



**ANALISIS PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM STRATEGI  
OPTIMALISASI PENYERAPAN DANA KAPITASI DI  
PUSKESMAS WILAYAH KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Bagus Dwi Atmoko  
NIM. 152110101127**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2020**



**ANALISIS PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM STRATEGI  
OPTIMALISASI PENYERAPAN DANA KAPITASI DI  
PUSKESMAS WILAYAH KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Bagus Dwi Atmoko  
NIM. 152110101127**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2020**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Dwi Ari Sunarko dan Ibu Qamariyah, serta kakak saya Emphi Ria Purbawati yang telah memberikan dukungan, semangat, motivasi dan doa-doa yang selalu dipanjatkan untuk saya hingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Guru saya sejak TK Dharma Wanita Camplong, SDN 1 Tamba'an, SMPN 1 Camplong, SMAN 1 Sampang, Lembaga Bimbingan Belajar Ganesha Operation, Lembaga Bimbingan Belajar Eksakta Sampang dan Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Almamater tercinta yang saya banggakan, Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

## MOTTO

Dan tiadalah kehidupan dunia ini melainkan senda gurau dan main-main. Dan sesungguhnya akhirat itulah yang sebenarnya kehidupan, kalau mereka mengetahui.

(Terjemahan QS Al-‘Ankabut ayat 64)<sup>1</sup>

Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) berlaku adil dan berbuat kebajikan, memberi kepada kaum kerabat, dan Allah melarang dari perbuatan keji, kemungkaran dan permusuhan. Dia memberi pengajaran kepadamu agar kamu dapat mengambil pelajaran.

(Terjemahan QS An-Nahl ayat 90)<sup>2</sup>

Sesungguhnya hanya orang-orang yang bersabarlah, yang dicukupkan pahala mereka tanpa batas.

(Terjemahan QS Az-Zumar ayat 10)<sup>3</sup>

---

<sup>1)2)3)</sup> Departemen Agama RI. 2006. *Alqur'an dan Terjemahannya*. Bandung; CV Penerbit

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bagus Dwi Atmoko

NIM : 152110101127

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: Analisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember, merupakan benar- benar hasil karya saya sendiri kecuali dalam melakukan pengutipan substansi disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun dan seta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya. Pernyataan ini saya buat tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mendapatkan sanksi apabila akademik menyatakan bahwa pernyataan ini tidak benar.

Jember, November 2020

Yang menyatakan,

Bagus Dwi Atmoko

NIM 152110101127

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**ANALISIS PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM STRATEGI  
OPTIMALISASI PENYERAPAN DANA KAPITASI DI  
PUSKESMAS WILAYAH KABUPATEN JEMBER**

Oleh :

Bagus Dwi Atmoko

15210101127

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi Di Puskesmas Wilayah Kabupaten Jember telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu  
Tanggal : 11 November 2020  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Pembimbing  
DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.  
NIP. 198207232010121003 (.....)  
DPA : Sri Utami, S.KM., M.M.  
(.....)  
Penguji  
Ketua : Dr. Dewi Rokhmah , S.KM., M.Kes.  
NIP. 197808072009122001 (.....)  
Sekretaris : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.  
NIP. 198204162010122003 (.....)  
Anggota : Siti Rupi'ah, S.Sos., S.ST.  
NIP. 196907161990012001 (.....)

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Dr. Farida Wahyu Ningtyias., S.KM., M.Kes.

NIP. 198010092005012002

## RINGKASAN

**Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi Di Puskesmas Wilayah Kabupaten Jember;** Bagus Dwi Atmoko; 152110101127; 179 halaman; Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Tercatat dalam BPJS Jember 2018 bahwa jumlah peserta di Kabupaten Jember sampai dengan tahun 2018 mencapai 1.676.290 orang dengan peringkat kedua di Provinsi Jawa Timur untuk peserta terbanyak setelah Kota Surabaya. Semakin banyak masyarakat yang terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional pada suatu daerah kabupaten/kota dengan jumlah rasio tenaga medis dan kesehatan yang ideal tentunya akan semakin banyak pendapatan dana kapitasi yang diterima oleh daerah kabupaten/kota yang bersangkutan. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 menyebutkan bahwa sekurang – kurangnya 60% untuk pembayaran jasa pelayanan dan 40% untuk layanan operasional. Berbeda dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 tahun 2018 pasal 3 tentang pemanfaatan dana kapitasi yang menerangkan bahwa alokasi pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk tiap puskesmas ditetapkan sebesar 60% dari penerimaan dana kapitasi. Sedangkan pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar 40% dari penerimaan dana kapitasi. Sampai dengan tahun 2017 rata-rata Sisa Lebih Perhitungan Anggaran dana kapitasi dalam empat tahun terakhir dengan cakupan 49 Puskesmas di Kabupaten Jember sebesar Rp.51.672.948.879,- dan pada tahun 2017 mencapai Rp.76.417.645.655,-. Besaran rata-rata belanja total jasa pelayanan dan operasional di Kabupaten Jember dalam empat tahun terakhir pertahun 2017 yaitu sebesar Rp.44.922.147.383,- dari pendapatannya yang sebesar Rp.96.595.096.262. Berdasarkan data tersebut diketahui persentase serapan sebesar 49%. Serapan total tersebut terbagi atas jasa pelayanan sebesar 44% dan operasional sebesar 5%.

Artinya masih ada SiLPA sebesar Rp.51.672.948.879,- dengan persentase sebesar 51% dari pendapatannya yang sebesar Rp.96.595.096.262..

Puskesmas dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas yang merupakan *top management* dalam organisasi Puskesmas yang bertanggungjawab atas seluruh kegiatan di Puskesmas. Salah satu tanggung jawab yang harus diemban oleh Kepala Puskesmas yaitu mengenai laporan keuangan berkaitan dengan penggunaan dan pengelolaan dana kapitasi. Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Mumbulsari merupakan tiga dari 50 Puskesmas yang memiliki penyerapan dengan tingkat tinggi, menengah, dan rendah. Peran Kepala Puskesmas dalam mengambil keputusan untuk mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi sangat penting dalam rangka memenuhi kebutuhan sumber daya di Puskesmas. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang dimaksudkan untuk menganalisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember. Responden dalam penelitian ini antara lain Kepala Puskesmas, Bendahara JKN, dan Pejabat Pembuat Komitmen Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Pakusari, dan Puskesmas Nogosari, Penanggungjawab Pembiayaan Kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, serta Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD Kabupaten Jember Tahun 2018.

Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Mumbulsari memiliki beberapa masalah dan hambatan yang sama, diantaranya mengenai waktu penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran yang cukup singkat, dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengubah metode pengadaan dari E-Katalog atau pengadaan tidak langsung ke Pengadaan Langsung, keterbatasan waktu dalam menyerap belanja operasional, dan tidak mengetahui dan atau memahami Peraturan Bupati berkaitan dengan pengelolaan dana kapitasi. Perumusan strategi alokasi dana kapitasi dari ketiga Puskesmas terbagi dalam dua kelompok besar, yaitu perumusan alokasi jasa pelayanan dan biaya operasional. Masing-masing Puskesmas merumuskan sejumlah 30 menu mata anggaran yang sama dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang telah disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Perumusan alokasi anggaran jasa pelayanan dan

dukungan biaya operasional pada tiga puskesmas dinyatakan tidak sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 Tahun 2018.

