

**TUGAS AKHIR PENELITIAN**  
**ANALISIS IMPLEMENTASI PEMANFAATAN**  
**DANA KAPITASI JKN DI PUSKESMAS NAMROLE**  
**KABUPATEN BURU SELATAN**

***ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF THE UTILIZATION OF THE NATIONAL***  
***HEALTH INSURANCE CAPITATION FUND AT NAMROLE DISTRICT***  
***PUSKESMAS***  
***SOUTH HURRY***

**Maryam Latupono**

**K052211006**



**MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2022**  
**ABSTRAK**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS IMPLEMENTASI PEMANFAATAN DANA KAPITASI JKN DI  
PUSKESMAS NAMROLE KABUPATEN BURU SELATAN

Disusun dan diajukan oleh


MARYAM LATUPONO  
K052211006


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 08 Mei 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


  
Prof. Dr. H. Amran Razak, SE., M.Sc  
NIP. 195701021986011001

  
Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS  
NIP. 19640424 199103 1 002

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

  
Prof. Sukri Paluturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

  
Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH.  
NIP. 195311101986011001

## ABSTRAK

**MARYAM LATUPNO.** *Analisis Implementasi Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan* (dibimbing oleh Amran Razak dan Darmawansyah).

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dengan sistem kapitasi yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Puskesmas tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tujuan penelitian ini yaitu menganalisis implementasi kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Informan dalam penelitian ini yaitu Kepala Puskesmas, Bendahara Puskesmas, PPTK/PPKD Dinkes Kabupaten, Tenaga Medis Puskesmas, Tenaga Non Medis Puskesmas dan Peserta JKN. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Content Analysis" yang kemudian diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi, matriks, dan skema.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Implementasi Kebijakan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan belum optimal. ditujukan dengan Pemanfaatan dana kapitasi JKN untuk Pembayaran Jasa Pelayanan masih di luar ketentuan juknis dan pengadaan obat. Ketersediaan sumber daya di puskesmas meliputi Staf, kewenangan, informasi dan fasilitas masih kurang. Belum adanya SOP untuk implementasi Kebijakan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN secara menyeluruh. Sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten Buru Selatan agar menyusun petunjuk teknis yang jelas dan konsisten sebagai pedoman Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN di FKTP.

**Kata Kunci :** Implementasi, Puskesmas. Dana Kapitasi, JKN





## ABSTRACT

**MARYAM LATUPNO.** *Analysis of the Implementation of the Utilization of the JKN Capitation Fund at the Namrole Health Center, South Buru Regency (Supervised by Amran Razak and Darmawansyah).*

BPJS Kesehatan makes payments using a capitation system, which is based on the number of participants registered at the Public health center without taking into account the type and amount of health services provided. The aims of this research is to analyze the implementation of the policy on the use of JKN capitation funds at the Namrole Community Health Center, South Buru Regency.

This type of research is qualitative research with a case study approach. Informants in this study were the Head of the Public health center, Treasurer of the Public health center, PPTK/PPKD of the District Health Office, Public health center Medical Personnel, Non-Medical Personnel Public health center and JKN Participants. The data analysis used in this study is "Content Analysis" which is then interpreted and presented in the form of narratives, matrices, and schemes.

The results of this study indicate that the implementation of policies on the management and utilization of the National Health Insurance Capitation Fund in health facilities is not optimal because it aimed at Utilization of JKN capitation funds for Payment of Services that are still outside the provisions of technical guidelines and drug procurement. The availability of resources at the Public health center including staff, authority, information and facilities is still lacking. There is no SOP for policy implementation and utilization of JKN capitation funds. Furthermore, South Buru District Health Office is to develop clear and consistent technical guidelines as guidelines for the Utilization of the JKN Capitation Fund in FKTP.

**Keywords :** Implementation, Health Center. Capitation Fund, JKN



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. Atas berkat rahmat dan hidayahnya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir program magister ini. Salawat dan salam penulis haturkan kepada 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 Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin. 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 Prof. Sukri Paluturi, SKM. M.kes. M.Sc. PH. Ph. D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof, Dr. Indar, SH.. MPH selaku Ketua Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
3. Bapak Prof. Dr Amran Razak, SE.M.Sc. Sebagai Dosen Pembimbing Akademik sekaligus Sebagai Dosen Pembimbing 1, Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE sebagai Dosen Pembimbing 2, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Tesis ini.
4. Ibu Dr. Balqis, SKM., M.Kes, M.Sc. PH sebagai penguji 1, Bapak Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes sebagai penguji 2, Bapak

Ansariadi, SKM., M.SG.PH.Ph.D sebagai penguji 3, yang telah memberikan saran dan masukan untuk perbaikan TAPM ini.

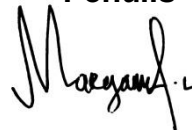
5. Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin. M. Kes, dan seluruh dosen yang telah memberikan bimbingan selama perkuliahan melalui tatap muka maupun tutorial online.
6. Bapak Ibu Staf Prodi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah banyak membantu dalam proses perkuliahan.
7. Ibu Wa Jeny, SKM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Buru Selatan dan seluruh informan atas ketersediaan waktu dan informasi yang telah diberikan.
8. Seluruh mahasiswa Kelas Kerjasama Maluku Prodi Magister Administrasi dan kebijakan Kesehatan angkatan tahun 2020. Terima kasih atas persahabatan, kebersamaan dan kekompakan dalam suka dan duka, banyak cerita yang terukir dan akan selalu menjadi kenangan terindah.
9. Ibunda tercinta Hatapari Salampessy dan almarhum ayahanda Laturiri Latupono yang telah membesarkan, mendidik dan membiayai dan banyak hal lainnya, terimakasih atas jasa Dan Doa restu yang telah diberikan, kakak dan adik – adikku tersayang Mahudara talaohu, Raya Wati Latupono, Maimuna Latupono, Mohamad Isra Latupono dan Hasim Rahman Latupono, yg selalu memberikan dukungan supor.

10. Suamiku tercinta Helmi Latuconsina, SE, M.Si dan anak-anakku Farrah Umairah latuconsina, Fahroel Habib Hasan latuconsina dan Abdul Hamid Latuconsina terimakasih atas pengertian dan dukungan moril yang selalu diberikan.
11. Terima kasih buat teman-teman tersayang Dr. Azizah Rahawarin, Kartini, mada, ibob, zul dan Jamia Sangadji. terima kasih selalu memberikan dukungan tenaga, supor dan semangat dalam penyelesaian TAPM ini.

Penulis menyadari karena Keterbatasan pengetahuan dan pengalaman tesis ini masih ada kekurangan. oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima saran dan kritikan yang membangun dari pembaca. Semoga Tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu administrasi Kebijakan Kesehatan dan memberikan masukan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Buru Selatan.

Namrole, 02 Desember 2022

**Penulis**



**MARYAM LATUPONO**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>11</b>
A. Tinjauan Umum Implementasi Kebijakan .....	11
B. Tinjauan Umum Kebijakan Publik .....	27
C. Tinjauan Umum Dana Kapitasi JKN.....	37
D. Tinjauan Umum Pengelolaan Dana Kapitasi.....	41
E. Tinjauan Umum Puskesmas .....	54
F. Sintesa Penelitian .....	61
G. Kerangka Teori.....	64
H. Kerangka Konsep.....	65
I. Definisi Konseptual .....	66
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>69</b>
A. Jenis Penelitian .....	69
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	69
C. Penentuan Informan.....	70
D. Pengumpulan Data .....	71



E. Pengolahan Data .....	74
F. Teknik Analisis Data.....	75
G. Keabsahan Data .....	75
H. Penyajian Data.....	76
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>88</b>
A. Deskriptif Objek Penelitian .....	88
B. Hasil dan Pembahasan .....	
<b>BAB V KESIMPULAN .....</b>	<b>162</b>
A. Deskriptif Objek Penelitian .....	162
B. Hasil Penelitian .....	164
<b>GLOSARIUM .....</b>	<b>166</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>v</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian .....	61
Tabel 3.1 Matriks Pengumpulan Data.....	72
Tabel 4.1 Daftar Sarana Prasarana di Puskesmas Namrole.....	92
Tabel 4.2 Jumlah Peserta JKN Berdasarkan Puskesmas .....	110
Tabel 4.3 Jumlah Kapitasi Puskesmas di Kabupaten Buru Selatan.....	112
Tabel 4.4 Dana Kapitasi JKN Puskesmas tahun 2020-2022 .....	112
Tabel 4.5 Presentasi Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Puskesmas Perawatan Namrole Menurut katagori .....	124
Tabel 4.6 Daftar Tenaga Kesehatan Puskesmas Perawatan Namrole ..	133

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Model Pendekatan Implementasi Kebijakan .....	64
Gambar 2 Model Pendekatan Teori G.C Edward (Kerangka Konsep).....	65
Gambar 3 Peta Kupaten Buru Selatan.....	88
Gambar 4 Peta Batas Wilayah dan Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Namrole .....	91
Gambar 5 Digram Jumlah Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Namrole Berdasarkan Desa/Kecamatan .....	92
Gambar 6 Struktur Organisasi Puskesmas Perawatan Namrole .....	94
Gambar 7 Formularium Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan Dana kapitasi JKN .....	94

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara.....	172
Lampiran 2 Transkrip Wawancara .....	173
Lampiran 3 Dokumentasi Penelitian .....	180
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian .....	183
Lampiran 5 Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2021 .....	184

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. Kesehatan merupakan hak asasi manusia. *Declaration of Human Right* menyatakan bahwa perawatan kesehatan dan pelayanan sosial merupakan hak asasi manusia yang paling dasar dan diakui oleh seluruh bangsa di dunia. Negara Indonesia telah melindungi setiap warga negaranya dengan dikeluarkannya Undang-Undang yang berkaitan dengan Kesehatan (Yulianto, 2018).

