinda, 09 Januari 2017  
 Lampiran : -  
 Hal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data Penelitian  
 Yth : Kepala Puskesmas Tanjung Redeb dan Puskesmas Gunung Tabur

Sehubungan dengan rencana kegiatan persiapan penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) mahasiswa Program Magister Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik (MAP) UPBJJ-UT Samarinda Pokjar Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur, kami sampaikan bahwa mahasiswa atas nama:

Nama : SUHARTINI  
 NIM : 500895066  
 Judul : Implementasi Kebijakan Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah Di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau  
 Pembimbing : 1. Dr. Meita Istianda, S.IP., M.Si.  
 2. Dr. Tuswoyo, M.Si

Bermaksud akan melakukan survey atau pengumpulan data penelitian sesuai dengan judul TAPM tersebut.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon bantuan dan perkenannya dari Kepala Puskesmas Tanjung Redeb dan Puskesmas Gunung Tabur kiranya untuk dapat mengizinkan mahasiswa tersebut mengadakan pengumpulan data.

Demikian permohonan ini kami sampaikan kiranya untuk dapat diproses lebih lanjut. Atas perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Kepala  
 UPBJJ-UT Samarinda

Dr. Meita Istianda, S.IP, M.Si  
 NIP. 19670519 198701 2 001



Tembusan:

1. Pembantu Rektor I dan III
2. Direktur PPs
3. Dosen Pembimbing
4. Mahasiswa Ybs



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS TANJUNG REDEB**  
 Jl. Rambatan No. 377 No.377 Telp 21013 Tanjung Redeb  
 Email : pkmtanjungredeb@gmail.com

Tanjung Redeb, 27 Februari 2017

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : TGR / 102 / IV / 2017

Yang bertandatangan di bawah ini Kepala Puskesmas Tanjung Redeb Kabupaten Berau, menerangkan dengan bahwa :

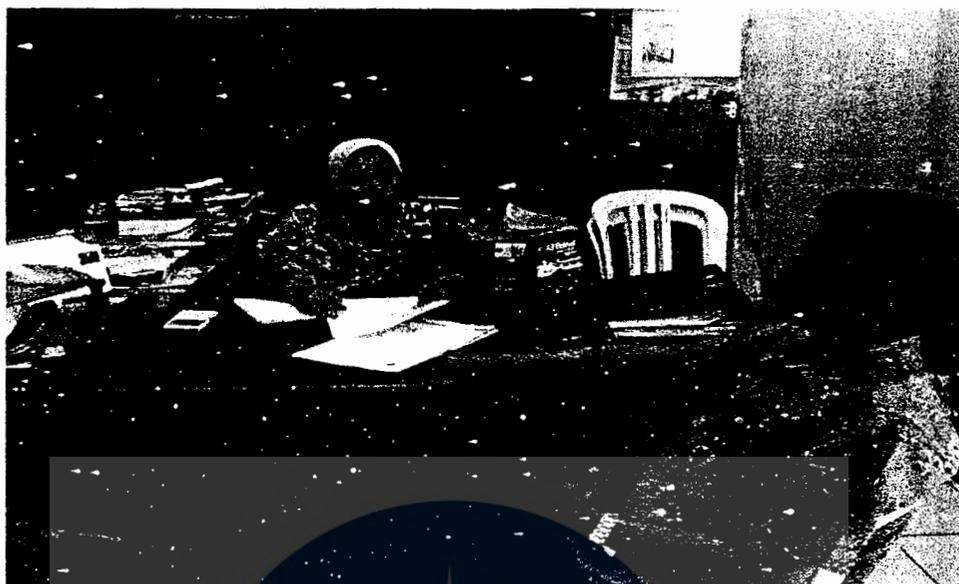
Nama : Suhartini  
 NIM : 500895066  
 Program Studi : Magister Ilmu Administrasi  
 Bidang Minat : Administrasi Publik  
 Judul Penelitian : Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Miliki Pemerintah Daerah di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Berau

Benar-benar telah mengadakan penelitian/pengumpulan data berdasarkan Surat Kepala UPBJJ UT Samarinda No. 22/UN31.46/LL/2017 tanggal 09 Januari 2017 Hal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data Penelitian mulai tanggal 10 Januari – 27 Februari 2017.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

