

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Data Penelitian

Penelitian ini dilakukan terhadap Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao. Dari hasil penelitian, data yang didapatkan berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas dan Bendahara Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pemanfaatan anggaran Kesehatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao. Analisis pemanfaatan Anggaran Kesehatan Dana Kapitasi JKN dalam penelitian ini adalah hasil temuan pendataan di lapangan yang berkaitan dengan Pemanfaatan Dana Kapitasi. Beberapa dokumen terkait diperlukan oleh penulis dalam menganalisis pemanfaatan anggaran kesehatan Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao yaitu Jumlah Penduduk, Jumlah Peserta JKN dan Laporan Keuangan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Maria Yoniati Emerensiana, Amd.F diperoleh informasi bahwa dana kapitasi yang masuk di Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta BPJS. Dana APBN/BPJS ditransfer langsung ke rekening khusus bendahara Dana Kapitasi di FKTP. Dana kapitasi JKN dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga

kesehatn dan tenaga non kesehatan. Dukungan biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN. Sisanya, dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Sedangkan dana Non Kapitasi diperoleh berdasarkan klaim pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang meliputi. Pelayanan ambulan, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio, rawat inap tingkat pertama, pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, pelayanan KB berupa MOP/ vasektomi, kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat, pelayanan daerah di FKTP, dan pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengn BPJS Kesehatan.

Tabel 5.1
Jumlah Peserta JKN Dan Non Peserta JKN
Pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao Tahun
2017-2018

TAHUN	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH PESERTA	PESERTA MANDIRI	JUMLAH NON PESERTA
2017	TARUS	29.619	9.887	3.879	15.853
2018	TARUS	31.493	11.337	4.015	16.141
2017	OESAO	49.348	19.594	4.798	24.956
2018	OESAO	50.318	21.840	5.249	23.229
TOTAL		160.778	62.658	17.941	80.179

Sumber: Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao(Wawancara 26 Agustus 2019)

Berdasarkan data pada tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa tahun 2017-2018 terdapat 62.658 peserta JKN, 17.941 peserta JKN Mandiri dan 80.179 peserta yang belum memiliki kartu. Hal ini berdampak pada alokasi dana dan realisasi dana JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dimana kebutuhan pelayanan yang diinginkan oleh masyarakat belum semuanya terpenuhi. Masyarakat yang tidak memiliki kartu JKN, ketika mendatangi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) akan dilayani dengan menggunakan dana dari masyarakat yang memiliki kartu JKN, sehingga dana JKN tersebut dimanfaatkan untuk seluruh masyarakat (160.778 jiwa).

Padahal total peserta JKN hanya 80.599 peserta. Selain dari itu, dampak tersebut juga mengakibatkan kurangnya ketersediaan obat di puskesmas yang hanya 75% dari total 100% ketersediaan obat. Adanya kelompok masyarakat yang belum memiliki kartu dan tidak aktifan dalam peserta JKN karena tidak membayar iuran secara teratur menyebabkan tingginya biaya operasional yang harus dikeluarkan oleh puskesmas.

Tabel 5.2
Perhitungan Dana JKN yang Masuk Ke Puskesmas
dibandingkan dengan Jumlah Penduduk yang dilayani
Pada Puskesmas Tarus dan Oesao tahun 2017-2018

TAHUN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	TARIF PELAYANAN / PENDUDUK (Rp)	TOTAL ANGGARAN (Rp)
2017	TARUS	49.348	6.000,-	3.553.056.000,-
2018	TARUS	50.318	6.000,-	3.622.896.000,-
2017	OESAO	26.619	5.000,-	1.597.140.000,-
2018	OESAO	31.493	5.000,-	1.889.580.000,-

Berdasarkan tabel 5.2 tentang Perhitungan Dana JKN yang masuk ke Puskesmas dibandingkan dengan jumlah penduduk yang dilayani bahwa Jika dana tersebut diluncurkan ke puskesmas sesuai perhitungan diatas, maka puskesmas tidak mengalami kendala dalam pelayanan seperti kekurangan obat, bahan habis pakai dan masyarakat dapat terjamin pelayanan kesehatannya. Perhitungan di atas berdasarkan jumlah SDM puskesmas jika memiliki dokter. Perhitungan untuk Oesao adalah Rp. 5.000,- karena memiliki 1 dokter umum dan 1 dokter gigi sedangkan Puskesmas Tarus memiliki 2 dokter umum dan 2 dokter gigi.