Pelaksanaan dari amanah *Declaration of Human Right* dituangkan dalam UUD 1945, melalui TAP MPR RI NO.X/MPR/2001 yang menugaskan Presiden RI untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional, sehingga pemerintah menetapkan Undang Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sejak berlakunya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional, seluruh tatakelola peserta program jaminan kesehatan diintegrasikan menjadi satu oleh BPJS.

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. 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. Sedangkan, 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 (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, 2016).

BPJS Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan pemeliharaan kesehatan tersebut diwajibkan bagi seluruh warga negara Indonesia maupun warga negara asing yang tinggal atau bekerja di Indonesia dalam kurun waktu paling singkat 6 (enam) bulan dan yang telah membayar iuran. Pelayanan Kesehatan ke peserta JKN dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), salah satunya Puskesmas. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dengan sistem kapitasi yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di Puskesmas tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah

pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut Permenkes No. 21 tahun 2016, dijelaskan untuk pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi adalah sekurang kurangnya 60% untuk pembayaran jasa dan 40% untuk layanan operasional (Yulianto, 2018).

Sejalan dengan terbitnya Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah. Serta terbitnya Permenkes No.21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, maka BPJS Kesehatan telah dapat membayar langsung dana kapitasi kepada Bendahara Dana Kapitasi Puskesmas. Pada beberapa kasus, pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi belum dapat berjalan secara optimal dikarenakan berbagai hal, antara lain kurangnya pemahaman atas mekanisme pengelolaan dana tersebut, adanya kekhawatiran akan aspek akuntabilitasnya maupun karena terjadinya salah pengelolaan dana kapitasi yang tidak sesuai prinsip good governance (BPJS, 2017).

Terbitnya Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2021 perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah. Serta terbitnya Permenkes No. 6 tahun 2022 perubahan atas Permenkes No.21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, maka BPJS Kesehatan telah dapat membayar langsung dana kapitasi kepada



Bendahara Dana Kapitasi Puskesmas.

Tujuan dari adanya pembayaran dengan sistem kapitasi dalam rangka penyediaan dan peningkatan layanan kesehatan yang berkualitas dan terukur meliputi jasa pelayanan kesehatan, biaya operasional FKTP serta pengadaan sarana prasarana kesehatan. Sebagai Badan Hukum Publik yang mendapat amanah menyelenggarakan program Jaminan Sosial bidang Kesehatan, BPJS Kesehatan berkomitmen meningkatkan kepuasan peserta baik disaat memperoleh pelayanan kesehatan di faskes primer maupun faskes tingkat lanjutan. Peningkatan kualitas layanan di faskes primer seperti Puskesmas sangat penting artinya bagi masyarakat, agar masyarakat memperoleh kemudahan mendapatkan layanan bermutu. Puskesmas yang berkualitas tentu akan memenuhi kebutuhan SDM-nya baik secara kuantitas maupun kualitas, mencukupi ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan dan optimalisasi program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (BPJS, 2017).

Beberapa permasalahan JKN terkait pemanfaatan dana kapitasi JKN yaitu pengadaan obat dan alat kesehatan terkendala tenaga yang belum tersertifikasi dalam pengadaan barang dan jasa, masih terdapat Puskesmas yang memiliki fasilitas kurang memadai serta rasio dokter dengan jumlah penduduk tidak berimbang, hasil audit BPKP terkait tanggungjawab dinas terhadap dana kapitasi masih terlalu rumit, serta kurangnya sosialisasi JKN sehingga pemahaman peserta masih minim (Suhartini, 2017).

Dalam konsep kapitasi, dorongan upaya-upaya pencegahan dan promotif sangat besar, sehingga konsep kapitasi akan mengubah orientasi pelayanan, dari kuratif ke preventif, dengan sangat mempertimbangkan dampak ekonomi dari upaya preventif tersebut. Dalam pembayaran kapitasi, dokter juga akan memberikan layanan yang berkualitas tinggi, dengan menegakkan diagnosis yang tepat dan terapi yang tepat pula (Kurnia dan Nurwahyuni, 2018).

Pada akhir tahun 2013 Kabupaten Buru Selatan mekar menjadi 6 (enam) kecamatan. Keenam kecamatan ini terbagi dalam 81 desa. Kecamatan tersebut adalah kecamatan Kepala Madan (16 desa), kecamatan Leksula (19 desa), Kecamatan Fena Fafan (11 desa), Kecamatan Namrole (17 desa), kecamatan Waesama (11 desa), serta kecamatan Ambalau (7 desa). (Buru Selatan dalam angka tahun 2021).

Dinas Kesehatan Kabupaten Buru Selatan membawahi 13 puskesmas yang tersebar di enam kecamatan. Penelitian ini dilakukan di salah satu puskesmas Kabupaten Buru Selatan yaitu Puskesmas Namrole. Jumlah tenaga dokter di Kabupaten Buru Selatan masih belum cukup yakni Jumlah tenaga dokter umum tahun 2021 sebanyak 29 orang dan Dokter Gigi 1 orang yang tersebar ke semua Puskesmas dan rumah sakit, yang seharusnya dari perhitungan rasio sebanyak 36 orang. Di Puskesmas terdapat 15 orang dokter umum dan 1 orang dokter gigi. (Dinas Kesehatan, 2021).

Kehadiran Permenkes No 6 Tahun 2022 yang merevisi Permenkes No 21 Tahun 2016 ini dinilai cukup baik. Walau demikian, ada beberapa catatan yang harus dicermati utamanya terkait dengan penentuan alokasi dana kapitasi yang masih menjadi keputusan Kepala Daerah dan Kepala SKPD dinas kesehatan Kabupaten atau Kota. Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah berpendapat dalam Permenkes yang baru ini masih ada celah sehingga berpotensi menimbulkan keresahan di lapangan. Setidaknya ada dua poin yang menjadi sorotan dalam aturan baru ini. Pertama, mengenai penilaian dari jasa kesehatan. Kedua, terkait dengan adanya aturan yang terperinci di dalam pemerintah kabupaten atau kota (Ardyanto, 2016).

Menurut Edward III terbatasnya insentif yang diberikan kepada implementor merupakan penyebab utama gagalnya pelaksanaan program, bahwa terbatasnya sumber daya anggaran akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Disamping program tidak bisa dilaksanakan dengan optimal, keterbatasan anggaran menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah (Kartika, 2014).

Sehingga dengan latar belakang di atas, maka penelitian ingin menganalisis implementasi kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.6 Tahun 2022 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2021.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana pengaruh faktor komunikasi terhadap implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan ?
2. Bagaimana pengaruh faktor sumber daya terhadap implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan ?
3. Bagaimana pengaruh faktor disposisi terhadap implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan ?
4. Bagaimana pengaruh faktor struktur birokrasi terhadap implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian :

- a. Menganalisis faktor komunikasi dalam implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole

Kabupaten Buru Selatan.

- b. Menganalisis faktor Sumber Daya dalam implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.
- c. Menganalisis faktor Disposisi dalam implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.
- d. Menganalisis faktor Struktur Birokrasi dalam implementasi kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi JKN di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat menambah pengalaman ilmiah dan berfikir kritis dan sebagai bahan pertimbangan penelitian lanjutan tentang implementasi pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas.

##### 2. Manfaat Institusi

- a. Sebagai dasar bagi manajemen Puskesmas dalam melakukan evaluasi tentang penatalaksanaan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN berdasarkan peraturan menteri kesehatan no. 21 tahun 2016 di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.
- b. Sebagai bahan informasi bagi manajemen Puskesmas dalam melakukan evaluasi tentang penatalaksanaan kebijakan

pemanfaatan dana kapitasi JKN berdasarkan peraturan menteri kesehatan no. 21 tahun 2016 di Puskesmas Namrole Kabupaten Buru Selatan.