  
 Kepala Puskesmas  
 H. KASRAN  
 Rahata Tk. I, III/d  
 NIP. 196704051988011001

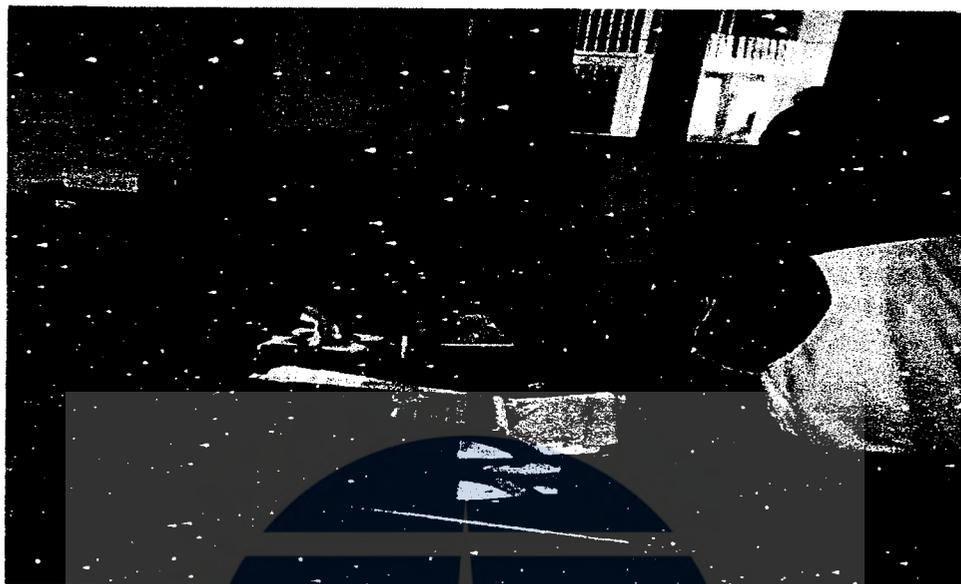
DOKUMENTASI PENELITIAN



Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Berau



Wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan



Wawancara dengan Kepala Puskesmas Tanjung Redeb



Wawancara dengan Koordinator Bidan Puskesmas Tanjung Redeb



Wawancara dengan Peserta BPJS



Wawancara dengan Bidan di Pustu Bedungun di Tanjung Redeb



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 32 TAHUN 2014

TENTANG

PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN  
TINGKAT PERTAMA MILIK PEMERINTAH DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, diperlukan dukungan dana untuk operasional pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan;
  - b. bahwa dalam rangka tertib administrasi pengelolaan keuangan daerah terkait dengan pembayaran dana kapitasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah sebagaimana diatur dalam Pasal 39 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, perlu diatur pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah;

c. bahwa ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Presiden tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;

- Mengingat :
1. Pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
  5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  6. Undang-Undang ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

6. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
11. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
12. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);

MEMUTUSKAN: ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN PRESIDEN TENTANG PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA MILIK PEMERINTAH DAERAH.

## BAB I

### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Presiden ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
2. Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
3. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
4. Badan ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
5. Pengelolaan Dana Kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.
6. 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.
7. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran/pengguna barang.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah SKPD atau unit kerja pada SKPD di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
9. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah kepala satuan kerja pengelola keuangan daerah yang selanjutnya disebut dengan kepala SKPKD yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.
10. Bendahara Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BUD adalah Pejabat yang diberi tugas untuk melaksanakan fungsi Bendahara Umum Daerah.
11. Rencana ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

11. Rencana Kerja dan Anggaran SKPD yang selanjutnya disingkat RKA-SKPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan dan rencana belanja program dan kegiatan. SKPD sebagai dasar penyusunan APBD.
12. Dokumen Pelaksanaan Anggaran SKPD yang selanjutnya disingkat DPA-SKPD adalah dokumen yang memuat pendapatan dan belanja yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh pengguna anggaran.
13. Pejabat Penatausahaan Keuangan SKPD yang selanjutnya disingkat PPK-SKPD adalah pejabat yang melaksanakan fungsi tata usaha keuangan pada SKPD.
14. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP adalah pegawai negeri sipil yang ditunjuk untuk menjalankan fungsi menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertanggungjawabkan dana kapitasi.
15. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## Pasal 2

Peraturan Presiden ini mengatur mengenai Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemerintah Daerah yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

## BAB II PENGELOLAAN DANA KAPITASI JKN

### Bagian Kesatu

#### Umum

##### Pasal 3

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana kapitasi kepada FKTP milik Pemerintah Daerah.
- (2) Pembayaran Dana Kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai data dari BPJS Kesehatan.
- (3) Dana Kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP.