Setiap anggota peserta JKN di puskesmas tidak ada klasifikasi kelas semuanya disamaratakan pelayanannya untuk puskesmas kalau ada dokter pelayanannya per orang dihitung satu kali pelayanan Rp 6.000 sedangkan untuk yang tenaga paramedik seperti perawat atau Bidan dihitung Rp 3.000 setiap kali satu pelayanan (sesuai tabel pada 2.1). Jadi klaim dana JKN itu berdasarkan jumlah peserta JKN di kali pelayanan dokter. Kalau untuk perkelas itu di rumah sakit, karena setiap pasien rawat inap rumah sakit di klaim per kelas, sedangkan di puskesmas di samaratakan pelayanannya tidak ada pembagian per kelas karena di puskesmas itu tidak ada rawat inap yang ada klinik bersalin dan UGD 24 jam saja dan UGD tidak dihitung rawat inap.

Tarif tersebut diatas ditentukan berdasarkan seleksi dan kresensial oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan. Besaran tarif kapitasi yang ditetapkan oleh FKTP

Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan yang setara adalah Rp. 3.000,- sampai dengan Rp. 6.000,-.

Besaran dana kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas didapatkan dari jumlah peserta dikalikan dengan norma kapitasi per bulan di puskesmas. Terkait kepesertaan, data kepesertaan masih banyak yang belum valid sehingga harus dilakukan verifikasi kembali oleh Dinas Sosial dengan data dasar dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Masalah lainnya yaitu jumlah peserta yang sangat tidak merata antar FKTP Puskesmas dan jumlah sebaran dokter tidak merata.

Perhitungan dana JKN yang masuk ke puskesmas dibandingkan dengan jumlah penduduk yang dilayani pada puskesmas oesao memiliki satu dokter dengan total anggaran yang di terima pada tahun 2017 sebesar Rp 1.597.140.000, pada tahun 2018 total anggaran yang di terima sebesar Rp 1.88.580.000. sedangkan pada puskesmas Tarus tahun 2017 total anggaran yang diterima sebesar Rp 3.553.056.00, tahun 2018 total anggaran yang di terima sebesar Rp 3.622.896.000. Tetapi dana kapitasi yang di terima oleh puskesmas pada tabel 5.3 perbandingan dana tersebut lebih kecil dari pada penerimaan anggaran yang diterima saat melayani dengan jumlah penduduk yang ada pada puskesmas oesao dan puskesmas tarus.

Jika dibandingkan antara tabel 5.2 dan 5.3, ternyata ada laporan atau kesengajaan penerimaan dana JKN yang didapat oleh puskesmas oesao dan Puskesmas Tarus sebesar 44,3%. Kesengajaan ini karena lemahnya perencanaan anggaran dan kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas pada tahap awal

perencanaan. Puskesmas telah melakukan proses perencanaan melalui analisis kebutuhan yang mengacu pada Permenkes 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas.

Namun belum semua melakukan dengan pedoman ini. Dalam penganggaran jasa pelayanan, besaran jasa pelayanan yang diterima terjadi antara Puskesmas di sebabkan untuk penentuan point daerah dalam menentukan jasa pelayanan terkendala oleh perbedaan persepsi antara Puskesmas. Prinsip efisiensi dalam penggunaan dana kapitasi sangat penting agar dengan dana yang tersedia, Puskesmas mampu memenuhi kualitas dan kuantitas yang maksimal dalam memenuhi kebutuhannya.

Tabel 5.3
Distribusi Dana JKN dan Realisasi Pemanfaatannya
Tahun Anggaran 2017-2018 (Rupiah)

TAHUN	NAMA PUSKESMAS	DANA ALOKASI (Rp)		REALISASI (Rp)	
		KAPITASI	NON KAPITASI	KAPITASI	NON KAPITASI
2017	TARUS	1.626.064.659	204.056.261	1.338.914.789	106.292.000
2018	TARUS	3.437.359.493	315.152.006	2.822.953.434	298.780.250
2017	OESAO	1.284.587.534	106.572.500	1.284.387.804	106.572.500
2018	OESAO	838.348.904	167.248.000	808.639.304	16.248.000

Sumber : Puskesmas Oesao dan Puskesmas Tarus (Wawancara 26 Agustus 2019)

Pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa dalam penganggaran Dana kapitasi dan Non kapitasi sudah baik karena sudah terpenuhi sesuai dengan klaim peserta anggota JKN dan berdasarkan kuota untuk peserta BPJS sudah disesuaikan dengan anggota peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) / Puskesmas.

Selain dari itu, berdasarkan pada tabel 5.3 bahwa data alokasi dana dan Realisasi dana JKN berpengaruh terhadap pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Mekanisme kapitasi telah membuat dana yang masuk ke sebagian puskesmas bisa meningkat drastis maupun kurang dari kebutuhan puskesmas setiap tahunnya.