### 3. Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

Menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya bidang ilmu kesehatan masyarakat dalam kaitannya dengan Implementasi kebijakan pemanfaatan dana kapitasi JKN di FKTP milik Pemerintah Daerah.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Implementasi Kebijakan**

##### **1. Definisi Implementasi Kebijakan**

Implementasi merupakan suatu tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan, tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang telah diputuskan sebelumnya. Implementasi pada hakikatnya juga upaya pemahaman apa yang seharusnya terjadi setelah sebuah program dilaksanakan. Implementasi kebijakan tidak hanya melibatkan instansi yang bertanggungjawab untuk pelaksanaan kebijakan tersebut, namun juga menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi, dan sosial.

Istilah implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti pelaksanaan atau penerapan. Istilah implementasi biasanya dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Kamus Webster, merumuskan bahwa *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carryingout* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu), *to give practicia effect to* (menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu). Pengertian tersebut mempunyai arti bahwa untuk mengimplementasikan sesuatu harus disertakan

sarana yang mendukung yang nantinya akan menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu itu (Winarno, 2007).

Selain pengertian implementasi menurut Webster di atas dijelaskan juga menurut Van Meter dan Van Horn yang menjelaskan bahwa implementasi adalah Tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. (Meter dan Horn dalam Wahab, 2004)

Pandangan Meter dan Horn bahwa Implementasi merupakan tindakan oleh individu, pejabat, kelompok badan pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuann yang telah digariskan dalam suatu keputusan tertentu. Badan-badan tersebut melaksanakan pekerjaan-pekerjaan pemerintah yang membawa dampak pada warganegaranya. Namun dalam praktiknya badan-badan pemerintah sering menghadapi pekerjaan-pekerjaan di bawah mandat dari undang-undang, sehingga membuat mereka menjadi tidak jelas untuk memutuskan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang seharusnya tidak dilakukan.

Implementasi kebijakan adalah tahap krusial dalam proses kebijakan itu sendiri. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau mencapai

tujuan yang diinginkan. Menurut van Meter dan van Horn (Winarno B, 2012) membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan individu – individu atau kelompok baik swasta maupun pemerintah untuk mencapai tujuan dalam keputusan kebijakan sebelumnya.

## 2. Teori (Model) Implementasi

Studi implementasi merupakan suatu kajian mengenai studi kebijakan yang mengarah pada proses pelaksanaan dari suatu kebijakan. Implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis dengan adanya intervensi berbagai kepentingan (Sugianor, 2017).

Model-model Implementasi menurut Parsons (2006,) secara garis besar model implementasi kebijakan dapat dibagi menjadi empat yakni model analisis kegagalan, model rasional (top-down), model bottom-up, model teori hybrid. Faktor Pendukung Implementasi menurut Teori Implementasi Kebijakan George Edward III yang dikutip oleh Winarno (2002), yakni komunikasi, Sumber-sumber, kecenderungan atau tingkah laku-tingkah laku dan struktur birokrasi. Sedangkan faktor penghambat implementasi menurut Sunggono (1994) implementasi kebijakan mempunyai beberapa faktor penghambat, yaitu isi kebijakan, informasi, dukungan, pembagian potensi. Adapun Model-model Implementasi Kebijakan sebagai berikut :

a. Teori George C. Edward

Dalam pandangan Edward III, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu :

1) Komunikasi, yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Secara umum ada 3 hal penting dalam proses komunikasi kebijakan yakni transmisi, konsistensi dan kejelasan.

a) *Transmisi*, menghendaki agar kebijakan publik disampaikan tidak hanya kepada pelaksana kebijakan saja namun juga disampaikan pada kelompok sasaran kebijakan dan pihak lain yang berkepentingan baik langsung maupun tidak langsung terhadap kebijakan tersebut.

b) *Kejelasan*, kebijakan yang telah ditransmisikan pada para pihak terkait hendaknya diterima dengan jelas sehingga mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan, sasaran serta substansi dari kebijakan tersebut.

c) *Konsistensi*, jika menginginkan proses implementasi menjadi cepat dan efektif maka diperlukan perintah-perintah yang konsisten dan jelas sebab ketidakkonsistenan perintah akan mendorong para pelaksana kebijakan mengambil tindakan yang sangat longgar dalam mengimplementasikan kebijakan (Kartika, 2014).

2) Sumber daya, dimana meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial.

*Sumber daya manusia*, SDM merupakan variabel penting yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kebijakan. Menurut Edward III, *sumber daya manusia (Staf) harus cukup dan cakap*. Artinya bahwa SDM harus memadai secara jumlah atau cukup serta terampil dan ahli atau cakap (Widodo, 2010).

*Sumber daya anggaran*, Sumber daya lain yang juga cukup berpengaruh terhadap pelaksanaan kebijakan yaitu sumber daya anggaran. Terbatasnya anggaran akan

menghambat pelaksanaan program, terbatasnya anggaran yang tersedia juga akan memengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat (Kartika, 2014).

*Sumber daya fasilitas*, fasilitas merupakan salah satu penunjang keberhasilan implementasi kebijakan. Sumber daya peralatan seperti gedung, tanah dan sarana semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan. Terbatasnya fasilitas tidak mendorong motivasi pelaku kebijakan dalam melaksanakan tugasnya (Winarno, 2007).

*Sumber Daya Informasi*, menurut Edward dalam Winarno (2007), ada dua bentuk informasi yang pertama informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan seperti petunjuk pelaksanaan kebijakan, tahapan, proses atau sejenisnya. Tujuannya agar pelaksanaan kebijakan menjadi lebih jelas. Bentuk kedua yaitu informasi berupa data tentang ketaatan personil-personil lain terhadap peraturan pemerintah.

Kewenangan adalah sumber daya berikutnya yang ikut memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Edward III dalam Widodo (2010) menegaskan bahwa *“kewenangan yang cukup untuk membuat keputusan sendiri yang dimiliki oleh suatu lembaga akan*



*memengaruhi lembaga itu dalam melaksanakan suatu kebijakan”*. Ketika institusi dihadapkan pada masalah yang memerlukan penanganan yang cepat maka kewenangan menjadi hal yang sangat dibutuhkan.

- 3) Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. sikap dari pelaksana kadangkala menyebabkan masalah apabila sikap atau cara pandangnya berbeda dengan pembuat kebijakan. Oleh karena itu, untuk mengantisipasi dapat mempertimbangkan atau memperhatikan aspek pengangkatan pegawai (pelaksana) dan insentif.

Faktor-faktor yang menjadi perhatian Edward III dalam Widodo (2010) mengenai disposisi dalam implementasi kebijakan terdiri dari:

- a) Pengangkatan birokrasi. Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel

pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat.

- b) Insentif merupakan salah-satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi.
- 4) Struktur birokrasi merupakan susunan komponen (unit-unit) kerja dalam organisasi yang menunjukkan adanya pembagian kerja serta adanya kejelasan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan, selain itu struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan, saluran perintah dan penyampaian laporan. Struktur

organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel. Aspek dari struktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi.

Menurut Edwards III terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni:

- a) Standard operational procedure (SOP) merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas". Demikian pula dengan jelas tidaknya standar operasi, baik menyangkut mekanisme, system dan prosedur pelaksanaan kebijakan, pembagian tugas pokok, fungsi dan kewenangan, dan tanggung jawab diantara pelaku, dan tidak harmonisnya hubungan diantara organisasi pelaksana satu dengan yang lainnya ikut pula menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Namun, SOP sangat mungkin dapat menjadi kendala bagi implementasi kebijakan baru yang membutuhkan cara-cara kerja baru atau tipe- tipe personil baru untuk melaksanakan

kebijakan-kebijakan. Dengan begitu, semakin besar kebijakan membutuhkan perubahan dalam cara-cara yang lazim dalam suatu organisasi, semakin besar pula probabilitas SOP menghambat implementasi.

b) Fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi. Struktur birokrasi yang terfragmentasi (terpecah-pecah atau tersebar) dapat meningkatkan gagalnya komunikasi, karena kesempatan untuk instruksinya terdistorsi sangat besar. Semakin terdistorsi dalam pelaksanaan kebijakan, semakin membutuhkan koordinasi yang intensif (Winarno, 2007).

b. Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn

Model yang diperkenalkan oleh duet Donald Van Meter dengan Carl Van Horn (dalam Subarsono, 2005: 99), menegaskan bahwa “Implementasi kebijakan berjalan secara linear dari kebijakan publik, implementor, dan kinerja kebijakan publik”. Beberapa variabel yang dimasukkan sebagai variabel yang mempengaruhi dan yang menyangkut dalam proses kebijakan publik adalah:

- 1) Standar dan sasaran kebijakan, dimana standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan apabila standar dan sasaran kebijakan kabur;
- 2) Sumber daya, dimana implementasi kebijakan perlu dukungan sumberdaya, baik sumber daya manusia maupun sumber daya non manusia;
- 3) Hubungan antar organisasi, yaitu dalam banyak program, implementor sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain, sehingga diperlukan koordinasi dan kerja sama antar instansi bagi keberhasilan suatu program;
- 4) Karakteristik agen pelaksana yaitu mencakup struktur birokrasi, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi yang semuanya itu akan mempengaruhi implementasi suatu program;
- 5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi. Variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi, lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan, karakteristik para partisipan, yakni mendukung atau menolak, bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan, serta apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan;