Penyerapan dana kapitasi dari ketiga Puskesmas terbagi dalam dua kelompok besar, yaitu penyerapan jasa pelayanan dan biaya operasional. Puskesmas Nogosari dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menyerap 46,19% jasa pelayanan dan 5,85% biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD menyerap 100% jasa pelayanan dan 41,53% biaya operasional. Puskesmas Pakusari dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menyerap 53,7% jasa pelayanan dan 25,61% biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD menyerap 100% jasa pelayanan dan 43,23% biaya operasional. Puskesmas Mumbulsari dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menyerap 65,85% jasa pelayanan dan 13,72% biaya operasional, sedangkan dalam Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah menyerap 100% jasa pelayanan dan 25,76% biaya operasional. Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui bahwa serapan akhir PAPBD ketiga Puskesmas hanya optimal pada kelompok belanja jasa pelayanan dan memiliki ragam serapan pada belanja operasional yang dapat dinyatakan tidak optimal. Serapan terendah sampai dengan serapan tertinggi secara berurutan yaitu Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Nogosari dan Puskesmas Pakusari. Terdapat lima faktor penyerapan anggaran dalam pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di puskesmas wilayah Kabupaten Jember yaitu, dokumen perencanaan, pencatatan administrasi, kompetensi sumberdaya manusia, dokumen pengadaan dan uang persediaan.

Puskesmas perlu berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan guna mengadakan rekalkulasi anggaran dan *revalue* pada setiap mata anggaran yang akan diusulkan untuk memprediksi besaran anggaran dan nilai kebutuhan yang kemudian disesuaikan dengan pagu anggaran yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada APBD ataupun PAPBD. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember perlu mengkaji rekalkulasi pagu anggaran yang akan ditetapkan pada masing-masing Puskesmas atau memberikan keleluasaan bagi setiap Puskesmas untuk mentaksir pendapatan dana kapitasi pada tahun berkenaan dan Sisa Lebih Perhitungan Anggaran pada tahun sebelumnya, untuk dijadikan

pertimbangan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi pada tahun berkenaan. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember juga harus melaksanakan monitoring capaian serapan dana kapitasi pada Puskesmas secara berkala setiap triwulan sekali dan memfasilitasi kegiatan pelatihan berjenjang bagi Kuasa Pengguna Anggaran, Bendahara Jaminan Kesehatan Nasional, Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan, Pejabat Pembuat Komitmen, Pejabat Pengadaan, dan seluruh Penanggungjawab Program dalam hal pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas yang berfokus pada tugas dan fungsi masing-masing pihak, dengan tujuan memperkuat sinergisitas dalam mengupayakan optimalisasi pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas.

***SUMMARY***

**Analysis of Decision Making for Strategy Optimization Funds of Capitation Application at Community Health Center in Jember;** Bagus Dwi Atmoko; 152110101127; 179 pages; Health Policy and Administration Studies Public Health Bachelor Study Program Faculty of Public Health, University of Jember

Recorded in BPJS Jember 2018 that the number of participants in Jember Regency until 2018 reached 1.676.290 people with the second rank in East Java Province for most participants after Surabaya Regency. The more societies that are registered as the participant of National Health Insurance at a regency/city with the total ratio of ideal medical and health personnel, of course, the more revenues of capitation funds will be earned by the related regency/city. President Regulation Number 32 of 2014 issued that at the very least 60% for the payment of services and 40% for the operational services. Different from Jember Regent Regulation Number 1.2 of 2018 article 3 about the use of capitation funds explaining that the payment allocation of health services for each public health center was decreed as much as 60% from the revenues of capitation funds. While the payment of operational fee support of health services was decreed as much as 40% from the revenues of capitation funds. Until 2017, the average of Time over Budget Calculation of capitation funds in the last four years with the scope of 49 Public Health Centers in Jember Regency was IDR. 51,672,948,879, and in 2017 it reached IDR 76,417,645,655. The average number of total spending on services and operational services in Jember Regency in the last four years per 2017 was IDR 44,922,147,383 from the revenue of IDR 96,595,096,262. Based on the data, known that the percentage of absorption was 49%. That total absorption was divided into services as much as 44% and the operational services as much as 5%. Meaning that there was still SiLPA as much as IDR. 51,672,948,879 with the percentage of 51% from the revenue of IDR 96,595,096,262.

The public health center is led by a Head of Public health center who is the top management in the organization of Public health center who is responsible for the whole activity in the Public health center. One of the responsibilities that have to be carried by the Head of Public health center is about a financial statement related to the use and management of capitation funds. Public Health Center of Nogosari, Public Health Center of Pakusari, and Public Health Center of Mumbulsari are three of 50 Public health centers that have an absorption with high, intermediate, and low level. The role of Head of Public health center in deciding to optimize the absorption of capitation funds is really important for the sake of fulfilling the need for resources in the public health center. This research was descriptive research intended to analyze decision-making in the strategy of absorption optimization of capitation funds in the Public health center of Jember Regency. Respondents in this research were the Head of Public health center, the Treasury of JKN, and the Committing Officer of Public health center of Mumbulsari, Public health center of Pakusari, and Public health center of Nogosari, Person in Charge of Health Financing of Public health center, Public Health Office of Jember Regency, and the Chairperson of Commission D of People's Welfare DPRD Jember Regency of 2018.

The public health center of Nogosari, Public health center of Pakusari and Public health center of Mumbulsari had the same several problems and obstacles, among them, were about the preparation time of a fairly short Work Plan and Budget, taken quite a long time to change the procurement method from E-Catalog or the procurement was not directly to the Direct Procurement, limited time in absorbing operational spending, and not knowing and or understanding Regent Regulation related to the management of capitation funds. The strategy formulation of capitation fund allocation from those three Public health centers was divided into two big groups, that were the formulation of service and operational fee allocation. Each Public health service formulated a number of the same 30 budget menus in Regional Budget Revenues and Expenditures that had been provided by the Public Health Office of Jember Regency. The formulation of the budget allocation of services and operational fee support at three public health

centers was declared not following Jember Regent Regulation Number 1.2 of 2018.

The absorption of capitation funds from those three Public health centers was divided into two big groups, that were the absorption of services and operational fees. The public health service of Nogosari in Regional Budget Revenues and Expenditures absorbed 46.19% of services and 5.85% of operational fees, while in PAPBD it absorbed 100% of services and 41.53% of operational fees. The public health service of Pakusari in Regional Budget Revenues and Expenditures absorbed 53.7% of services and 25.61% of operational fees, while in PAPBD it absorbed 100% of services and 43.23% of operational fees. The public health service of Mumbulsari in Regional Budget Revenues and Expenditures absorbed 65.85% of services and 13.72% of operational fees, while in Change of Regional Budget Revenues and Expenditures it absorbed 100% of services and 41.53% of operational fees. Based on these results it can be seen that the final regional budget revenues and expenditure changes at the three public health center is optimal in services and has variety in operational fees which can be declared not optimal. The lowest up to the highest uptake, respectively, were Public health center of Mumbulsari, Public health center of Nogosari and Public health center of Nogosari. There are five factors of budget absorption in decision-making in the strategy of absorption optimization of capitation funds in the public health center of Jember Regency area, that is planning document, administrative records, human resource competence, procurement document, and supply money.