Besarnya dana yang diterima dan direalisasi anggaran yang lambat, berpeluang menyebabkan sisa lebih di akhir tahun anggaran, jika hal ini terus berulang dan terakumulasi tiap tahun, maka sisa lebih dana ini bisa sangat besar sehingga bisa dimanfaatkan oleh puskesmas untuk memenuhi kebutuhannya dalam meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan, persoalan yang lain yaitu aturan penggunaan dana kapitasi juga kurang mengakomodasi kebutuhan puskesmas.

Oleh karena itu peneliti membutuhkan data yang berkaitan dengan dana kapitasi dan non kapitasi yang dimanfaatkan oleh puskesmas dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, serta apakah anggaran tersebut sudah dirasakan dalam pelayanan kesehatan. Hasil penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara dan dokumentasi untuk menghasilkan alternatif strategi bagi Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao agar bisa mengatur pembagian dan pembiayaan anggaran BPJS sehingga mendapat pelayanan yang baik.

Dari Hasil penelitian diatas pada tabel 5.3 menjelaskan bahwa pemanfaatan dan pengelolaan anggaran terdapat pada Perhitungan Dana JKN yang masuk ke Puskesmas dibandingkan dengan jumlah penduduk yang dilayani bahwa Jika dana tersebut diluncurkan ke puskesmas sebesar perhitungan diatas, maka puskesmas tidak mengalami kendala dalam pelayanan seperti kekurangan obat, bahan habis pakai dan masyarakat dapat terjamin pelayanan kesehatannya.

5.2 Analisis dan Pembahasan

5.2.1 Pemanfaatan Anggaran Kesehatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas .

Tabel 5.4
Pemanfaatan Dana Kapitasi
Tahun 2017-2018

TAHUN	PUSKESMAS	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	SISA (Rp)	PERSEN (%)	PEMANFAATAN REALISASI	
						JASA PELAYANAN 60% (Rp)	BIAYA OPERASIONAL 40% (Rp)
2017	TARUS	1,891,764,993	1,463,104,397	428,660,596	77,94	877.862.638	585.241.759
2018	TARUS	1.626.064.659	1,338,914,789	287,149,874	82,34	803.348.876	535.565.916
2017	OESAO	1,081,082,730	1,808,429,130	272,653,600	74,78	1.085.057.478	723.371.652
2018	OESAO	1,277,604,053	1,261,003,041	16,601,012	98,7	756.961.824	504.641.217

Sumber : Puskesmas Tarus dan Oesao Tahun 2017-2018

Dari tabel 5.4 diatas menjelaskan bahwa dana kapitasi yang didapat Puskesmas Tarus Tahun 2018 sebesar Rp 1.626.064.659, sedangkan Pada Puskesmas Oesao Tahun 2018 sebesar Rp1.277.604.053. Dari total dana yang diterima Realisasi pada puskesmas Tarus Tahun 2018 sebesar Rp1.338.914.789, Puskesmas Oesao Tahun 2018 sebesar Rp1.261.003.041. Dana tersebut

dimanfaatkan untuk jasa pelayanan kesehatan dengan pembagian presentase sebesar 60% dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dengan presentase sebesar 40%. Sisa Dana Kapitasi Pada Puskesmas Tahun 2018 Sebesar Rp 1.338.914.785, sedangkan sisa Dana Kapitasi Pada Puskesmas Oesao Tahun 2018 sebesar Rp 1.261.003.041. Dalam hal ini, Pendapatan Dana Kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, sisa Dana Kapitasi dimanfaatkan untuk tahun anggaran berikutnya. Sisa Dana Kapitasi sebagaimana dimaksud berasal dari dana dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan maka pemanfaatannya hanya dapat digunakan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Sedangkan sisa Dana Kapitasi dari Jasa Pelayanan Kesehatan, maka pemanfaatannya hanya dapat digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan. Dalam APBD dan akuntansi, pemanfaatan sisa Dana Kapitasi dimasukkan dalam rencana pendapatan dan belanja dana Kapitasi JKN yang dianggarkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Tabel 5.5
Rincian Pemanfaatan Dana Kapitasi
Tahun 2017 - 2018

TAHUN	PUSKESMAS	PEMANFAATAN DANA KAPITASI			
		JASA PELAYANAN 60% (Rp)	BIAYA OPERASIONAL 40%		
			Belanja Obat, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (Rp)	Operasional Pelayanan Kesehatan Lainnya	
				Belanja Barang Operasional (Rp)	Belanja Modal Sarana Prasarana (Rp)
2017	TARUS	877.862.638	287.786.200	173.155.000	124.300.559
2018	TARUS	803.348.876	257.782.900	177.000.000	100.783.016
2017	OESAO	1.085.057.478	341.685.800	359.285.000	329.900.852
2018	OESAO	756.961.824	252.320.600	135.320.000	117.000.617

Sumber : Puskesmas Tarus dan Oesao Tahun 2017-2018

Dari uraian tabel 5.5 tercatat bahwa Puskesmas Tarus dan Oesao sudah melaksanakan pemanfaatan Dana Kapitasi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, yang termuat dalam Bab II Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pasal 3 (tiga), Bab III Jasa Pelayanan Kesehatan Pasal 4 (empat) dan Bab IV Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan pasal 5 (lima).