- 6) Disposisi implementor yang mencakup tiga hal yang penting, yaitu respon implementor terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan, kognisi yaitu pemahaman terhadap kebijakan, intensitas disposisi implementor, yaitu preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor (Subarsono, 2005).

c. Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Teori ini berpendapat bahwa terdapat tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yaitu

1) Karakteristik masalah (*tractability of the problems*)

- a) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan dimana di satu pihak terdapat beberapa masalah sosial yang secara teknis mudah dipecahkan, seperti kekurangan persediaan air bersih bagi penduduk;
- b) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Hal ini berarti bahwa suatu program akan relatif mudah diimplementasikan apabila kelompok sasarannya adalah homogen, karena tingkat pemahaman kelompok sasaran relatif sama;

- c) Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi, dimana sebuah program akan relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi dan sebaliknya sebuah program relatif mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar;
  - d) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan dimana sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif akan relatif mudah diimplementasikan dibanding program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat.
- 2) Karakteristik kebijakan (*ability of statute to structure implementation*), yaitu:
- a) Kejelasan isi kebijakan, yaitu karena semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan maka akan lebih mudah diimplementasikan, karena implementor mudah memahami dan menerjemahkannya dalam tindakan nyata;
  - b) Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis dimana kebijakan yang memiliki dasar teoritis memiliki sifat lebih mantap karena sudah teruji, meskipun untuk beberapa lingkungan tertentu perlu ada modifikasi;

- c) Besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan tersebut, dimana sumber daya keuangan adalah faktor krusial untuk setiap program sosial. Setiap program juga memerlukan dukungan staf untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi dan teknis, serta memonitor program yang semuanya memerlukan biaya;
- d) Seberapa besar adanya ketertarikan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana, dimana kegagalan kerja sering disebabkan oleh kurangnya koordinasi vertikal dan horizontal antar instansi yang terlibat dalam implementasi program;
- e) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana;
- f) Tingkat komitmen aparat, terhadap tujuan kebijakan. Kasus korupsi yang terjadi di Negara-negara dunia ketiga, khususnya Indonesia salah satu sebabnya adalah rendahnya tingkat komitmen aparat untuk melaksanakan tugas dan pekerjaan atau program-program.
- g) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan, dimana suatu program yang memberikan peluang luas bagi



masyarakat untuk terlibat akan relatif mendapat dukungan dibanding program yang tidak melibatkan masyarakat (Alama, 2012).

3) Lingkungan kebijakan (*nonstatutory variable effecting implementation*), yaitu :

a) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi dimana masyarakat yang sudah terbuka dan terdidik akan relative mudah menerima program pembaharuan dibanding dengan masyarakat yang masih tertutup dan tradisional;

b) Dukungan publik sebuah kebijakan, dimana kebijakan yang memberikan insentif biasanya mudah mendapatkan dukungan publik, sebaliknya kebijakan yang bersifat dis-intensif, misalnya kenaikan harga BBM akan kurang mendapatkan dukungan publik;

c) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*), dimana kelompok pemilih yang ada dalam masyarakat dapat mempengaruhi implementasi kebijakan melalui berbagai cara, yaitu kelompok dapat melakukan terhadap keputusan yang dibuat badan-badan pelaksana melalui berbagai komentar dengan maksud untuk mengubah keputusan dan kelompok pemilih dapat memiliki kemampuan untuk mempengaruhi

badan-badan pelaksana secara tidak langsung melalui kritik yang dipublikasikan terhadap badan-badan pelaksana;

d) Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementor .pada akhirnya, komitmen aparat pelaksana untuk merealisasikan tujuan yang telah tertuang dalam kebijakan adalah variabel yang paling krusial, sehingga aparat pelaksana harus memiliki keterampilan dalam membuat prioritas tujuan dan selanjutnya merealisasikan prioritas tujuan tersebut (Solihin, 2004).

d. Teori David L. Wimer dan Aidan R.Vining

Welmer dan Vining mengemukakan bahwa terdapat tiga kelompok variabel besar yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu program, yaitu:

a) Logika kebijakan. Dimana hal ini dimaksudkan agar suatu kebijakan yang ditetapkan masuk akal (*reasonable*) dan mendapatkan dukungan teoritis;

b) Lingkungan tempat kebijakan dioperasikan akan mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan, dimana yang dimaksud lingkungan dalam hal ini mencakup lingkungan sosial, politik, ekonomi, hankam, dan fisik, atau geografis. Suatu kebijakan yang berhasil

pada suatu daerah, bisa saja gagal diimplementasikan pada daerah lain yang berbeda;

- c) Kemampuan implementor kebijakan. Tingkat kompetensi implementor mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan (Solihin, 2004).

## **B. Tinjauan Umum Kebijakan Publik**

### **1. Pengertian Kebijakan Publik**

Menurut Dunn, mengatakan kebijakan publik adalah suatu rangkaian pilihan-pilihan yang saling berhubungan yang dibuat oleh lembaga atau pejabat pemerintah pada bidang-bidang yang menyangkut tugas pemerintahan, seperti pertahanan keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan masyarakat, kriminalitas, perkotaan dan lain-lain. Menurut Thomas R Dye, mengatakan bahwa kebijakan publik adalah “apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan”.

Dye mengatakan bahwa pemerintah memilih untuk melakukan sesuatu maka harus ada tujuannya dan kebijakan publik itu meliputi semua tindakan pemerintah jadi bukan semata-mata merupakan pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat pemerintah saja. Jenis-jenis kebijakan publik menurut Nugroho (2006) dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu kebijakan yang bersifat makro, kebijakan yang bersifat meso, kebijakan yang bersifat mikro. Proses kebijakan publik menurut Subarsono (2005), adalah

“serangkaian intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut mulai dari penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan”.

Kebijakan Publik (*Public Policy*) adalah suatu aturan yang mengatur kehidupan bersama yang harus ditaati dan berlaku mengikat seluruh warganya, setiap pelanggaran akan diberi sanksi sesuai dengan bobot pelanggaran yang dilakukan dan sanksi dijatuhkan di depan masyarakat oleh lembaga yang mempunyai tugas menjatuhkan sanksi. Kebijakan publik dapat diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud yang ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan. (Subarsono, 2005)

Menurut James E. Anderson secara lebih jelas menyatakan bahwa yang dimaksud kebijakan adalah kebijakan yang dikembangkan oleh pengembangan sumber daya manusia berkaitan dengan tersedianya kesempatan dan pengembangan belajar, membuat program-program training yang meliputi perencanaan, penyelenggaraan dan evaluasi atas program-program tersebut (Subarsono, 2005).

Menurut Charles O. Jones istilah kebijakan (*policy term*) digunakan dalam praktek sehari-hari namun digunakan untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang sangat berbeda. Istilah ini sering dipertukarkan dengan tujuan (*goals*), program, keputusan (*decisions*), *standard*, proposal, dan *grand design*. Namun demikian, meskipun kebijakan publik mungkin kelihatannya sedikit abstrak atau mungkin dapat dipandang sebagai sesuatu yang “terjadi” terhadap seseorang. Robert Eystone mengatakan bahwa “secara luas” kebijakan publik dapat didefinisikan sebagai “*hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya*” (Winarno, 2007)

Disamping itu, kebijakan publik adalah juga kebijakan-kebijakan yang dikembangkan/dibuat oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Implikasi pengertian dari pandangan ini adalah bahwa kebijakan publik :

- 1) Lebih merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan daripada sebagai perilaku atau tindakan yang kebetulan;
- 2) Pada hakekatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling terkait;
- 3) Bersangkutan dengan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah dalam bidang tertentu atau bahkan merupakan apa yang pemerintah maksud atau melakukan sesuatu atau

menyatakan melakukan sesuatu;

- 4) Bisa bersifat positif yang berarti merupakan beberapa bentuk tindakan (langkah) pemerintah mengenai masalah tertentu, dan bersifat negatif yang berarti merupakan keputusan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu;
- 5) Kebijakan publik setidaknya-tidaknya dalam arti positif didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan/undang-undang yang bersifat memaksa (otoratif). (Mulyono, 2009)

## 2. Analisis Kebijakan Publik

Analisis kebijakan publik adalah suatu disiplin ilmu sosial, terapan, yang menggunakan berbagai macam metodologi penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan mentransformasikan informasi yang relevan dengan kebijakan, yang digunakan dalam lingkungan politik tertentu, untuk memecahkan masalah-masalah kebijakan. Jadi analisis kebijakan publik lebih merupakan nasehat atau bahan pertimbangan pembuat kebijakan publik yang berisi tentang masalah yang dihadapi, tugas yang mesti dilakukan oleh organisasi publik berkaitan dengan masalah tersebut, dan juga berbagai alternatif kebijakan yang mungkin bisa diambil dengan berbagai penilaiannya berdasarkan tujuan kebijakan. Analisis kebijakan publik bertujuan memberikan rekomendasi untuk membantu para pembuat kebijakan dalam upaya memecahkan masalah-masalah publik (Dunn, 2000).