The public health centers need to coordination with Public Health Office of Jember Regency to recalculate the budget and revalue on each budget item that will be proposed to predict the amount of budget and value needs which is then adjusted to the budget ceiling that has been determined by Public Health Office of Jember Regency on Regional Budget Revenues and Expenditures or Change of Regional Budget Revenues and Expenditures. Public Health Office of Jember Regency needs to examine the recalculation of budget ceiling that will be determined on each Public health service or give a discretion for each Public

health service to estimate the revenue of capitation funds in the current year and Time over Budget Calculation in the previous year, to be taken into consideration of management and use of capitation funds in the current year. Public Health Office of Jember Regency also should monitor the performance of capitation fund absorption on each Public health center periodically once every quarter and facilitate a tiered training activity for Proxy of Budget User, Treasury of National Health Insurance, Technical Activities Executive Officer, Committing Officer, Procurement Officer, and the whole Person in Charge of Program in the management and use of capitation funds of Public health center focusing on duties and responsibilities of each party, to strengthen the synergy in striving for management optimization and use of capitation funds of Public health centers.

## PRAKATA

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi Di Puskesmas Wilayah Kabupaten Jember*”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menempuh program Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih kepada Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU), Sri Utami, S.KM., M.M, selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA), Dr. Dewi Rokhmah , S.KM., M.Kes, selaku Ketua Penguji, Christyana Sandra, S.KM., M.Kes, selaku Sekretaris Penguji dan Siti Rupi'ah, S.Sos., S.ST, selaku Anggota Penguji yang telah membimbing, mengarahkan serta memberikan motivasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Farida Wahyu Ningtyias., S.KM., M.Kes. Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak/ Ibu dosen dan staf Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Jember yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi.
3. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kabupaten Jember yang telah membantu dalam hal memfasilitasi dan bekerja sama dalam memberikan informasi sehingga terselesaikannya skripsi ini.
4. Kedua orang Tua saya, Bapak Dwi Ari Sunarko dan Ibu Qamariyah serta Saudara saya Emphi Ria Purbawati dan Agus Wahyudi yang selalu memberikan dukungan moral, materil, motivasi dan kasih sayang serta doa

yang selalu menyertai setiap langkah dalam kehidupan saya. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat, kesehatan dan kebahagiaan.

5. Dr. Maria Gayatri, S.Si., MAPS., dr. Rukhin Ali, dr. Yeni Rachmawati, dan Yudi Evriyanto, S.KM., M.Kes yang telah memberikan saran, bimbingan dan arahan sehingga tugas akhir skripsi ini dapat tersusun dengan baik.
6. Teman sejawat FKM, terima kasih atas segala dukungan dan kebersamaannya.

Penulis telah berupaya secara optimal dalam menyelesaikan skripsi ini. Apabila terdapat kekurangan, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan tulisan skripsi ini.

Jember, November 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>v</b>
<b>PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>xii</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xxii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xxvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xxvii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....</b>	<b>xxviii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Rumusan Masalah.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Tujuan .....</b>	<b>8</b>
1.3.1. Tujuan Umum.....	8
1.3.2. Tujuan Khusus.....	8
<b>1.4. Manfaat Penelitian .....</b>	<b>8</b>
1.4.1. Manfaat teoritis.....	8
1.4.2. Manfaat Praktis.....	9
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Pusat Kesehatan Masyarakat.....</b>	<b>10</b>
2.1.1. Struktur Organisasi Puskesmas .....	10
2.1.2. UKM dan UKP .....	11

2.1.3.	Manajemen Puskesmas.....	12
2.1.4.	Subsistem Manajemen Puskesmas .....	16
2.1.5.	<i>Level Management</i> .....	17
2.1.6.	Pembiayaan Kesehatan Puskesmas .....	17
2.1.7.	Pengelolaan Keuangan Puskesmas.....	19
<b>2.2.</b>	<b>Jaminan Kesehatan Nasional .....</b>	<b>27</b>
2.2.1	Pengertian .....	27
2.2.2.	Kepesertaan .....	27
2.2.3.	Cara Pembayaran Fasilitas kesehatan.....	28
<b>2.3.</b>	<b>Jenis Pembiayaan Kesehatan .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4.</b>	<b>Dana Kapitasi .....</b>	<b>30</b>
2.4.1.	Pengertian .....	32
2.4.2.	Pemanfaatan .....	33
<b>2.5.</b>	<b>Pengelolaan Dana Kapitasi JKN.....</b>	<b>33</b>
2.4.2.	Penganggaran .....	34
2.5.1.	Pelaksanaan dan Penatausahaan .....	34
2.5.2.	Pertanggungjawaban .....	35
2.5.3.	Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan.....	35
<b>2.6.</b>	<b>Faktor yang Mempengaruhi Penyerapan Anggaran.....</b>	<b>37</b>
2.6.1.	Dokumen Perencanaan .....	37
2.6.2.	Pencatatan Administrasi .....	39
2.6.3.	Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM).....	39
2.6.4.	Dokumen Pengadaan .....	40
2.6.5.	Uang Persediaan (UP) .....	41
<b>2.7.</b>	<b>Teori Siklus Kebijakan .....</b>	<b>41</b>
<b>2.8.</b>	<b>Pengambilan Keputusan.....</b>	<b>44</b>
2.8.1.	Faktor Pengambilan Keputusan.....	44
2.8.2.	Tahapan Pengambilan Keputusan .....	46
2.8.3.	Teori Pengambilan Keputusan .....	47
<b>2.9.</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>49</b>
<b>2.10.</b>	<b>Kerangka Konseptual Penelitian .....</b>	<b>50</b>

<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1. Jenis Penelitian .....</b>	<b>53</b>
<b>3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>53</b>
3.2.1. Lokasi penelitian .....	53
3.2.2. Waktu Penelitian .....	53
<b>3.3. Unit Analisis.....</b>	<b>53</b>
<b>3.4. Responden Penelitian .....</b>	<b>54</b>
<b>3.5. Definisi Operasional.....</b>	<b>54</b>
<b>3.6. Data dan Sumber Data .....</b>	<b>60</b>
3.6.1. Data Primer.....	60
3.6.2. Data Sekunder .....	60
<b>3.7. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data .....</b>	<b>61</b>
3.7.1 Instrumen Pengumpulan Data .....	61
3.7.2 Teknik Pengumpulan Data .....	61
<b>3.8. Teknik Pengolahan Data, Penyajian, dan Analisis Data .....</b>	<b>62</b>
3.8.1. Teknik Pengolahan Data .....	62
3.8.2. Teknik Penyajian Data .....	63
<b>3.9. Alur Penelitian.....</b>	<b>64</b>
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Gambaran Responden Penelitian .....</b>	<b>65</b>
4.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	65
4.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Usia .....	66
4.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	66
4.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jabatan Struktural dan Fungsional .....	66
<b>4.2 Hasil Penelitian.....</b>	<b>67</b>
4.2.1 Identifikasi Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	67
4.2.2 Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	73