### Bagian Kedua

#### Penganggaran

##### Pasal 4

- (1) Kepala FKTP menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan.
- (2) Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Rencana ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

- (3) Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dianggarkan dalam RKA-SKPD Dinas Kesehatan.
- (4) Tata cara dan format penyusunan RKA-SKPD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

### Bagian Ketiga

### Pelaksanaan dan Penatausahaan

#### Pasal 5

- (1) Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun DPA-SKPD berdasarkan peraturan daerah tentang APBD tahun anggaran berkenaan dan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD tahun anggaran berkenaan.
- (2) Tata cara dan format penyusunan DPA-SKPD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

#### Pasal 6

- (1) Kepala Daerah menetapkan Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP atas usul Kepala SKPD Dinas Kesehatan melalui PPKD.

(2) Bendahara ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

- (2) Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membuka Rekening Dana Kapitasi JKN.
- (3) Rekening Dana Kapitasi JKN pada setiap FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- (4) Rekening Dana Kapitasi JKN pada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bagian dari Rekening BUD.
- (5) Rekening dana kapitasi JKN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan oleh Kepala FKTP kepada BPJS Kesehatan.

#### Pasal 7

- (1) Pembayaran dana kapitasi dari BPJS Kesehatan dilakukan melalui Rekening Dana Kapitasi JKN pada FKTP dan diakui sebagai pendapatan.
- (2) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP.
- (3) Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.

#### Pasal 8

- (1) Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP mencatat dan menyampaikan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada Kepala FKTP.

(2) Kepala ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

- (2) Kepala FKTP menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab.
- (3) Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) FKTP kepada PPKD.
- (4) SP3B FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) termasuk sisa dana kapitasi yang belum digunakan pada tahun anggaran berkenaan.

#### Pasal 9

- (1) Berdasarkan SP3B FKTP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3), PPKD selaku BUD menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP.
- (2) PPK-SKPD dan PPKD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja FKTP berdasarkan SP2B.

Bagian Keempat  
Pertanggungjawaban

#### Pasal 10

- (1) Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN.

(2) Pendapatan ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

- (2) Pendapatan dan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disajikan dalam Laporan Keuangan SKPD dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah.
- (3) Tata cara dan format penyusunan Laporan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

Bagian Kelima

Pengawasan

Pasal 11

- (1) Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP.
- (2) Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Pengawasan secara berjenjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan fungsional oleh Aparat Pengawasan Intern Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 12 -

BAB III  
PEMANFAATAN DANA

Pasal 12

- (1) Dana kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.
- (2) Jasa pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.
- (3) Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.
- (4) Jasa pelayanan kesehatan di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penggunaan jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB IV ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 13 -

#### BAB IV KETENTUAN PERALIHAN

##### Pasal 13

- (1) Dalam hal pendapatan dan belanja dana kapitasi belum dianggarkan dalam peraturan daerah tentang APBD Tahun Anggaran 2014, Pemerintah Daerah melakukan perubahan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD Tahun Anggaran 2014 dan diberitahukan kepada DPRD paling lambat 1 (satu) bulan setelah dilakukan perubahan.
- (2) Perubahan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD Tahun Anggaran 2014 sebagaimana dimaksud pada ayat (1), selanjutnya ditampung dalam peraturan daerah tentang perubahan APBD Tahun Anggaran 2014.
- (3) Dalam hal pemerintah daerah tidak melakukan perubahan atas peraturan daerah tentang APBD Tahun Anggaran 2014, pendapatan dan belanja dana kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditampung dalam laporan realisasi anggaran Tahun Anggaran 2014.

#### BAB V KETENTUAN PENUTUP

##### Pasal 14

Peraturan Presiden ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar ...



PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

- 14 -

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Presiden ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 21 April 2014  
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

DR. H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 21 April 2014  
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

AMIR SYAMSUDIN

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 81

Salinan sesuai dengan aslinya  
SEKRETARAT KABINET RI  
Deputi Bidang Keselahteraan Rakyat,



Siswanto Roesyidi



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat: Jln. Mawar No 3 Telp (0554) 21053 Fax (0554) 22676

Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>

TanjungRedeb 77312

**KEPUTUSAN  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
Nomor : ..... Tahun 2016**

**TENTANG  
PEDOMAN PENYUSUNAN RENCANA BELANJA  
DANA KAPITASI JKN PADA FKTP/PUSKESMAS  
DI KABUPATEN BERAU**

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BERAU

- Menimbang
- a bahwa untuk pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan cakupan besar, terutama tentang penjaminan dana kapitasi sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2016, yang secara teknis diperlukan pengaturan lebih lanjut oleh Kepala SKPD selaku penanggung jawab, dengan mempertimbangkan kemajuan pembiayaan kesehatan yang sudah ada
  - b Bahwa untuk tujuan mencegah terjadinya tumpang tindih pembiayaan terhadap program ataupun kegiatan-kegiatan operasional di puskesmas, dalam hal ini antara penggunaan dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional dan pembiayaan operasional pelayanan kesehatan lainnya, dengan sumber pembiayaan lainnya di puskesmas.
  - c Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada poin "a" dan "b" keputusan ini, maka dianggap perlu menyusun Pedoman Penyusunan Rencana Belanja Dana Kapitasi JKN Pada FKTP/Puskesmas di Kabupaten Berau
- Mengingat
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063),
  4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679)



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jln. Mawar No 3 Telp (0554) 21053 Fax. (0554) 22876

Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>

TanjungRedeb 77312

- 5 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
- 6 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
- 8 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
- 9 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
- 10 Peraturan Menteri Kesehatan 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 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 761);
- 11 Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri Nomor 900/22800/SJ hal Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN TENTANG  
PEDOMAN PENYUSUNAN RENCANA BELANJA DANA  
KAPITASI JKN PADA FKTP/PUSKESMAS DI  
KABUPATEN BERAU**

PERTAMA

Pedoman Penyusunan Rencana Belanja Dana Kapitasi JKN pada FKTP / Puskesmas di Kabupaten Berau sebagaimana tercantum pada lampiran Keputusan ini

KEDUA

Pedoman Penyusunan Rencana Belanja Dana Kapitasi JKN pada FKTP / Puskesmas di Kabupaten Berau sebagaimana dimaksud Diktum pertama keputusan ini dimaksudkan sebagai acuan FKTP/Puskesmas agar dalam Penyusunan Rencana Belanja Dana Kapitasi JKN dapat dilakukan secara transparan, akuntabel, efektif, efisien dan tidak dobel pembiayaan demi terselenggaranya Pelayanan kesehatan secara komprehensif



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jln. Mawar No 3 Telp. (0554) 21053 Fax. (0554) 22676

Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>

TanjungRedeb 77312

KEEMPAT

Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan dan tidak terikat tahun anggaran dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya, maka akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Tanjung Redeb

Pada tanggal : 21 Juni 2016

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Berau.

**Drg. Totoh Hermanto, M.Kes**

Pembina Utama Muda, IV/c

Nip. 19630513 199603 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth

1. Bupati Berau di Tanjung Redeb
2. Kepala Bappeda Kab Berau di Tg Redeb
3. Kepala BPKAD Kab. Berau di Tg. Redeb
4. Kepala Bagian pembangunan Setda Berau di Tg. Redeb
5. Kepala Inspektorat Wilayah Kab. Berau di Tg. Redeb
6. Kepala Puskesmas se Kabupaten Berau di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jln. Mawar No. 3 Telp. (0554) 21053 Fax. (0554) 22676  
Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>  
TanjungRedeb 77312

Lampiran :

**KEPUTUSAN  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
Nomor : 38 Tahun 2016  
TENTANG  
PEDOMAN PENYUSUNAN RENCANA BELANJA  
DANA KAPITASI JKN PADA FKTP/PUSKESMAS  
DI KABUPATEN BERAU**

Ketentuan Umum Penyusunan Anggaran Belanja dana Kapitasi JKN adalah :