Jasa pelayanan kesehatan yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini peruntukkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan non tenaga

kesehatan, yang telah melakukan pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sesuai dengan jumlah peserta JKN yang datang berobat tanpa ada pengecualian. Jadi semua peserta yang datang yaitu peserta JKN 42.259. Diklaim ke BPJS dibayar sesuai dengan data peserta. Pembagian jasa pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan berdasarkan jenis ketenagaan atau jabatan, dan kehadiran. Berikut Rincian Pemanfaatan jasa Pelayanan Dana Kapitasi pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao yaitu:

- Tenaga medis
- Tenaga Apoteker atau Tenaga Profesi
- Tenaga kesehatan setara S1/D4
- Tenaga non Kesehatan minimal D3
- Tenaga yang merangkap tugas administrasi sebagai kepala puskesmas, Kepala Tata Usaha, atau Bendahara Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Sedangkan dukungan biaya operasional dengan pembagian presentase 40% yang diterima oleh Puskesmas dari BPJS ditetapkan setiap tahun dengan keputusan Kepala Daerah atas Usulan Kepala Dinas Kesehatan dengan mempertimbangkan kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja dibidang kesehatan perorangan dan besar tunjangan yang diterima dari pemerintah. Berikut rincian pemanfaatan biaya operasional pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao yaitu :

- Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang pengadaannya dapat dilakukan melalui SKPD Dinas Kesehatan, dengan mempertimbangkan ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dialokasikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah.
- Kegiatan operasional pelayanan kesehatan yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- Kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan
- Operasional puskesmas keliling
- Bahan cetak, atau alat tulis kantor
- Administrasi keuangan dan sistem informasi.

Menurut Ibu Linda Mariana S.Kep, Ners Bendahara Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang “menjelaskan bahwa segala sesuatu yang berhubungan dengan dana kapitasi yaitu Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional Pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao sudah sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2016. Karena puskesmas berada dibawah naungan kementrian kesehatan. Jadi apa yang dikeluarkan oleh Permenkes semuanya harus dilakukan di Puskesmas.

Keseimpulan dari hasil wawancara tersebut menjelaskan bahwa jasa pelayanan kesehatan dengan presentase 60 % dan Biaya Operasional dengan Presentase 40% pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao rincian dana kapitasi yang diterima pemanfaatannya sudah sesuai dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2016.

5.2.3 Operasional Puskesmas apa saja yang di biyai oleh Dana JKN dan Berapa presentasi pembagiannya.

I. Dana Kapitasi JKN

Berdasarkan ketentuan pasal 1 angka 6 Perpres 32 Tahun 2014 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. Besaran tarif kapitasi bagi puskesmas berada dalam rentang Rp 3.000.00.– Rp 6.000.00 per peserta program JKN yang terdaftar dipuskesmas tersebut.

Menurut Maria Yuanita Emerensiana Amd. f “Menjelaskan bahwa di puskesmas Oesao terdaftar peserta JKN sebanyak 5.000 peserta dan tarif kapitasi di puskesmas tersebut ditetapkan sebesar Rp(3.000)/ peserta, maka dana kapitasi yang dibayar oleh BPJS Kesehatan setiap bulannya adalah Rp 15.000.000 (Lima Belas Juta Rupiah) dengan perhitungan (5.000 peserta x Rp 3.000) tanpa memperhitungkan jenis dan dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS pada bulan yang bersangkutan. Penentuan jumlah peserta BPJS terdaftar di suatu puskesmas ditetapkan berdasarkan data yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan”

Kesimpulan dari hasil wawancara menjelaskan bahwa ketika mereka menerima Rp 15.000.000 akan menimbulkan terjadi defisit atau masalah. DariRp15.000.000 ini pihak puskesmas menggunakannya untuk memberikan pelayanan. Dimana pelayanan tersebut bisa saja melebihi dana tersebut. Transferan tersebut mereka terima setiap bulan dari BPJS bahwa yang terdaftar di anggota BPJS Pada Puskesmas Oesao perhitungannya sebagai berikut :

Tahun 2017 :	9.887 x Rp 3000 = Rp 29.661.000
Tahun 2018 :	11.337 x Rp3000 = Rp 34.011.00