4.2.3	Analisis Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional.....	112
4.2.4	Analisis Besaran Serapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional.....	118
4.2.5	Analisis Faktor Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional.....	137
<b>4.3</b>	<b>Pembahasan .....</b>	<b>139</b>
4.3.1	Identifikasi Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	139
4.3.2	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	146
4.3.3	Analisis Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional.....	157
4.3.4	Analisis Besaran Serapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional.....	163
4.3.5	Analisis Faktor Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional Penelitian.....	168
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>175</b>
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan .....</b>	<b>175</b>
<b>5.2</b>	<b>Saran.....</b>	<b>177</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>180</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Penerapan Fungsi Manajemen di Puskesmas .....	13
3.1 Definisi Operasional Penelitian .....	55
4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	65
4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Usia.....	66
4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	66
4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jabatan Struktural dan Fungsional .....	67
4.5 Distribusi Unit Analisis Berdasarkan Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	67
4.6 Identifikasi Diagnosis Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional Puskesmas Nogosari Berdasarkan Alasan Penegakan Diagnosis .....	69
4.7 Identifikasi Diagnosis Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional Puskesmas Pakusari Berdasarkan Alasan Penegakan Diagnosis .....	70
4.8 Identifikasi Diagnosis Permasalahan dan Hambatan Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional Puskesmas Mumbulsari Berdasarkan Alasan Penegakan Diagnosis .....	71
4.9 Distribusi Unit Analisis Berdasarkan Perumusan Strategi Alokasi Penyerapan Jasa Pelayanan APBD dan PAPBD Tahun 2018 .....	74
4.10 Distribusi Unit Analisis Berdasarkan Perumusan Strategi Alokasi Penyerapan Biaya Operasional APBD .....	75
4.11 Distribusi Unit Analisis Berdasarkan Perumusan Strategi Alokasi Penyerapan Biaya Operasional PAPBD .....	77
4.12 Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Nogosari .....	80
4.13 Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Nogosari .....	81

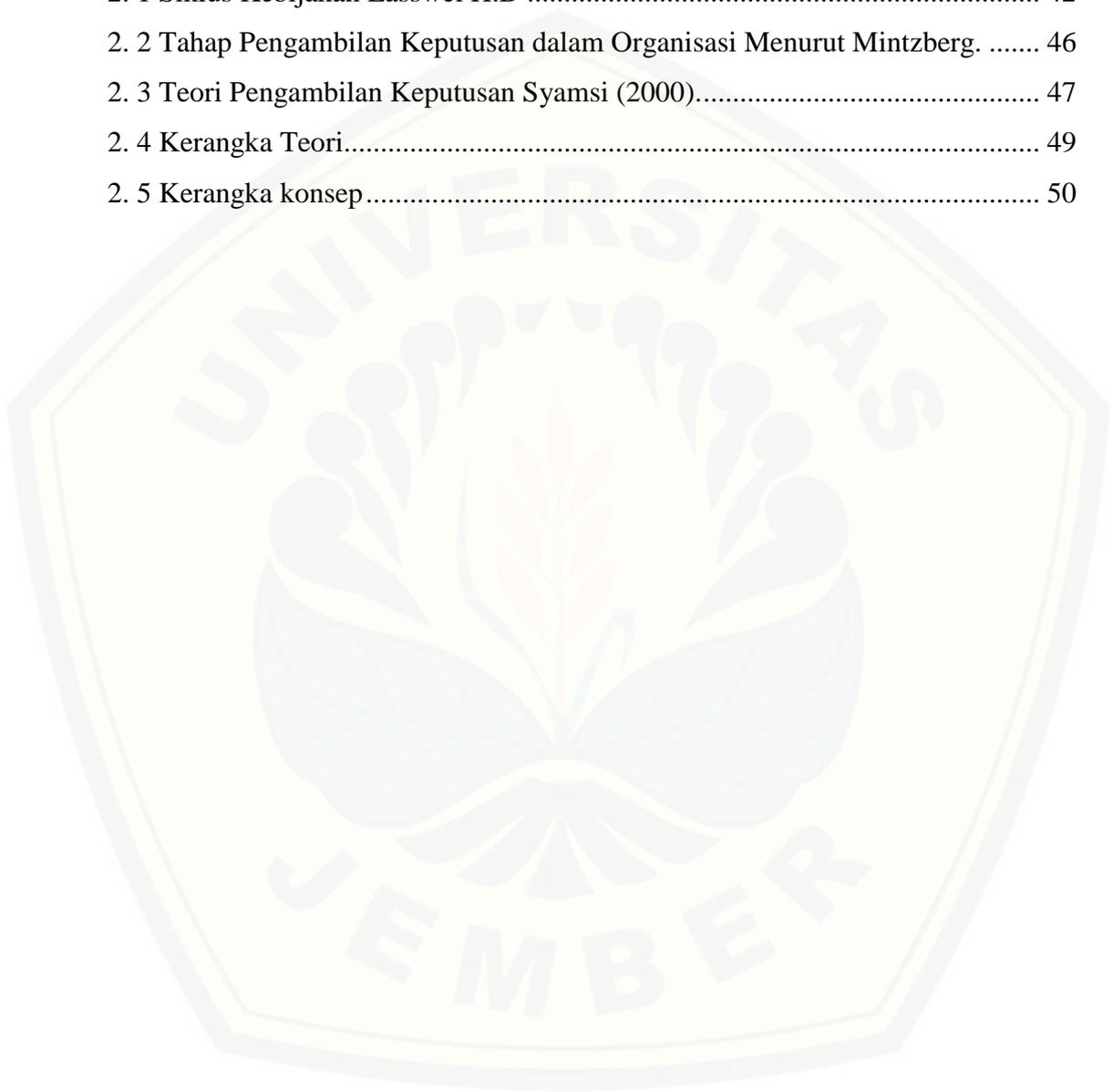
4.14	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Nogosari.....	81
4.15	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Nogosari.....	85
4.16	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Pakusari.....	90
4.17	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Pakusari.....	91
4.18	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Pakusari.....	91
4.19	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Pakusari.....	95
4.20	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Mumbulsari ....	100
4.21	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Jasa Pelayanan PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Mumbulsari ....	100
4.22	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional APBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Mumbulsari.....	101
4.23	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Biaya Operasional PAPBD pada Tahap Seleksi Analisis Strategi Alokasi Puskesmas Mumbulsari.....	104
4.24	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi APBD pada Tahap Seleksi Penetapan Alternatif Strategi Alokasi .....	108
4.25	Identifikasi Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi PAPBD pada Tahap Seleksi Penetapan Alternatif Strategi Alokasi .....	109
4.26	Kualitas Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan pada APBD .....	114