Analisis kebijakan publik berdasarkan kajian kebijakannya dapat dibedakan antara analisis kebijakan sebelum adanya kebijakan publik tertentu dan sesudah adanya kebijakan publik tertentu. Analisis kebijakan sebelum adanya kebijakan publik berpijak pada permasalahan publik semata sehingga hasilnya benar-benar sebuah rekomendasi kebijakan publik yang baru. Keduanya baik analisis kebijakan sebelum maupun sesudah adanya kebijakan mempunyai tujuan yang sama yakni memberikan rekomendasi kebijakan kepada penentu kebijakan agar didapat kebijakan yang lebih berkualitas (Dunn,2000).

Terdapat tiga bentuk utama analisis kebijakan publik, yaitu:

- a. Analisis kebijakan prospektif. yaitu berupa produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan. Analisis kebijakan disini merupakan suatu alat untuk mensintesa informasi untuk dipakai dalam merumuskan alternatif dan preferensi kebijakan yang dinyatakan secara komparatif, diramalkan dalam bahasa kuantitatif dan kualitatif sebagai landasan atau penuntun dalam pengambilan keputusan kebijakan.
- b. Analisis kebijakan retrospektif, adalah sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan.

Terdapat 3 tipe analisis berdasarkan kegiatan yang dikembangkan oleh kelompok analisis ini yakni analisis yang berorientasi pada disiplin, analisis yang berorientasi pada masalah dan analisis yang berorientasi pada aplikasi. Tentu saja ketiga tipe analisis retrospektif ini terdapat kelebihan dan kelemahan.

- c. Analisis kebijakan yang terintegrasi, merupakan bentuk analisis yang mengkombinasikan gaya operasi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan diambil. Analisis kebijakan yang terintegrasi tidak hanya mengharuskan para analisis untuk mengkaitkan tahap penyelidikan retrospektif dan perspektif, tetapi juga menuntut para analisis untuk terus menerus menghasilkan dan mentransformasikan informasi setiap saat (Dunn, 2000).

Dalam arti luas, analisis kebijakan publik adalah suatu bentuk penelitian terapan untuk memahami secara mendalam berbagai permasalahan sosial guna mendapatkan pemecahan yang lebih baik.

### 3. Proses Dalam Pembuatan Kebijakan Publik

Dalam proses pembuatan kebijakan publik pemerintah memerlukan model dalam menyusun suatu kebijakan, dengan adanya model tersebut pembuatan kebijakan publik dapat



dilakukan untuk mengambil suatu keputusan atau pendapat dari berbagai pihak. Model ini juga dapat membantu pekerjaan pemerintah dalam memahami kebijakan publik yang kompleks, sehingga mempermudah tugas pemerintah dalam mengupayakan dalam memahami bagaimana proses perumusan atau proses implementasi kebijakan publik itu (Winarno, 2007).

Ada beberapa model yang dipergunakan dalam pembuatan kebijakan publik, yaitu:

- a. Model Elit, yaitu pembentukan kebijakan publik hanya berada pada sebagian kelompok orang-orang tertentu yang sedang berkuasa.
- b. Model Kelompok, yaitu model yang merupakan interaksi antar kelompok dan merupakan fakta sentral dari politik serta pembuatan kebijakan publik.
- c. Model Kelembagaan, yaitu lembaga pemerintah. Yang masuk dalam lembaga-lembaga pemerintah eksekutif (presiden, menteri-menteri, dan departemennya), lembaga legislatif (parlemen), lembaga yudikatif, pemerintah daerah dan lain-lain.
- d. Model Proses, yaitu rangkaian kegiatan politik mulai dari identifikasi masalah, perumusan usul, pengesahan kebijaksanaan, pelaksanaan, dan evaluasinya.

- e. Model Rasialisme yaitu, untuk mencapai tujuan secara efisiensi, dengan demikian dalam model ini segala sesuatu dirancang dengan tetap, untuk meningkatkan hasil bersihnya.
- f. Model Inkriminalisme yaitu, berpatokan pada kegiatan masa lalu, dengan sedikit perubahan (Dunn, 2000).

Dengan memperhatikan model-model di atas, membantu pemerintah untuk lebih mudah mengetahui tujuan daripada kebijakan yang harus diambil, sehingga Pemerintah dan anggota Dewan dapat memutuskan hasil yang lebih baik. Dengan demikian kebijakan yang telah diambil dapat ditujukan untuk melakukan intervensi terhadap kehidupan publik dan meningkatkan publik itu sendiri.

Disamping model yang digunakan dalam proses pembuatan kebijakan publik maka pemerintah juga harus mengetahui tahap-tahap yang harus dilakukan dalam pembuatan kebijakan publik agar suatu kebijakan dapat disusun dan dilaksanakan dengan baik. Kebijakan yang dimunculkan sebagai sebuah keputusan terlebih dahulu melewati beberapa tahap penting (Winarno, 2007).

## **C. Tinjauan Umum Dana Kapitasi JKN**

### **1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan bagian dari sistem jaminan sosial (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat

wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (UU, 2004).

Jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah 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 (Perpres, 2013b). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013, Jaminan Kesehatan Nasional yang telah dilaksanakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 (UU, 2013).

## **2. Mekanisme Penyelenggaraan**

Manfaat jaminan kesehatan bersifat perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan (UU, 2004). Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran meliputi (Permenkes, 2014):

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-Undang SJSN yang iurannya dibayar pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.
- b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) :
  - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya :
    - a) Pegawai Negeri Sipil
    - b) Anggota TNI
    - c) Anggota Polri
    - d) Pejabat Negara
    - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
    - f) Pegawai swasta
    - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah
  - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja di luar hubungan kerja dan pekerja mandiri (setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri)
  - 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri atas :
    - a) Investor
    - b) Pemberi Kerja
    - c) Penerima pensiun
    - d) Veteran
    - e) Perintis Kemerdekaan

- f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

### **3. Sistem Pembiayaan JKN**

Menurut Peraturan Presiden No.12 pasal 16 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, pembiayaan JKN berasal dari iuran peserta, pemberi kerja, dan atau Pemerintah untuk program jaminan kesehatan yang dibayarkan secara teratur. Pembayaran dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan sistem kapitasi untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan sistem Indonesia *Case Based Groups* (INA CBG's) untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mempunyai wewenang untuk melakukan pembayaran dengan cara lain, jika tidak memungkinkan pembayaran secara kapitasi pada daerah dengan kondisi geografis tertentu. Kapitasi adalah metode pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan jasa kesehatan yaitu dokter atau rumah sakit mendapat penghasilan tetap per peserta, per periode waktu, untuk pelayanan yang telah ditentukan untuk periode waktu tertentu (Dewanto et al., 2014).

#### 1) Sistem pembiayaan kapitasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 59 Tahun 2014 tentang standar tarif jaminan kesehatan nasional menyatakan bahwa tarif kapitasi adalah besaran

pembayaran perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Jumlah besaran kapitasi yang diberikan ialah berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Standar tarif kapitasi pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah Rp. 3000,- (tiga ribu rupiah) sampai Rp. 6000,- (enam ribu rupiah) seperti pada Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara. Pada rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas pelayanan kesehatan yang setara mendapatkan tarif kapitasi sebesar Rp. 8000, (delapan ribu rupiah) sampai Rp. 10.000,- (sepuluh ribu rupiah) dan pada praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp. 2000,- (dua ribu rupiah) (Kementerian Kesehatan, 2014).

Penetapan jasa pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 adalah sekurang kurangnya 60% dari alokasi dana kapitasi dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional kesehatan. Pembagian jasa pelayanan kesehatan dan non kesehatan ditetapkan dengan berdasarkan pertimbangan variabel ketenagaan dan/ Jabatan dan variabel kehadiran (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

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, 2016).

2) Sistem pembiayaan berdasarkan *INA CBG'*

Menurut Permenkes Nomor 59 Tahun 2014 tarif *Indonesian Case Based Groups* atau disebut tarif *INA-CBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Besaran pembayaran klaim pada paket INACBGs diberikan berdasarkan paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Kementerian Kesehatan, 2014).

**D. Tinjauan Umum Pengelolaan Dana Kapitasi Berdasarkan PMK Nomor 21 Tahun 2016**

1. PMK No.21 Tahun 2016 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi pada FKTP milik Pemda

Sejak BPJS dimandatkan sebagai penyelenggara Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) salah satunya melalui JKN pada tanggal 21 April 2014, terbit dan diundangkan Perpres 32/2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi pada FKTP milik Pemda. Diperinci kemudian dengan PMK No.19 Tahun 2014 yang terbit tanggal 24 April 2014 dan diundangkan pada 2 Mei

2014. Terakhir, pada tanggal 20 April 2016 telah terbit dan diundangkan tanggal 18 Mei 2016 PMK No.21 Tahun 2016 sebagai revisi terhadap PMK No.19 Tahun 2014.