Sedangkan pada puskesmas Tarus dengan jumlah peserta dan perhitungannya sebagai berikut :

Tahun 2017 :	19.594 x Rp 3000 = Rp 58.782.000
Tahun 2018 :	21.840 x Rp3000 = Rp 65.520.000

maka setiap bulan setiap puskesmas tanpa memperhitungkan jumlah layanan akan terima Rp 15.000.000. Tetapi dari Rp 15.000.000 ini masih dipergunakan untuk pelayanan bukan yang merupakan anggota BPJS sehingga menyebabkan defisit. Karena kebutuhannya itu dipergunakan untuk yang lainnya juga kemudian bisa juga karena disebabkan dari Rp 15.000.000 ini di gunakan untuk membayar kebutuhan pelayanan dokter karena dana tersebut sesuai dengan transferan dokter, kalau dokternya tidak ada berarti transferan tersebut tidak sesuai dengan puskesmas yang tidak memiliki dokter.

II. Dana Non Kapitasi

Dana non kapitasi merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan Jenis dan Jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Menurut Maria Emerensiana Amd. f, “ Dana Non kapitasi pada Puskesmas Oesoa di gunakan untuk keperluan Puskesmas khususnya untuk menunjang pelayanan dalam Gedung yang dibutuhkan oleh pasien. Contoh fasilitas yang dibutuhkan pasien diruang tunggu seperti tempat duduk yang sudah memisahkan antara pasien Lansia, disabilitas dan pasien umum lainnya. Leaflet yang berisikan informasi kesehatan serta media promosi kesehatan. Selain dari itu, dana ini juga di pakai untuk belanja bahan medis habis pakai serta biaya dukungan operasional kesehatan lainnya berupa peningkatan sarana dan prasarana pada Puskesmas seperti pengembangan ruang rawat jalan dan rawat inap pasien. Jenis-jenis pembiayaan tersebut diatas diambil dari dana transferan BPJS sebanyak 40%. Dana ini disebut sebagai Dana Operasional Manajemen Puskesmas. Sedangkan 60% diperuntuksn sebagai jasa pelayanan Medis.

Sedangkan Menurut Marsela F. Masneno, Amd.d. Kep.” menjelaskan bahwa puskesmas mengajukan Klaim rawat inap dan rawat jalan ke dinas kesehatan disesuaikan dengan peraturan kepala daerah masing-masing FKTP yaitu pembayaran jasa operasioanl 60 % dan 40 % belanja operasional, belanja modal dan belanja jasa pelayanan.”

Kesimpulan dari hasil wawancara diatas Dana Non Kapitasi diberikan ke puskesmas berdasarkan besaran klaim biaya pelayanan yang diajukan oleh puskesmas. Dari penerimaan digunakan untuk pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan 60% dan 40% digunakan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Masalah yang terjadi yaitu bahwa ketika pelayanan itu dilaksanakan ketika di klaim ke BPJS, klaimnya itu butuh waktu yang sangat lama seperti saat peserta datang ke puskesmas dari pihak puskesmas menggunakan biaya dari kantong puskesmas sendiri sehingga nantinya puskesmas mengklaim dana tersebut ke pihak BPJS contohnya memasukkan klaim tahun 2017, butuh waktu tahun depan lagi transferan masuk.dari dana non kapitasi ini sekalipun realisasinya sekian tetapi, bahwa ketika pelayanan itu dilaksanakan ke BPJS hasil klaimnya itu butuh waktu yang lama sehingga pelayanan akan terbengkalai karena klaimnya sangat lama. Sehingga operasional 60% dan 40% ini harus menunggu jangka waktu yang lama untuk proses klaim ke puskesmas ke BPJS hal ini di karenakan BPJS yang mengalami defisit atau kekurangan.karena jumlah layanan lebih besar dari pada penerimaan. Mengapa bisa terjadi kekurangankarena jumlah layanannya lebih banyak dari yang bisa terklaim artinya layanannya 10 tetapi terklaimnya 8 itu menunggu satu tahun yang akan datang.

5.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Tingkat pertama Milik daerah.

Berdasarkan ketentuan pasal 1 angka 5 Perpres 32 Tahun 2004, pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima FKTP dari BPJS Kesehatan.

1. Mekanisme Penyaluran Dana Kapitasi

BPJS Kesehatan melakukan Pembayaran dana Kapitasi kepada Puskesmas. Pembayaran dana kapitasi tersebut didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di puskesmas sesuai data dari BPJS kesehatan. Dana kapitasi dibayarkan langsung oleh BPJS kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas.