4.27	Kualitas Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan pada PAPBD .....	114
4.28	Kualitas Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional APBD .....	115
4.29	Kualitas Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional PAPBD .....	116
4.30	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan APBD Puskesmas Nogosari .....	119
4.31	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan PAPBD Puskesmas Nogosari .....	119
4.32	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan APBD Puskesmas Pakusari .....	119
4.33	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan PAPBD Puskesmas Pakusari .....	120
4.34	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan APBD Puskesmas Mumbulsari .....	120
4.35	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Jasa Pelayanan PAPBD Puskesmas Mumbulsari .....	121
4.36	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional APBD Puskesmas Nogosari .....	121
4.37	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional PAPBD Puskesmas Nogosari .....	123
4.38	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional APBD Puskesmas Pakusari .....	126
4.39	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional PAPBD Puskesmas Pakusari .....	128
4.40	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional APBD Puskesmas Mumbulsari .....	132
4.41	Implementasi Keputusan Alokasi Anggaran Biaya Operasional PAPBD Puskesmas Mumbulsari .....	134
4.42	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Faktor Penyerapan Jasa Pelayanan dan Biaya Operasional .....	138
4.43	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Perumusan Strategi Alokasi Dana Kapitasi Tahun 2018 .....	149

4.44	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Selisih Keputusan Strategi Alokasi Dana Kapitasi Tahun 2018 Terhadap Tetap Besaran Alokasi Pada Peraturan Bupati .....	158
4.45	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Strategi Alokasi Jasa Pelayanan Dana Kapitasi Pada APBD dan PAPBD Tahun 2018.....	159
4.46	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Strategi Alokasi Biaya Operasional Dana Kapitasi Pada APBD dan PAPBD Tahun 2018.....	162
4.47	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Implementasi Dana Kapitasi Pada APBD dan PAPBD Tahun 2018.....	163
4.48	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Implementasi Jasa Pelayanan Dana Kapitasi Pada APBD dan PAPBD Tahun 2018.....	165
4.49	Distribusi Puskesmas Berdasarkan Implementasi Biaya Operasional Dana Kapitasi Pada APBD dan PAPBD Tahun 2018 .....	167

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2. 1 Siklus Kebijakan Lasswel H.D .....	42
2. 2 Tahap Pengambilan Keputusan dalam Organisasi Menurut Mintzberg. ....	46
2. 3 Teori Pengambilan Keputusan Syamsi (2000).....	47
2. 4 Kerangka Teori.....	49
2. 5 Kerangka konsep.....	50



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent) .....	184
B. Lembar Kuesioner I Kepala Puskesmas .....	185
C. Lembar Kuesioner II Bendahara JKN .....	191
D. Lembar Kuesioner III Penanggungjawab Pembiayaan Kesehatan Puskesmas.....	197
E. Lembar Kuesioner IV Ketua Komisi D DPRD Jember 2018.....	201
F. Lembar Kuesioner IV Pejabat Pembuat Komitmen.....	204
G. Lembar Observasi .....	206
H. Dokumentasi .....	207
I. Surat Izin Penelitian.....	212

## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Arti Lambang

%	: persen
/	: per dan atau
=	: sama dengan
>	: lebih dari
<	: kurang dari
≥	: lebih dari sama dengan
≤	: kurang dari sama dengan

### Daftar Singkatan

AK	: Angka Kontak.
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
BUD	: Bendahara Umum Daerah.
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran.
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
INA-CBG's	: Indonesia Case Base Groups.
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional.
KBPKP	: Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan.
KLB	: Kejadian Luar Biasa.
LAM	: <i>Local Area Monitoring</i> .
LKMP	: Lokakarya Mini Puskesmas.
MoU	: <i>Memorandum of Understanding</i> .
MP	: <i>Micro Planning</i>
PAPBD	: Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
PBI	: Penerima Bantuan Iuran.
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa.



PPKD	: Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
RKA	: Rencana Kerja dan Anggaran.
RPPB	: Rasio Peserta Prolanis rutin yang berkunjung ke FKTP.
RRNS	: Rasio Rujukan rawat jalan kasus Non Spesialistik.
SDK	: Sumber Daya Kesehatan.
SiLPA	: Sisa Lebih Perhitungan Anggaran.
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional.
SKPD	: Satuan Perangkat Kerja Daerah.
SP2B	: Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja.
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas.
SP3B	: Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja.
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i> .
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat.
UKP	: Upaya Kesehatan Perseorangan.
UPT	: Unit Pelaksana Teknis.
WHA	: <i>World Health Assembly</i> .
PL	: Pengadaan Langsung
PTL	: Pengadaan Tidak Langsung
PPK	: Pejabat Pembuat Komitmen
KPA	: Kuasa Pengguna Anggaran
PPTK	: Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan
PP	: Pejabat Pengadaan

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia mulai diberlakukan pada tanggal 1 Januari tahun 2014. Undang-undang mengamanatkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan penyelenggara dari JKN. Falsafah dasar negara Pancasila sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28 H dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Penyelenggaraan JKN merupakan upaya pemerintah dalam mewujudkan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang ditegaskan dalam Bab I Pasal 1 bahwa Jaminan sosial merupakan bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Undang-Undang SJSN dijadikan sebagai landasan penyelenggaraan JKN dan diperkuat dengan komitmen global *World Health Assembly* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduknya.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) milik pemerintah daerah dalam pelaksanaan JKN memegang peranan yang sangat penting. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes No.75 Tahun 2014). Sebagai upaya dalam mensukseskan jaminan kesehatan nasional dari

pelaksanaan ini maka FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) akan mendapatkan pembayaran dari BPJS yang dikenal dengan dana kapitasi. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Perpres No.21 Tahun 2016). Peraturan BPJS Kesehatan nomor 2 tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menjelaskan bahwa BPJS memberikan pembayaran pada FKTP sebesar hasil kali dari jumlah peserta BPJS Kesehatan terhadap nilai norma kapitasi yang diberikan langsung kepada Bendahara JKN masing-masing FKTP. Norma kapitasi adalah kriteria mengenai tingkat kelengkapan sumber daya dan pelayanan FKTP yang digunakan untuk penetapan besaran kapitasi bagi FKTP.

Peraturan bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Direktur utama BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2017 tentang petunjuk teknis pelaksanaan pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) pada fasilitas kesehatan tingkat pertama mengatur persentase pembayaran dari total tarif kapitasi yang seharusnya dibayarkan. KBPKP adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan FKTP dalam rangka peningkatan mutu pelayanan (Peraturan BPJS Kesehatan nomor 2 tahun 2015). Ada tiga indikator pemenuhan komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh setiap FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pembayaran penuh atas tarif kapitasi. Tiga indikator tersebut berupa angka kontak (AK)  $\geq 150\%$ , rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik (RRNS)  $\leq 5\%$ , dan rasio peserta prolanis rutin yang berkunjung ke FKTP (RPPB)  $\geq 50\%$ . Apabila terdapat minimal satu indikator yang tidak terpenuhi maka konsekuensi yang harus diterima oleh FKTP adalah tidak mendapat pembayaran penuh atas tarif kapitasi.