Hal menarik lainnya dari Permenkes baru ini adalah penetapan bagaimana memanfaatkan sisa dana kapitasi. Ditegaskan bahwa bila terdapat dana sisa, maka dimanfaatkan untuk tahun anggaran berikutnya. Tetapi harus tetap sama bahwa sisa dana porsi jasa pelayanan hanya untuk jasa pelayanan, dan sebaliknya dengan biaya operasional. Hal ini menarik karena masih adanya masalah terhadap sisa dana kapitasi di akhir tahun anggaran. Hanya tidak disebutkan pemberlakuan surut terhadap klausul ini. Yang jelas, pemanfaatan tersebut harus dimasukkan dalam RKA SKPD sesuai ketentuan (Anonym, 2018).

Adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi dan Jaminan Kesehatan Nasional, maka Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 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 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 589), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku (Anonym, 2018).



## 2. Pemanfaatan Dana Kapitasi

Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2016. Peraturan tersebut menjelaskan secara rinci tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah Daerah (Anonym, 2018).

Dana JKN merupakan 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. Secara khusus, peraturan tersebut ditujukan untuk FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) (Anonym, 2018).

Dana yang diterima kemudian dikelola oleh masing-masing FKTP untuk dialokasikan ke dalam dua hal, yaitu pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP (Anonym, 2018).

Besarnya alokasi dana yang digunakan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan adalah sekurang-kurangnya 60% dari seluruh dana JKN yang diterima, Selisih antara total dana kapitasi JKN dengan dana yang dialokasikan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan digunakan untuk membiayai dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan, yang meliputi biaya obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, serta biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya yaitu untuk belanja operasional barang dan belanja modal. Besaran alokasi adalah usulan dari SKPD Dinkes dan ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan beberapa pertimbangan, yaitu: Tunjangan yang telah diterima dari Pemda, Kegiatan Operasional Pelayanan Kesehatan sesuai target, Kebutuhan obat, alkes dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) (Anonym, 2018).

a. Pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan

Dana yang di dapat oleh Puskesmas dalam melakukan pelayanan adalah menggunakan dana kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Dana kapitasi merupakan besaran pembayaran per bulan yang dibayarkan di muka kepada Puskesmas berdasarkan jumlah peserta JKN terdaftar, tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Artinya, Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dimiliki daerah akan mendapatkan

transfer dana segar pada awal bulan dengan hanya memperhitungkan pada jumlah kepesertaan JKN di wilayahnya. Dana yang telah dikirimkan ke Puskesmas tersebut akan dimanfaatkan oleh Puskesmas untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan (minimum sebesar 60% dari total dana kapitasi yang diminta) dan sisanya digunakan untuk biaya operasional (Setiaji et al., 2015).

Besaran jasa medis yang didapatkan tenaga medis berdasarkan perhitungan persentase kehadiran dikali jenis ketenagaan ditambah masa kerja, rangkap tugas administrasi dan tanggung jawab program yang dipegang per total jumlah seluruh poin. Pemanfaatan dana kapitasi yang bisa digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi. Jasa Pelayanan Kesehatan dibayarkan bagi jasa tenaga kesehatan dan non kesehatan (baik PNS, kontrak, tidak tetap) yang melakukan pelayanan di FKTP (Winanda, 2017).

b. Dukungan Biaya Operasional Kesehatan

Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) dimanfaatkan untuk:

- 1) Biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
- dan

2) Biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, 2016).

Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud, meliputi:

- 1) Belanja barang operasional, terdiri atas:
  - a) Pelayanan kesehatan dalam gedung;
  - b) Pelayanan kesehatan luar gedung;
  - c) Operasional dan pemeliharaan kendaraan Puskesmas keliling;
  - d) Bahan cetak atau alat tulis kantor;
  - e) Administrasi, koordinasi program, dan system informasi;
  - f) Peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan; dan/atau
  - g) pemeliharaan sarana dan prasarana.
- 2) Belanja modal untuk sarana dan prasarana yang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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,2016).

Pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan pengadaan barang/jasa yang terkait dengan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya dapat dilakukan oleh SKPD dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengadaan sebagaimana dimaksud harus mempertimbangkan ketersediaan yang dialokasikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah. Pengadaan sebagaimana dimaksud harus berpedoman pada formularium nasional (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, 2016).

Dalam hal obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan tidak tercantum dalam formularium nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dapat menggunakan obat lain termasuk obat tradisional, obat herbal terstandar dan fitofarmaka secara terbatas, dengan persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Penggunaan Dana Kapitasi untuk

dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, 2016).

### 3. Pemanfaatan Sisa Dana Kapitasi

Pemanfaatan Sisa dari alokasi dana JKN yang dimiliki oleh FKTP dapat digunakan untuk tahun anggaran berikutnya yang harus dimasukkan dalam rencana pendapatan dan belanja Dana Kapitasi JKN yang dianggarkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pemanfaatan sisa dana JKN hanya dapat digunakan untuk membiayai kegiatan yang sejenis dengan alokasi sebelumnya, yaitu sisa alokasi dana untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan hanya dapat dimanfaatkan untuk membiayai jasa pelayanan kesehatan pada tahun anggaran berikutnya, begitu pula dengan kegiatan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan (Anonym, 2018).

#### 4. Pembinaan dan Pengawasan Dana Kapitasi

Penggunaan dana kapitasi diawasi oleh Dinas Kesehatan bukan oleh BPJS, Puskesmas setiap bulan melakukan SPJ kepada Dinas Kesehatan tentang penggunaan dana kapitasi di Puskesmas. Untuk membelanjakan dana kapitasipun diperlukan persetujuan tim belanja Dinas Kesehatan terlebih dahulu (Prativi et al., 2015).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.21 Tahun 2016 yang berkaitan pembinaan dan pengawasan memiliki skema yakni :

- a. 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.
- b. Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh bendahara dana kapitasi JKN pada FKTP.
- c. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. Pengawasan secara berjenjang dan pengawasan fungsional oleh Aparat Pengawasan Intern dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dan

pemanfaatan dana kapitasi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, 2016).

Pengklasifikasian pengawasan menurut Baswir (1999) lingkupnya dapat dikelompokkan menjadi pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh aparat pengawasan yang berasal dari lingkungan internal organisasi pemerintah (Halidayati, 2014).

- a. Pengawasan internal dalam arti sempit adalah pengawasan internal yang dilakukan oleh aparat pengawasan yang berasal dari lingkungan internal departemen atau lembaga Negara yang diawasi. Sedangkan pengawasan internal dalam arti luas adalah pengawasan internal yang dilakukan oleh aparat pengawasan yang berasal dari lembaga khusus pengawasan, yang dibentuk secara internal oleh pemerintah dan lembaga eksekutif.
- b. Pengawasan eksternal adalah suatu bentuk pengawasan yang dilakukan oleh suatu unit pengawasan yang sama sekali berasal dari luar lingkungan organisasi eksekutif. Dengan demikian, dalam pengawasan eksternal ini, antara pengawas dengan pihak yang diawasi tidak lagi terdapat hubungan kedinasan. Di Indonesia fungsi pengawasan eksternal ini antara lain diselenggarakan oleh Dewan



Perwakilan Rakyat (DPR), Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), dan secara langsung oleh masyarakat (Halidayati, 2014).

Dalam undang-undang No.15 Tahun 2004 tentang pemeriksaan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan Negara Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) menjadi pengawasan eksternal pemerintah yaitu melakukan pemeriksaan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan Negara/daerah, yang meliputi unsur keuangan. Dalam hal pemeriksaan dilakukan oleh akuntan public berdasarkan ketentuan undang-undang laporan hasil pemeriksaan tersebut wajib disampaikan kepada BPK dan dipublikasikan (Halidayati, 2014).

## **E. Tinjauan Umum Puskesmas**

### **1. Pengertian Puskesmas**

Puskesmas merupakan salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) memegang peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan program pembangunan nasional di tingkat Kecamatan. Dalam penyelenggaraan Puskesmas perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat dan menyukseskan Program Jaminan Sosial Nasional (Kurnia & Nurwahyuni, 2018).

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

## **2. Wilayah Kerja Puskesmas**

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas, untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling (Betri Anita, 2019).