2. Mekanisme Penganggaran

Rencana pendapatan dan belanja puskesmas yang bersumber dari dana kapitasi BPJS harus di anggarakan dalam rencana kerja dan anggaran (RKA) Dinas Kesehatan.

3. Mekanisme Pertanggungjawaban

Kepala Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana Kapitasi BPJS. Pendapatan dan belanja dana kapitasi disajikan dalam Laporan Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Laporan keuangan Pemerintah daerah.

4. Mekanisme Pengawasan

Penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh Bendahara Dana Kapitasi BPJS pada Puskesmas Tarus dan Puskesmas Oesao diawasi secara berjenjang oleh kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Kepala puskesmas. Pengawasan secara berjenjang oleh Kepala Dinas Kesehatan dan kepala puskesmas, serta pengawasan fungsional oleh APIP tersebut dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi dan Non kapitasi.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Maria Yuanita Emerensiana Amd.F, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Oesao pada hari Kamis 22 Agustus 2019 dijelaskan bahwa :

“Kendala yang sekarang terjadi adalah terdapatnya pasien JK3 (Jaminas Kesehatan Kabupaten Kupang), dimana Jaminan Kesehatannya tidak dibiayai oleh pemerintah maupun JKN akibat dari proses integrasi pelayanan kesehatan antara pemerintah Kabupaten dan BPJS. Jika pasien ini membutuhkan pelayanan di puskesmas maka seluruh biaya layanan seperti obat, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan kesehatan lainnya dibebankan pada dana JKN pukesmas, baik itu kapitasi maupun Non kapitasi. Padahal dalam luncuran anggaran ke puskesmas, pasien ini tidak dihitung dalam dana JKN yang diterima oleh puskesmas yang dikarenakan pasien tersebut tidak terdaftar sebagai peserta JKN. Kendala ini yang menyebabkan ketidak seimbangan antara penerimaan dan pengeluaran puskesmas. Kendala selanjutnya terkait dengan dana transferan JKN ke puskesmas dana tersebut di sesuaikan dengan jumlah tenaga dokter di puskesmas. Jika puskesmas tersebut memiliki dokter umum dan dokter gigi sertamemiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Ijin Praktek) maka transferan jumlah dananya akan lebih besar dibandingkan dengan puskesmas

yang tidak memiliki dokter. Jika puskesmas tersebut memiliki dokter tetapi tidak mempunyai STR dan SIP, maka transferan dana JKN disamakan dengan puskesmas yang tidak memiliki dokter. Penyebab pemanfaatan dana JKN yang belum maksimal, yang terjadi di puskesmas adalah masyarakat yang belum memiliki kartu BPJS tetapi mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas, ketiadaan tenaga dokter, dan proses integrasi pelayanan dari peserta JK3 dan peserta BPJS.”

Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Marsela F. Masneno. AM.d. Kep, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Tarus pada hari Selasa 27 Agustus 2019 menyatakan bahwa :

“ Ada 2 kondisi untuk menjelaskan pemanfaatan dana BPJS yaitu fleksibilitas penggunaan pelayanan jaminan kesehatan artinya peserta BPJS yang baru mendaftar sebagai peserta belum dapat melakukan klaim pelayanan kesehatan. Akibatnya, nilai klaim yang diajukan peserta BPJS lebih tinggi dibandingkan dengan premi yang ada. Terhitung per 1 Juni 2015 peserta BPJS kesehatan baru dapat melakukan klaim setelah hari ke -14 dan telah melakukan pembayaran satu bulan pertama. Kemudian juga terdapat banyak peserta BPJS Non-PBI yang menunggak pembayaran premi.

Kesimpulan hasil wawancara yaitu adanya pemanfaatan anggaran dana kapitasi JKN yang masih kurang bagi puskesmas karena tingginya biaya operasional yang harus dikeluarkan oleh puskesmas dimana dana JKN yang diberikan tidak sesuai dengan jumlah masyarakat yang ada di wilayah kerja puskesmas tersebut. Puskesmas tidak bisa mengajukan klaim pelayanan bagi peserta yang bermasalah (tidak memiliki kartu, terdaftar sebagai peserta tetapi menunggak iuran BPJS dan terdaftar sebagai peserta tetapi pemilihan Faskes Pelayanan bukan di puskesmas

yang melayani). Ketiadaan tenaga dokter juga berdampak pada jumlah dana yang diluncurkan oleh BPJS.