1. Kepala FKTP Menyusun rencana Pendapatan dan Belanja dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ) . Namun untuk Rencana Pendapatan Dana Kapitasi Tahun 2017 telah disusun Dinas Kesehatan berdasarkan Jumlah Peserta JKN masing-masing FKTP pada bulan Mei 2016 dan besaran dana kapitasi per peserta
2. Rencana Pendapatan 1A 2017 tersebut menjadi dasar dalam penyusunan rencana Belanja Dimana antara rencana belanja sama dengan rencana pendapatan ( Jika Pendapatan 100 jt maka belanja juga 100 jt tidak boleh lebih atau kurang )
3. Pemanfaatan Dana Kapitasi untuk tahun 2017 , untuk Jasa Pelayanan 65% , untuk Pengadaan Obat, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai 5% serta untuk Operasional lainnya 30%
4. Penyusunan Rencana Belanja Dana Kapitasi JKN di FKTP sesuai Peraturan Menteri Kesehatan 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.
5. Rencana Belanja dianggarkan dalam belanja Langsung dengan Rekening belanja dan Jasa 5.2.2.25.01 Belanja yang bersumber dari Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk rincian belanja barang dan Jasa yang tidak termasuk kategori Modal sedangkan Belanja Barang dan Jasa yang masuk dalam kategori Modal dirincikan sesuai kode rekening belanja ( misalnya pengadaan Komputer. Rekening 5.2.3.29.03 Belanja modal



**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jln. Mawar No. 3 Telp. (0554) 21053 Fax. (0554) 22676

Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>

TanjungRexdeb 77312

komputer dan mesin-pengadaan personal komputer ) dan seterusnya.  
Daftar Rekening Belanja Terlampir.

Definisi Belanja Barang dan Jasa serta Belanja Modal berdasarkan pada Peraturan Bupati Berau Nomor 50 Tahun 2015 Tentang Kebijakan Akuntansi Pemerintah Kabupaten Berau Berbasis AkruaI terlampir antara lain yaitu :

➤ Belanja Barang dan Jasa adalah pengeluaran untuk pengadaan barang dan jasa yang nilai manfaatnya kurang dari 12 (dua belas) bulan dalam melaksanakan program dan kegiatan pemerintah daerah

➤ Belanja Modal adalah pengeluaran anggaran untuk perolehan aset tetap berwujud dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi

Suatu pengeluaran belanja aset berwujud akan diperlakukan sebagai belanja modal ( dikapitalisasi menjadi aset tetap jika memenuhi seluruh kriteria sebagai berikut :

1. Manfaat ekonomis barang yang dibeli lebih dari 12 bulan
2. Perolehan barang tersebut dimanfaatkan untuk pelayanan pemerintah daerah serta tidak untuk dijual.
3. Nilai rupiah pengeluaran untuk pembelian per-unit aset/barang tersebut sama atau melebihi nilai satuan minimum kapitalisasi aset tetap yang telah ditetapkan.

Nilai satuan minimum kapitalisasi perolehan aset tetap yang dimaksud tersebut adalah sebagai berikut :

- (a) Peralatan dan mesin sebesar Rp500.000,00 ke atas
  - (b) Bangunan gedung Rp10.000.000,00 keatas
  - (c) Konstruksi jalan/jaringan sebesar Rp20.000.000,00 ke atas.
6. Kegiatan yang sesuai dengan kompetensi petugas di kampung maka harus dilaksanakan oleh petugas di kampung dibawah bimbingan Pemegang Program puskesmas.



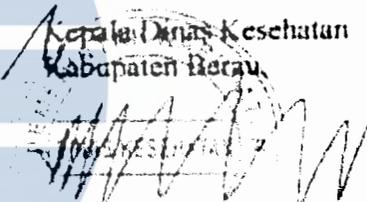
**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