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya. Penyelenggaraan fungsi upaya kesehatan masyarakat, puskesmas berwenang untuk :
  - a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan,

- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan,
  - c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan,
  - d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait,
  - e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat,
  - f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas,
  - g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan,
  - h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan, dan
  - i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat.
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan Tingkat Pertama di Wilayah Kerjanya. Penyelenggaraan fungsi upaya kesehatan perorangan, puskesmas berwenang untuk :
- a. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu,

- b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif,
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat,
- d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan dan keamanan pasien, petugas dan pengunjung,
- e. Melaksanakan rekam medis,
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan,
- g. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

### **3. Fungsi dan Peran Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (pasal 4,5,6 dan 7) telah diuraikan tugas, fungsi dan wewenang Puskesmas yang antara lain:

- a. Dalam mewujudkan program pembangunan kesehatan di tingkat Kecamatan Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat.
- b. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas menyelenggarakan fungsi dan wewenang sebagai berikut :
  - 1) Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah

kerjanya untuk menyelenggarakan fungsi Puskesmas tersebut, Puskesmas berwenang:

- a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain
- e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f) Melaksanakan peningkatan kompetensi SDM Puskesmas;
- g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
- i) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan

masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dengan menyelenggarakan fungsi Puskesmas tersebut, Puskesmas berwenang :

- a) Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b) Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c) Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e) Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f) Melaksanakan rekam medis;
- g) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h) Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga

Kesehatan;

- i) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan (Kementerian Kesehatan, 2014b).

## F. Sintesa Penelitian

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian

No	Nama/ Tahun	Judul	Tujuan	Metode dan Variabel	Hasil	Rekomendasi
1	Christyana Sandra, Yennike Tri Herawati, Ni'mal Baroya, Sulistiyani, Prehatin Trirahayu  Ningrum, Kurnia Ardiansyah  Akbar, Andrei Ramani  (2021)	Implementasi Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP) Di Kabupaten Jember	Penelitian ini menjawab sejumlah pertanyaan dalam tujuan yang terkait dengan pelaksanaan KBKP di Kabupaten Jember khususnya di 10 puskesmas	Metode Riset Implementasi. Riset ini membahas berbagai masalah implementasi dalam konteks yang beragam dimana pengambilan datanya dilakukan secara kualitatif (indepth interview) dan kuantitatif (analisis data sekunder)	Diketahui bahwa dalam pelaksanaan kebijakan terkait KBKP tersebut sebagian besar puskesmas di Kabupaten Jember tidak dapat mencapai target indikator contact rate. Kedua indikator lainnya (rasio rujukan dan prolanis) sebagian besar puskesmas dapat mencapai target tersebut. Terdapat beberapa hambatan dalam pelaksanaan kebijakan	Puskesmas harus meningkatkan sarana prasarana agar 145 diagnosis tersebut dapat diselesaikan

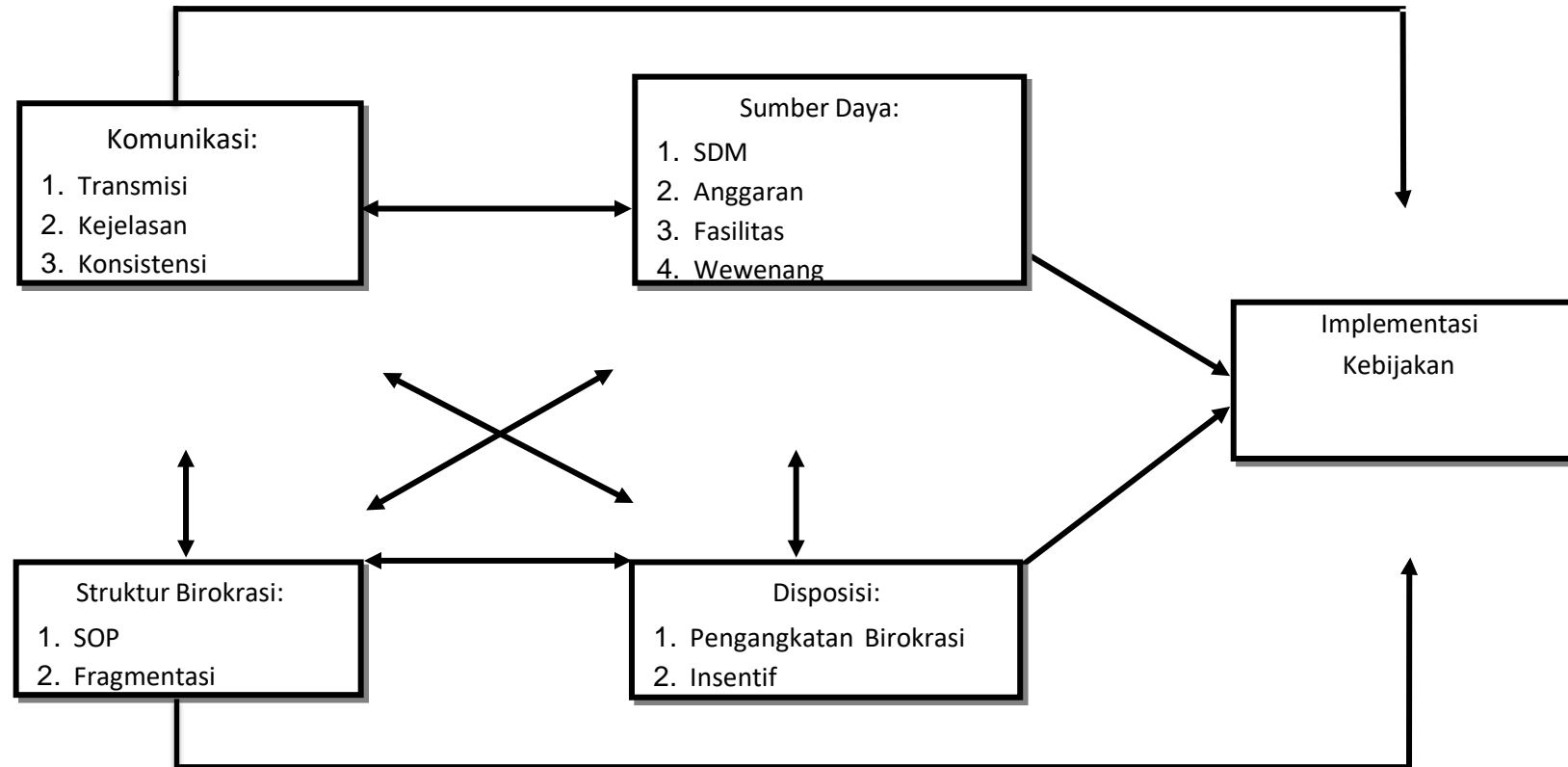


					KBKP di Kabupaten Jember.	
2	Hamzah and Sulistiadi (2018)	Analisis Implementasi Kebijakan Rujuk Balik Diabetes Melitus di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan	Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui efektifitas implementasi kebijakan rujuk balik Diabetes Melitus di Puskesmas X tahun 2014	Jenis kualitatif dengan metode wawancara mendalam, Focus Group Discussion (FGD) dan pengamatan/observasi variabel menggunakan sepuluh prinsip tata kelola, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Komunikasi</li> <li>b. Sumber Daya</li> <li>c. Disposisi</li> <li>d. Struktur Birokrasi</li> </ul>	Implementasi Kebijakan Rujuk Balik Diabetes Melitus di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan belum berjalan secara efektif. Ditemukan beberapa kendala dari aspek komunikasi, yang dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan diabetes melitus kepada masyarakat. Faktor Penghambat dalam implementasi kebijakan terdapat pada transmisi, isi dan kejelasan. Hambatan kunci implementasi kebijakan yaitu belum tercukupinya ketersediaan prasarana-sarana penunjang pelayanan kesehatan seperti obat-obatan dan reagen habis pakai. Mekanisme tidak dimanfaatkan dengan baik oleh Puskesmas X akibat tidak dipahaminya isi kebijakan	Penelitian ini merekomendasikan untuk menyempurnakan kembali regulasi yang ada selama ini agar rujuk balik diabetes mellitus dapat berjalan efektif dan tidak terjadi kesenjangan dalam implementasi kebijakan rujuk balik diabetes di masa mendatang.

					dengan baik.	
3	Yulianto (2018)	Pemanfaatan Dana Kapitasi oleh Puskesmas di Kota Lubuk Linggau Tahun 2014-2016	Menganalisis pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas di Kota Lubuk Linggau Tahun 2014-2016	Penelitian kualitatif, dengan variabel yaitu a. Sumber daya b. Sumber dana c. Perencanaan d. Pengorganisasian dan pelaksanaan e. Pengawasan f. Regulasi g. Capaian pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas	Penggunaan dana kapitasi untuk jasa pelayanan telah sesuai target (69,5%) sedangkan untuk kegiatan operasional penyerapan masih kecil (12,4 %). Puskesmas belum melaksanakan perencanaan sistematis dengan tahapan <i>Planning, Organizing, Actuating, Controlling</i> dalam pemanfaatan dana kapitasi. Aturan pemanfaatan yang dianggap rumit menyebabkan Puskesmas tidak menyerap dana kapitasi tersebut.	Perlunya studi tambahan mengenai sistem kerja POAC sebagai schedule tetap tahunan yang berfokus pada dana kapitasi dan harus fokus kepada biaya operasional dana kapitasi dengan membuat rencana kerja yang matang, karena dilihat dari evaluasi tiga tahun terakhir, pencapaian biaya operasional masih minim realisasi.
4	Victor <i>et al.</i> (2018)	Analisis pencapaian indikator Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) terhadap pembayaran dana kapitasi di	Untuk mengetahui pencapaian indikator kapitasiberbasis komitmen (KBK) terhadap pembayaran	Jenis penelitian kualitatif dengan variabel a. Rasio angka kontak pasien b. Rasio rujukan kasus non spesialisik	Indikator mempengaruhi pencairan dana kapitasi di Puskesmas yaitu kapitasi berbasis pemenuhan komitmen, yang terbagi dari angka kontak, rasio rujukan non spesialisik, serta rasio peserta prolans rutin berkunjung.	Bagi peneliti yang berhubungan dengan KBK disarankan untuk melakukan wawancara pada pihak penyelenggaraan