5.2.4 Pengajuan Dana BPJS dan Prosedur Klaim Dana BPJS Di Puskesmas

a. Klaim Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

Biaya pelayanan RJTP dibayar kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Fasilitas Kesehatan tersebut tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta.

b. Klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

Biaya pelayanan RITP dengan paket per hari rawat dengan besaran Rp 100.000 per hari. Pasien tidak boleh ditarik iuran biaya. Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama kepada kantor BPJS.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Maria Yuanita Emerensiana Amd.F, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Oesao pada hari Kamis 22 Agustus 2019 dijelaskan bahwa :

“Puskesmas memasukan klaim BPJS untuk Dana Kapitasi dan setiap bulan sebelum tanggal 16 atau tanggal 17 transferannya sudah masuk ke rekening puskesmas. Sedangkan untuk Non Kapitasi berkaitan dengan rawat inap jadi puskesmas memasukan klaim ke BPJS di dalamnya berisi rujukan, rawat inap, ANV, VNV yang di klaim sebelum tanggal 5 atau tanggal 6. Berkas tersebut akan dilakukan proses verifikasi oleh BPJS. Jika berkas tersebut sudah dinyatakan lengkap dan benar oleh BPJS maka proses transferan dana ke puskesmas akan dilakukan setiap tanggal 10. Untuk dana Non kapitasi bisa di cairkan sekitar bulan Juni untuk sekarang sudah bisa di cairkan”.

Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Marsela F. Masneno. Amd. Kep, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Tarus pada hari Selasa 27 Agustus 2019 menyatakan bahwa :

“Puskesmas mengajukan klaim berupa permohonan pencairan dana ke dinas. Dinas memberikan rekomendasi pencairan dana ke BPJS kesehatan. Bila berkas pengajuan sudah diverifikasi maka dana tersebut dapat dilakukan proses transferan”

Kesimpulan hasil wawancara yaitu puskesmas mengajukan klaim dana BPJS dilengkapi dengan berkas klaim. Berkas ini akan diverifikasi dengan melihat administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Berkas dan data yang dinyatakan lengkap akan memperoleh persetujuan klaim untuk selanjutnya dilakukan proses pembayaran melalui sistem transferan dari BPJS ke rekening puskesmas. Puskesmas dapat mengambil dana tersebut setelah melakukan permohonan pencairan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan memperoleh rekomendasi pencairan dana.

5.2.5 Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang didapatkan Oleh Peserta BPJS di Puskesmas.

Fasilitas kesehatan yang dapat diperoleh pada fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah :

1. Rawat jalan Tingkat pertama

Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak di tangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama

peserta datang, ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap, fasilitas kesehatan maupun peserta yang dirujuk dan fasilitas kesehatan tingkat pertama lain.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Maria Yuanita Emerensiana Amd.F, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Oesao pada hari Kamis 22 Agustus 2019 dijelaskan bahwa :

“Fasilitas kesehatan yang di dapat pastinya pelayanan. Pelayanan yang diberikan peserta tidak perlu membayar, untuk pasien BPJS sebisa mungkin puskesmas membelanjakan obat-obatan untuk melengkapi di puskesmas supaya peserta BPJS tidak lagi membeli obat di luar supaya semua resep itu terlayani, sedangkan untuk rawat inap semua peserta BPJS mendapatkan pelayanan baik pengobatan maupun rujukan tanpa di pungut bayaran.”

Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan Ibu Marsela F. Masneno. AM.d. Kep, Bendahara Dana Kapitasi BPJS Puskesmas Tarus pada hari Selasa 27 Agustus 2019 menyatakan bahwa :

“ Menjelaskan bahwa di puskesmas BPJS peserta mendapatkan seluruh pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan pengobatan atau rujukan bahkan tanpa di pungut biaya sama sekali. Apabila jika terjadi keadaan gawat darurat anda bisa mendapat pelayanan di puskesmas dan apabila terdapat kondisi kritis atau penyakit tertentu yang perlu ditangani oleh dokter spesialis dan memerlukan fasilitas yang tidak terjadi di puskesmas, maka puskesmas dapat memberikan surat pengantar untuk merujuk pasien ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut yaitu kerumah sakit”

Keseimpulan hasil wawancara yaitu adanya manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan

kesehatan. Kesehatan yang bersifat menyeluruh dimulai dari proses pencegahan penyakit sampai proses pengobatan untuk memperoleh kesembuhan serta pelayanan pasca pemulihan.