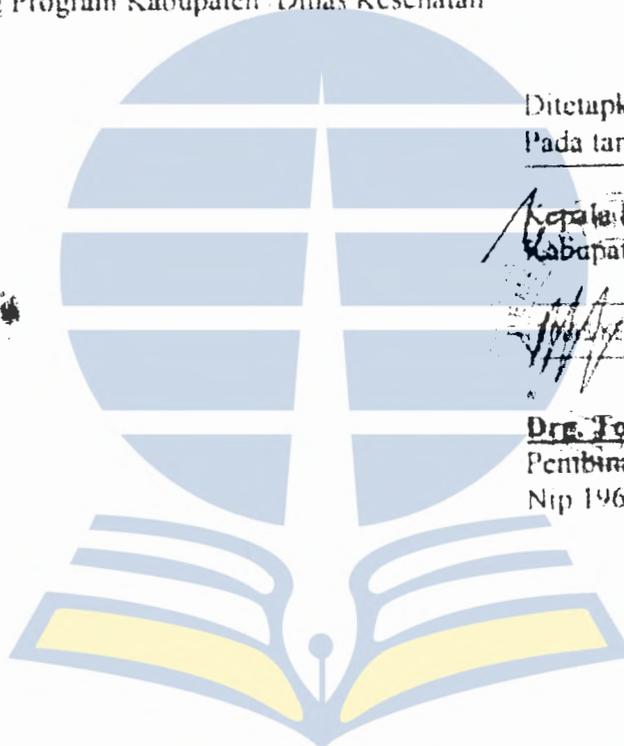
Alamat: Jln Mawar No 3 Telp. (0554) 21053 Fax. (0554) 22676  
Website: <http://dinkes.beraukab.go.id>  
TanjungRedeb 77312

2. Belanja Modal Pengadaan sarana dan Prasarana yang berkaitan langsung dengan Pelayanan Kesehatan, sesuai dengan kebutuhan yang mendesak pada saat itu
  
8. Dalam Penyusunan Rencana anggaran Belanja harus berkoordinasi dengan Pemegang Program Kabupaten Dinas Kesehatan

Ditetapkan di Tanjung Redeb  
Pada tanggal : 21 Juni 2016

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Berau

  
**Dr. Totah Hermanto, M.Kes**  
Pembina Utama Muda, IV/c  
Nip 19630513 199603 1 001





**PEMERINTAH KABUPATEN BERAU  
DINAS KESEHATAN**

Alamat: Jln. Mawar No. 3 Telp. (0554) 21053 Fax (0554) 22676  
Website: <http://dinkes.beraukab.go.id>  
TanjungRedeb 77312

7. Biaya Transport lokal di kampung bersangkutan sesuai dengan ketentuan yang ada misalnya fuskas yang sudah disediakan sarana Transportasi maka yang dianggarkan adalah BBM dan uang harian ( uang makan + uang Saku ) 40.000 ribu/hari . Jika belum ada kendaraan dinas maka biaya PD uang harian ( termasuk Transport lokal sebesar Rp. 65.000 ). Demikian juga halnya dengan Perjalanan Dinas oleh petugas puskesmas induk di Wilayah Kampung dimana Puskesmas induk berada
8. Perjalanan Dinas dari induk dengan Tujuan Kampung lainnya dalam wilayah kerja puskesmas dengan uang harian
  - a) Pelaksanaan Kegiatan Bermalam = Rp. 200.000,-
  - b) Pelaksanaan Kegiatan di Kampung Teluk Sumbang, Balikukup, Tabalar Muara, Pulau Saketa, Long Lanuk, long Pay, panaan, Muara Lesan, Long Duhung, long Suluy, Pegat Betumbuk, teluk Alulu dll Rp. 150.000,-
  - c) Pelaksanaan kegiatan dikampung/kelurahan lainnya yang tidak masuk kategori 1 dan 2 =Rp. 100.000,-
9. Perjalanan Dinas dengan menggunakan Kendaraan Dinas tidak dibayarkan transport namun dianggarkan BBM.
10. Perjalanan Dinas dari tempat tugas ke Tujuan/ kampung lainnya memerlukan biaya transport maka dianggarkan biaya transport riil. Sehingga Komponen perjalanan Dinas adalah Uang Harian + Transport Riil
11. Dalam Rangka sinkronisasi pelaksanaan kegiatan dan untuk menghindari double pembiayaan maka ditetapkan
  - A. Penggunaan Dana Kapitasi Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan dari JKN
    1. Kriteria  
Kriteria Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan yang bisa dibeli dengan menggunakan dana kapitasi JKN adalah Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan seperti ( tensimeter, stetoskop, timbangan dewasa, timbangan anak dll) yang tidak tersedia di Instalasi Farmasi Kabupaten