		Puskesmas Wawonasa Kota Manado	dana kapitasi di Puskesmas Wawonasa Kota Manado	c. Rasio kunjungan peserta prolanis ke PKM		(BPJS) dan penerima pelayanan (masyarakat)
5	Kurnia (2018)	Analisis Perhitungan Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan KCU Kota Bogor Tahun 2015	Menghitung tarif kapitasi berdasarkan risiko umur	Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional Variabel yang digunakan a. Kepesertaan b. Utilisasi c. Kapitasi.	Tarif kapitasi berdasarkan kelompok umur pada Puskesmas, DPP, dan klinik. Hasil tarif kapitasi tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tarif antar kelompok umur dengan kapitasi tertinggi terdapat pada kelompok umur 0-4 dan $\geq 50$ tahun dan tarif kapitasi cenderung turun pada kelompok umur produktif.	Perlu dilakukan studi lanjutan tentang pengoptimalan penggunaan aplikasi p-care dalam rangka melihat tren utilisasi disetiap FKTP di daerah

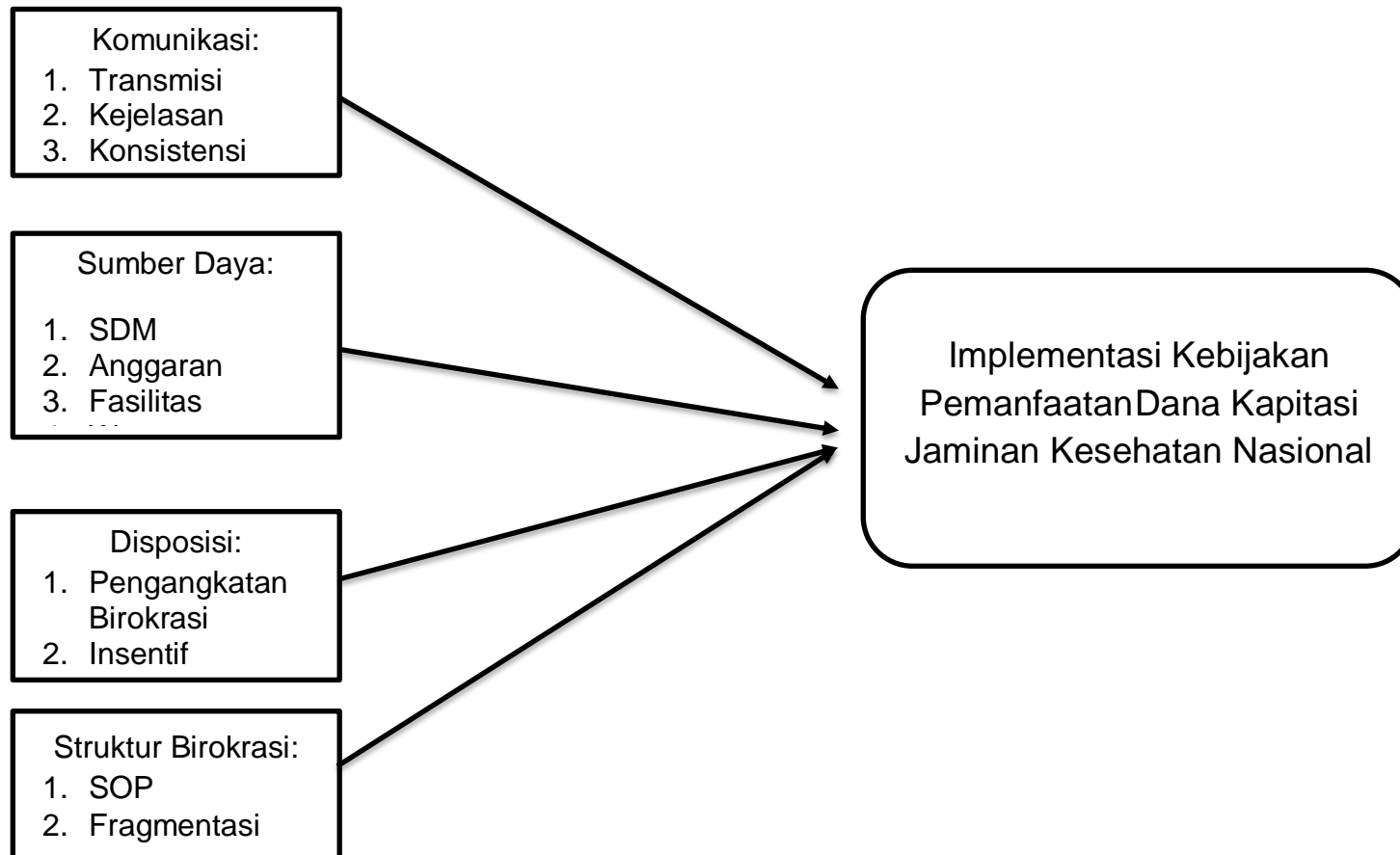
## G. Kerangka Teori



Gambar 1. Model Pendekatan Implementasi Kebijakan Menurut G. C Edward III

(Sumber: Mulyono, 2009)

## H. Kerangka Konsep



Gambar 2. Model Pendekatan Teori G.C. Edwards tentang Implementasi Kebijakan Pemanfaatan dana Kapitasi  
(Sumber: Mulyono (2009) & Kementerian Kesehatan (2016))

## I. Definisi Konseptual

Berdasarkan gambar kerangka konseptual di atas, maka akan diuraikan definisi variabel penelitian tentang Implementasi Kebijakan pemanfaatan dana Kapitasi Puskesmas sebagai berikut :

1. Komunikasi: Proses penyampaian informasi kebijakan terkait tujuan dan sasaran kebijakan dari pembuat kebijakan (PEMDA UPT DINKES) kepada pelaksana kebijakan (PUSKESMAS).
  - a. Transmisi: System penyebaran informasi dalam rangka mensosialisasikan kebijakan implementasi pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas kepada pihak yang berkepentingan (Puskesmas) baik secara langsung maupun tidak langsung.
  - b. Kejelasan: Pemahaman secara rinci terhadap informasi yang disampaikan kepada pelaksana kebijakan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas.
  - c. Konsistensi: Adanya kesesuaian/ kesamaan informasi yang diterima oleh pihak yang berkepentingan pada kebijakan pemanfaatan dana kapitasi (Kepala puskesmas, Bendahara, serta Penerima Dana Kapitasi Puskesmas).
2. Sumber Daya: Terkait adanya Sumber Daya dalam mengimplementasikan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas.
  - a. SDM: Ketersediaan dan kemampuan staf/ tenaga kesehatan dalam mengimplementasikan kebijakan implementasi dana

kapitasi Puskesmas.

- b. Anggaran: Ketersediaan anggaran (Uang operasional pengelola, ataupun insentif lainnya) dalam mengimplementasikan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas.
  - c. Fasilitas: Adanya fasilitas yang mendukung dalam pelaksanaan implementasi dana kapitasi Puskesmas (Mobil Operasional, Laptop, printer, dsb).
  - d. Kewenangan: Adanya Pemberian kewenangan Pemda dalam melaksanakan kebijakan implementasi dana kapitasi di Puskesmas (Dalam bentuk SK)
3. Disposisi: Adanya komitmen, kemauan, keinginan & sikap dari pelaksana kebijakan (Puskesmas) dalam mengimplementasikan kebijakan implementasi dana kapitasi Puskesmas.
- a. Pengangkatan Birokrasi: Adanya Pengangkatan/penempatan Pegawai yang sesuai dengan pelaksanaan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi.
  - b. Insentif: Adanya tunjangan/insentif yang diberikan dalam melaksanakan kebijakan pemanfaatan dana kapitasi.
4. Struktur Birokrasi: Adanya mekanisme dan struktur birokrasi yang mendukung pelaksanaan kebijakan implementasi dana kapitasi Puskesmas.
- a. SOP: Pedoman tentang mekanisme, system dan prosedur



pelaksanaan, pembagian tugas pokok, fungsi dan kewenangan, dan tanggung jawab yang digunakan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan implementasi dana kapitasi Puskesmas.

- b. Fragmentasi: Adanya pembagian kerja dan tanggung jawab para pelaksana kebijakan implementasi dana kapitasi Puskesmas (pengelola dana kapitasi) serta tidak rangkap jabatan (Rahman, 2019).