Besaran pendapatan dana kapitasi dapat dilihat dari banyaknya peserta yang terdaftar pada setiap FKTP. Tercatat dalam BPJS Jember 2018 bahwa jumlah

peserta di Kabupaten Jember sampai dengan tahun 2018 mencapai 1.676.290 orang dengan peringkat kedua di Provinsi Jawa Timur untuk peserta terbanyak setelah Kota Surabaya. Sama halnya dengan jumlah Puskesmas di Kabupaten Jember yang juga terbanyak kedua di Provinsi Jawa Timur setelah Kota Surabaya yaitu sebanyak 50 Puskesmas dengan klasifikasi 49 Puskesmas bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sedangkan satu Puskesmas diantaranya belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yaitu Puskesmas Banjarsengon (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017). Semakin banyak masyarakat yang terdaftar sebagai peserta JKN pada suatu daerah kabupaten/kota dengan jumlah rasio tenaga medis dan kesehatan yang ideal tentunya akan semakin banyak pendapatan dana kapitasi yang diterima oleh daerah kabupaten/kota yang bersangkutan. FKTP berkewajiban mengelola dan memanfaatkan besaran dana kapitasi secara optimal. Pemanfaatan dana kapitasi hanya boleh digunakan apabila FKTP mengajukan laporan penyerapan anggaran dana kepada Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya laporan akan diserahkan pada Kepala Daerah. Apabila Kepala Dinas Kesehatan telah menyetujui besaran serapan yang diajukan dan mendapat persetujuan dari Kepala Daerah maka dana Kapitasi dapat dimanfaatkan sesuai dengan besaran penyerapan pada laporan (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2018).

Berbagai peraturan terkait dana kapitasi dibuat untuk mengatur jalannya penganggaran hingga pada penyerapan dana kapitasi. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemerintah Daerah menyebutkan bahwa sekurang – kurangnya 60% untuk pembayaran jasa pelayanan dan 40% untuk layanan operasional. Peraturan ini termasuk kelompok peraturan yang paling awal dibentuk dan diharapkan mampu memberikan pedoman bagi FKTP dalam penganggaran hingga pada penyerapan dana kapitasi secara optimal. Puskesmas dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Keuangan Daerah Pasal 328 menerangkan bahwa Seluruh pendapatan BLUD dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja BLUD yang bersangkutan. Masing-masing Kabupaten/Kota

memiliki strategi tersendiri dalam upaya mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi yang diberikan BPJS sebagai bentuk upaya dalam mensukseskan pelaksanaan JKN.

Berbeda dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 tahun 2018 pasal 3 tentang pemanfaatan dana kapitasi yang menerangkan bahwa alokasi pembayaran jasa pelayanan kesehatan untuk tiap puskesmas ditetapkan sebesar 60% dari penerimaan dana kapitasi. Sedangkan pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar 40% dari penerimaan dana kapitasi. Salinan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.1 Tahun 2015 Pasal 6 ayat 1-3 yang mengatur mekanisme pengelolaan dana, tertulis bahwa dana kapitasi yang bersumber dari Program JKN diterimakan langsung ke Puskesmas melalui rekening Bendahara JKN di Puskesmas yang ditetapkan dengan keputusan Bupati. Dana Kapitasi dikelola langsung oleh puskesmas dan dipertanggungjawabkan secara formil dan materil oleh Kepala Puskesmas. Sementara itu serapan dana kapitasi pada tahun 2017 Kabupaten Jember sejumlah 49 Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan hanya 53,90% dan 20 Puskesmas diantaranya masih di bawah capaian serapan rata-rata tersebut. Sedangkan rata-rata besaran serapan dalam rentang empat tahun terakhir per tahun 2017 yaitu sebesar 50% dan 24 Puskesmas diantaranya masih dibawah capaian serapan rata-rata tersebut (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2018).

Sampai dengan tahun 2017 rata-rata Sisa Lebih Perhitungan Anggaran (SiLPA) dana kapitasi dalam empat tahun terakhir dengan cakupan 49 Puskesmas di Kabupaten Jember sebesar Rp.51.672.948.879,- dan pada tahun 2017 mencapai Rp.76.417.645.655,-. Besaran SiLPA di Kabupaten Jember cukup fluktuatif sejak tahun 2014 sampai dengan tahun 2017 dan mencapai angka tertinggi pada tahun 2016 sebesar Rp.80.274.187.215,- yang tidak mampu terserap (Rekapitulasi SP3B Dinas Kesehatan Kab.Jember, 2017). Berdasarkan Peraturan Bupati Jember nomor 1.2 tahun 2018 pasal 6 tentang pemanfaatan sisa dana kapitasi menerangkan bahwa pendapatan dana kapitasi yang tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dimanfaatkan untuk tahun anggaran berikutnya dan dapat diserap belanjanya sewaktu-waktu dengan melihat kecukupan anggaran

yang tersedia di dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) di Satuan Perangkat Kerja Daerah (SKPD) tersebut (Dinas Kesehatan Kab.Jember, 2018).

Besaran rata-rata belanja total jasa pelayanan dan operasional di Kabupaten Jember dalam empat tahun terakhir pertahun 2017 yaitu sebesar Rp.44.922.147.383,- dari pendapatannya yang sebesar Rp.96.595.096.262. berdasarkan data tersebut diketahui persentase serapan sebesar 49%. Serapan total tersebut terbagi atas jasa pelayanan sebesar 44% dan operasional sebesar 5%. Artinya masih ada SiLPA sebesar Rp.51.672.948.879,- dengan persentase sebesar 51%. Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Pemanfaatan dan Belanja Kegiatan dari Dana Kapitasi menetapkan bahwa pada pembahasan belanja barang operasional yaitu meliputi belanja obat, belanja alat kesehatan, belanja bahan medis habis pakai, pelayanan kesehatan dalam dan luar gedung yaitu mencakup pelayanan kesehatan yang bersifat upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, serta kunjungan rumah pada peserta JKN dalam penyelenggaraan program JKN. Sedangkan pada realisasi alokasi belanja operasional dana kapitasi Kabupaten Jember tahun 2014 sampai dengan tahun 2017 hanya mampu menyerap sebesar 5% dari total pendapatan dana kapitasi. Berdasarkan data tersebut mengindikasikan bahwa pemanfaatan dan belanja barang operasional tidak secara optimal dilakukan dan dirasa memiliki ketimpangan terhadap pendapatan yang diperoleh selama empat tahun terakhir (Rekapitulasi SP3B Dinas Kesehatan Kab.Jember, 2017).

Sejak ditetapkannya Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 tahun 2018 sebagai bentuk strategi dalam optimalisasi penyerapan dana kapitasi, rupanya tidak banyak memberikan perubahan dalam menekan angka SiLPA ditahun 2018. Pada tahun 2018 besaran penyerapan dana kapitasi hanya 57,17% dengan SiLPA sebesar Rp.68.438.430.788,-. Peraturan tersebut hanya mampu menekan SiLPA sebesar 10% berdasarkan data SiLPA 2017 yang sebesar Rp.76.417.645.655,-. Puskesmas Banjarsengon dengan statusnya yang baru terdaftar sebagai Puskesmas kemitraan BPJS Kesehatan juga menyumbangkan SiLPA sebesar Rp.471.452.811,- dengan pendapatan pertamanya yang sebesar Rp.2.235.201.204,-. Puskesmas dengan status baru bermitra juga memiliki

peluang untuk menyumbangkan SiLPA dengan besaran tertentu (Rekapitulasi SP3B Dinas Kesehatan Kab.Jember, 2017).