5.2.6 Pengaruh Pemanfaatan Dana BPJS terhadap pelayanan Kesehatan dan Apakah semua pelayanan sudah terpenuhi atau belum.

Pola pemberian pelayanan kesehatan yang oleh BPJS kesehatan adalah pola rujukan berjenjang. Pola rujukan berjenjang adalah pola pemberian layanan kesehatan dimana pelayanan primer diberikan oleh PPK tingkat 1, namun apabila diperlukan rujukan spesialisasi akan dirujuk ke PPK lanjutan. Anda tidak diperkenankan langsung berobat ke rumah sakit tanpa membawa rujukan. Hal ini dimaksud agar tidak ada penumpukan pasien di rumah sakit. Karena untuk penyakit ringan bisa diselesaikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atau puskesmas.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara Apakah Menurut anda semua pelayanan kesehatan di puskesmas sudah terpenuhi atau belum?. Yang peneliti lakukan dengan Ibu An Muskanan, Pasien Peserta BPJS di Puskesmas pada hari Kamis 22 Agustus 2019 dijelaskan bahwa :

Menurut Ibu An Muskanan. “ Menjelaskan bahwa Belum semua terpenuhi dilihat dari kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)/ Puskesmas, karena akan mempengaruhi indikator pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan di pengaruhi dari pra-sarana, sarana, peralatan kesehatan, kualitas SDM, pembiayaan kesehatan dan kesejahteraan tenaga kesehatan. Prasarana berkaitan dengan akses/ jarak lokasi pelayanan kesehatan Faskes yang berada di tengah masyarakat, akan terpenuhi pelayanan kesehatannya, tetapi bagi masyarakat yang tinggal di daerah sulit akses (daerah terpencil dan sangat terpencil) tidak akan segera terpenuhi. selain itu, alat kesehatan serta obat yang tersedia di puskesmas, belum terpenuhi secara lengkap. Dimana ketersediaan obat di puskesmas belum memenuhi 100% kebutuhan masyarakat. Untuk SDM,

masih banyak Faskes yang belum memiliki tenaga dokter, sehingga pemenuhan kualitas pelayanan kesehatan belum seluruhnya terpenuhi”.

Sedangkan hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara Apakah Dana JKN yang tersedia sudah dimanfaatkan dengan baik dan apa dampaknya bagi pelayanan kesehatan? peneliti lakukan dengan Ibu An Muskanan, Pasien Peserta BPJS di Puskesmas pada hari Kamis 22 Agustus 2019 dijelaskan bahwa :

“Ada dampak positif dan negatif. Dampak positifnya adalah bagi puskesmas yang memiliki dokter maka pasien bisa berkonsultasi dan mendapatkan pelayanan pemeriksaan oleh dokter tanpa harus ke fasilitas RS yang aksesnya sangat jauh dari wilayah tempat tinggal tetapi yang belum memiliki dokter tentu harus mengeluarkan biaya tambahan untuk ke fasilitas yang memiliki dokter. Dampak negatifnya adalah adanya kekurangan obat dan alat dalam pemeriksaan laboratorium, jika obat tidak tersedia maka pasien membeli sendiri.”

Kesimpulan dari hasil wawancara di atas menjelaskan bahwa untuk saat ini kualitas pelayanan di Puskesmas Tarus dan Oesao semua belum terpenuhi karena kualitas pelayanan kesehatan di pengaruhi oleh pra-sarana, sarana, peralatan kesehatan, kualitas SDM, pembiayaan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Sehingga hal ini dari pihak BPJS kesehatan maupun pihak puskesmas harus lebih mengutamakan apa yang di butuhkan oleh pasien agar semuanya bisa terpenuhi dengan baik, selain itu pengaruhnya terhadap pemanfaatan dana JKN bagi pelayanan kesehatan bisa mengalami kekurangan obat bahkan sampai tidak ada ketersediaan obat karena Faskes atau puskesmas tidak bisa menyediakan obat disebabkan oleh anggaran yang di dapat dari BPJS tidak ada atau dana yang diperoleh sedikit dan tidak sesuai dengan kebutuhan pasien.

5.2.7 Bagaimana Alokasi jasa pelayanan yang diterima oleh puskesmas

Alokasi dana kapitasi untuk pelayanan jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP. Jumlah alokasi yang diterima oleh setiap pegawai berbeda-beda, tergantung dari jabatan, golongan, masa kerja, pendidikan, pemegang program dan lain-lain.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bendahara Kapitasi JKN Puskesmas Naibonat ibu Lia Muskanan menjelaskan bahwa.

“ kapitasi itu berdasarkan wilayah kerjanya, karena wilayah kerja kami di puskesmas naibonat satu kami mendapat dana kapitasi kecil. Sedangkan orangnya banyak jadi kerjanya juga harus ekstra. Jadi kami merasa kurang adil di bandingkan dengan puskesmas lain yang mendapat dana kapotas lebih besar”

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat diketahui pegawai merasa kurang puas dan merasa kurang adil dengan alokasi dana jasa pelayanan yang diberikan melalui dana kapitasi, hal ini dibandingkan dengan banyaknya jumlahpeserta yang ada di puskesmas sedangkan angka kapitasinya dirasa kecil di banding puskesmas lainnya,