## PEMERINTAH KABUPATEN BERAU DINAS KESEHATAN

Alamat : Jln. Mawar No 3 Telp. (0554) 21053 Fax. (0554) 22676

Website : <http://dinkes.beraukab.go.id>

TanjungRcedeb 77312

### 2. Jenis

Jenis Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan yang bisa dibeli dengan menggunakan dana kapitasi JKN adalah :

- Obat, merujuk dalam Formularium Nasional untuk PPK 1, bila diperlukan selain obat yang tercantum dalam Formularium Nasional, harus ada justifikasi tentang jumlah kasus yang ditangani dan ada persetujuan dan Kepala Dinas untuk pembelian selain obat yang tercantum dalam Formularium Nasional
- BMHP yang diperlukan oleh Puskesmas
- Reagen yang diperlukan oleh Puskesmas disesuaikan dengan alat laboratorium yang ada di Puskesmas dan ketersediaan Tenaga yang kompeten.
- Alat Kesehatan, merujuk pada Kompendium Alat Kesehatan dan atau sesuai dengan Permenkes 75 tahun 2014 tentang Puskesmas dimana terdapat standar peralatan kesehatan untuk puskesmas

### 3. Jumlah

Jumlah Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan yang bisa dibeli dengan menggunakan dana kapitasi JKN dalam jumlah terbatas, hanya untuk memenuhi persediaan selama Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan tersebut belum tersedia di Instalasi Farmasi Kabupaten

### 4. Mekanisme Verifikasi

- a. Puskesmas menyampaikan anprahan Obat, BMHP, melalui LPLPO sedangkan untuk Reagen dan Alat Kesehatan anprahan ke Dinas Kesehatan
- b. Bila item Obat, BMHP, Reagen, Alat Kesehatan tersebut tidak bisa di supply oleh IFK atau Dinas Kesehatan karena kehabisan stok atau belum ada penganggarnya maka IFK atau Dinas Kesehatan (khusus reagen dan alat kesehatan) akan memberikan

[Click here to enable desktop notifications for Gmail.](#) [Learn more](#) [Hide](#)

Gmail

More

Penyampaian TAPM dan KARIL setelah USID Inbox x

Inbox (2)

Starred

Sent Mail

Drafts (11)

Junk E-mail

More

**S** Suhartini +

**Suhartini Skm**

Kepada Yth. Bapak Dr. Tuswoyo, M.Si di Tempat Ass.Wr.Wb, Selamat Sore bapak, ...

Jur

**Tuswoyo Admojo** <tuswoyoadmojo@yahoo.co.id>  
to me

Jun 3

Indonesian English Translate message

Turn off for: Indonesi

Mbak sudah saya lihat dan tanda tangan

2 Attachments

**W** PERBAIKAN TAPM  
SETELAH USID  
KAMIS.doc  
2.1 MB



No recent chats  
Start a new one

**Suhartini Skm** <sunramberau2@gmail.com>  
to Suhartini

Jun 13

Gmail

More

15

Fwd: Penyampaian TAPM dan KARIL setelah USID Inbox x

Inbox (4)

Starred

Sent Mail

Drafts (105)

Unwanted

More

 Suhartini

+

No recent chats  
Start a new one

**Suhartini SKM**

----- Forwarded message ----- From: Tuswoyo Admojo &lt;tuswoyoadmojo@y...&gt;

**Muchlis Hamdi**

to me

Indonesian

English

Translate message

Turn off for: Indonesi

Ass w w Bu Suhartini saya sudah baca, dan OK dengan catatan sbb:

1. Kesimpulan diringkas dan dibuat dua nomor (sesuai dengan masalah penelitian)

2. Perbaiki lagi pembuatan kutipan. Untuk kutipan yang kurang dari lima baris. maka kutipan tsb dimasukkan dalam uraian, dan diberi tanda petik pembuka dan penutup. Untuk kutipan yang lima baris atas, maka kutipan tersebut dipisah dari uraian dan diketik satu spasi serta tanpa tanda petik pembuka dan penutup.

2. Sumber kutipan sebaiknya ditulis lengkap, yakni: Nama Pengarang (tahun terbitan buku, nomor halaman).

Tks.

**Suhartini SKM** <suhartini.miss@gmail.com>

to Muchlis

Jun 15