Data serapan dana kapitasi rata-rata 2014 sampai dengan tahun 2017 pada masing-masing FKTP menunjukkan besaran yang beragam. Besaran serapan yang terendah yaitu sebesar 44,35% dari pendapatan dana kapitasi yang sebesar Rp.2.327.733.350,- di Puskesmas Mumbulsari. Sedangkan besaran serapan dalam kategori menengah yang ditentukan berdasarkan nilai rata-rata serapan 49 Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebesar 50% dari pendapatan dana kapitasi yang sebesar Rp. 1.274.013.213,- di Puskesmas Pakusari. Sementara itu untuk besaran serapan yang tertinggi sebesar 58,33% dari pendapatan dana kapitasi yang sebesar Rp. 479.232.344,- di Puskesmas Nogosari. Puskesmas berkewajiban mengelola dengan optimal besaran dana kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Pengelolaan dana kapitasi tidak terlepas dari peran Kepala Puskesmas sebagai pemimpin dalam organisasi Puskesmas.

Fungsi utama dari pemimpin adalah menentukan visi, misi dan tujuan sistem sosial dan mengambil keputusan. Menentukan visi, misi, strategi dan tujuan juga dilakukan melalui proses pembuatan keputusan. Pembuatan keputusan dapat dikatakan penting dari sebuah kepemimpinan. Semakin tinggi posisi seorang pemimpin, akan semakin banyak tugas untuk membuat keputusan. Donald C et.all (1996) dalam Wirawan (2013:351) menyatakan "*Managerial decision making can be defined as the conscious selection of course of action from available alternatives to produce a desired result.*" Pembuatan keputusan merupakan seleksi sadar tindakan dari alternatif-alternatif yang ada untuk menciptakan hasil yang diharapkan.

Syamsi (2000:35) menyatakan bahwa keputusan yang diambil akan menghasilkan kualitas keputusan yang juga mempengaruhi implementasi keputusan. Syamsi juga mengasumsikan bahwa keputusan yang baik atau sehat akan memiliki dampak positif pada pelaksanaan. Kualitas keputusan yang baik atau sehat memiliki lebih banyak kemungkinan untuk diterima dan diimplementasikan oleh pengambil keputusan. Keputusan yang buruk atau salah cenderung rendah untuk diterima dan juga berdampak rendah pada pelaksanaan.

Fred R, (2010:5) juga menegaskan bahwa manajemen strategi dalam pengambilan keputusan penting untuk merumuskan, mengimplementasikan, serta mengevaluasi keputusan-keputusan dalam sebuah organisasi untuk mencapai tujuannya.

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas yang melaksanakan tugas teknis operasional dan/atau tugas teknis dari Dinas Kesehatan. Segala macam bentuk pertanggungjawaban dilaporkan langsung oleh Kepala Puskesmas kepada Kepala Dinas Kesehatan (Peraturan Bupati Jember Nomor 36 Tahun 2016). Puskesmas dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas. Kepala Puskesmas merupakan *top management* dalam organisasi Puskesmas yang bertanggungjawab atas seluruh kegiatan di Puskesmas. Tanggung jawab Kepala Puskesmas adalah merencanakan dan mengusulkan kebutuhan sumber daya Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014). Salah satu tanggung jawab yang harus diemban oleh Kepala Puskesmas yaitu mengenai laporan keuangan berkaitan dengan penggunaan dan pengelolaan dana kapitasi. Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Mumbulsari merupakan tiga dari 50 Puskesmas yang memiliki penyerapan dengan tingkat tinggi, menengah, dan rendah. Penyerapan tersebut dikalkulasi berdasarkan rata-rata besaran penyerapan pada tahun 2014 sampai dengan tahun 2017 dengan nilai persentase penyerapan masing-masing Puskesmas secara berurutan sebesar 58,3%, 50%, dan 44,3%. Peran Kepala Puskesmas dalam mengambil keputusan untuk mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi sangat penting dalam rangka memenuhi kebutuhan sumber daya di Puskesmas. Keputusan harus dibuat mengenai bagaimana cara mengadakan alokasi sumber daya dengan sebaik-baiknya sehingga kegiatan menuju tercapainya tujuan organisasi dapat berjalan baik dan efisien (Syamsi, 2000:23). Pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember sangat penting untuk diteliti.

## 1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di puskesmas wilayah Kabupaten Jember?

## 1.3. Tujuan

### 1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di puskesmas wilayah Kabupaten Jember.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengenalan dan diagnosis permasalahan dan hambatan dalam penyerapan jasa pelayanan dan biaya operasional dana kapitasi di puskesmas Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi seleksi pengambilan keputusan strategi optimalisasi penyerapan jasa pelayanan dan biaya operasional dana kapitasi di puskesmas Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis kualitas keputusan alokasi anggaran jasa pelayanan dan biaya operasional dana kapitasi di Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis implementasi keputusan besaran serapan anggaran jasa pelayanan dan biaya operasional dana kapitasi di Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis faktor penyerapan anggaran jasa pelayanan dan biaya operasional dana kapitasi di Kabupaten Jember.

## 1.4. Manfaat Penelitian

### 1.4.1. Manfaat teoritis

Mengembangkan keilmuan dalam bidang administrasi dan kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan analisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di puskesmas wilayah Kabupaten Jember.

#### 1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti.

Manfaat yang dapat diberikan dari peneliti adalah mengembangkan kemampuan peneliti dalam penyusunan karya ilmiah dan menerapkan teori dan ilmu yang telah didapatkan di perkuliahan.

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Menambah referensi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan informasi di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan mengenai pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember.

c. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi pelaksanaan evaluasi terhadap pelaporan kinerja instansi pemerintahan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Pusat Kesehatan Masyarakat

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Organisasi Puskesmas disusun oleh dinas kesehatan kabupaten/kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja Puskesmas. Organisasi Puskesmas paling sedikit terdiri atas Kepala Puskesmas, Kepala sub bagian tata usaha, Penanggung jawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Penanggung jawab Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), kefarmasian dan Laboratorium, dan Penanggung jawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014).

#### 2.1.1. Struktur Organisasi Puskesmas

Puskesmas perlu didukung dengan adanya struktur organisasi Puskesmas sebagai sumber daya manusia di Puskesmas dalam melaksanakan tugasnya. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 34 ayat 2 struktur organisasi minimal di Puskesmas terdiri dari kepala Puskesmas, kepala sub bagian tata usaha, penanggungjawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan keperawatan kesehatan masyarakat, penanggungjawab Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), kefarmasian, dan lab serta penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

Struktur organisasi Puskesmas perkotaan dan Puskesmas pedesaan berbeda. Pada pola struktur organisasi Puskesmas pedesaan, kepala Puskesmas

merupakan tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan minimal sarjana dan memiliki masa kerja di Puskesmas minimal 2 tahun. Kasubag tata usaha membawahi sistem informasi Puskesmas, kepegawaian, rumah tangga, dan keuangan. Penanggung jawab UKM esensial dan keperawatan membawahi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan KIA dan KB yang bersifat UKM, pelayanan gizi yang bersifat UKM, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat. Penanggung jawab UKM pengembangan membawahi pelayanan kesehatan jiwa, gigi, olahraga, indera, lansia, kesehatan kerja, kesehatan tradisional komplementer dan lainnya. Penanggung jawab UKM, kefarmasian, dan laboratorium membawahi kegiatan pelayanan kesehatan umum, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, pelayanan KIA dan KB yang bersifat UKP, pelayanan gizi yang bersifat UKP, pelayanan gawat darurat, persalinan, kefarmasian, laboratorium dan pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap. Sedangkan penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas membawahi Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, Bidan Desa, dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini seperti yang tercantum dalam lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014.

#### 2.1.2. UKM dan UKP

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menerangkan bahwa Puskesmas menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama. Upaya kesehatan dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial sebagaimana dimaksud pada meliputi:

- a. Pelayanan promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan lingkungan.
- c. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana.

- d. Pelayanan gizi.
- e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal Kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:

- a. rawat jalan.
- b. pelayanan gawat darurat.
- c. pelayanan satu hari (*one day care*).
- d. *home care*.
- e. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan. Pelaksanakan upaya kesehatan puskesmas harus menyelenggarakan:

- a. Manajemen puskesmas.
- b. Pelayanan kefarmasian.
- c. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.
- d. Pelayanan laboratorium.

### 2.1.3. Manajemen Puskesmas

Pimpinan puskesmas harus memahami dan menerapkan prinsip-prinsip manajemen untuk dapat melaksanakan usaha pokok puskesmas secara efisien, efektif, produktif, dan berkualitas. Penerapan manajemen kesehatan di puskesmas terdiri dari:

- a. *Micro Planning* (MP)  
Merupakan perencanaan tingkat puskesmas. Pengembangan program Puskesmas selama lima tahun disusun dalam MP.
- b. Lokakarya Mini Puskesmas (LKMP)  
Merupakan bentuk penjabaran MP kedalam paket-paket kegiatan program yang dilaksanakan oleh staf, baik secara individu maupun berkelompok. LKMP dilaksanakan nsetiap tahun.
- c. *Local Area Monitoring* (LAM) atau PWS-KIA (Pemantauan Wilayah Setempat-Kesehatan Ibu dan Anak)  
Merupakan sistem pencatatan dan pelaporan untuk pemantauan penyakit pada ibu dan anak atau untuk penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi. LAM merupakan penjabaran fungsi pengawasan dan pengendalian program. LAM yang dijabarkan khusus untuk memantau kegiatan program KIA disebut dengan PWS-KIA. Sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) adalah kompilasi pencatatan program yang dilakukan secara terpadu setiap bulan.  
Supervisi rutin oleh pimpinan puskesmas dan rapat-rapat rutin untuk koordinasi dan memantau kegiatan program. Supervisi oleh pimpinan, monitoring, dan evaluasi merupakan penjabaran fungsi manajemen (pengawasan dan pengendalian) di puskesmas (ristekdikti, 2019).

Tabel 2.1 Penerapan Fungsi Manajemen di Puskesmas (Kemenkes-RI, 2016)

<i>Planning</i>	Mikro planning, perencanaan tingkat puskesmas.
<i>Organizing</i>	Struktur organisasi, pembagian tugas, pembagian wilayah kerja, pengembangan program Puskesmas.
<i>Actuating</i>	Lokakarya mini puskesmas, kepemimpinan, motivasi kerja, koordinasi, komunikasi melalui rapat rutin bulanan untuk membahas aktivitas harian dan kegiatan program.
<i>Controlling</i>	Pengawasan, monitoring, evaluasi, audit internal keuangan diPuskesmas.

Berdasarkan petunjuk teknis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2016 tentang Penguatan Manajemen

Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga, terdapat tiga pokok sub manajemen Puskesmas yaitu:

a. Mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas (P1)

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) dilaksanakan melalui langkah-langkah mengumpulkan dan mengolah data, mengidentifikasi masalah kesehatan dan potensi pemecahannya, menentukan prioritas masalah kesehatan, membuat rumusan masalah kesehatan, mencari penyebab masalah kesehatan, menetapkan cara pemecahan masalah, memasukkan pemecahan masalah kesehatan ke dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK), dan menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Perencanaan kegiatan dalam rangka keluarga sehat, terintegrasi dalam RUK/RPK Puskesmas.

b. Penguatan Penggerakan-Pelaksanaan (P2)

Penggerakan-Pelaksanaan (P2) dari RPK puskesmas yang telah disusun dan disepakati bersama dalam berbagai bentuk kegiatan di Puskesmas, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, dan kunjungan rumah untuk melakukan intervensi atas segala permasalahan kesehatan ditingkat keluarga sehingga indikator keluarga sehat dapat dipertahankan/ditingkatkan. Pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada RPK bulanan, tribulanan dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus dinamakan Forum Lokakarya Mini Puskesmas. Penggerakan melalui lokmin dan upaya lain juga dapat ditingkatkan dengan adanya penggerakan UKM yang lebih tepat sasaran dan efektif, termasuk penggerakan secara lintas sektor.

Kepala puskesmas akan menyusun strategi atas pelaksanaan RPK untuk menanggulangi segala permasalahan kesehatan prioritas dengan memanfaatkan seluruh potensi sumberdaya yang ada di dalam dan luar lingkungan kerjanya, membagi habis tugas kepada seluruh petugas puskesmas sesuai dengan kapasitasnya, mengatur waktu pelaksanaan kunjungan rumah, berkoordinasi dengan lintas sektor dalam pelaksanaan kunjungan rumah.

Pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah di Puskesmas, dimaksudkan sehingga Puskesmas tidak hanya melakukan pelayanan UKP secara terintegrasi untuk semua golongan umur, tetapi juga pelayanan UKM agar benar-benar memberikan pelayanan yang mengikuti siklus hidup (*life cycle*). Kunjungan rumah dimaksudkan untuk melakukan pemberdayaan keluarga guna dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi. Beberapa masalah kesehatan tertentu tidak mungkin dapat diatasi secara tuntas oleh sebuah keluarga. Hal ini karena masalah kesehatan tersebut terkait dengan penyebab-penyebab yang berada di luar kemampuan keluarga untuk mengatasinya. Misalnya lingkungan RT/RW/kelurahan/desa yang tidak sehat, sulitnya mengakses air bersih, sulitnya menjangkau pelayanan kesehatan, dan lain-lain. Puskesmas harus melaksanakan pengorganisasian masyarakat (*community organization*) dalam menemukan masalah kesehatan, baik pada tingkatan RT/RW atau kelurahan/desa. Masalah-masalah kesehatan keluarga lingkup kecamatan juga harus ditangani melalui pelaksanaan program-program kesehatan di Puskesmas, yang beberapa di antaranya dapat pula diintegrasikan ke dalam proses pengorganisasian masyarakat.

c. Pengawasan-Pengendalian-Penilaian (P3)

Lokakarya mini juga dimanfaatkan untuk Pengawasan-Pengendalian (Wasdal) dan Penilaian selain untuk Penggerakan-Pelaksanaan. Pengawasan-Pengendalian-Penilaian melalui lokmin dan upaya lain pun dapat ditingkatkan, termasuk Pengawasan-Pengendalian-Penilaian secara lintas sektor.

Kebijakan keuangan atau kebijakan pembiayaan kesehatan Puskesmas termasuk dalam tiga fungsi pokok sub manajemen Puskesmas yaitu P1 berkaitan dengan perencanaan tingkat puskesmas yang memanfaatkan kebijakan pembiayaan kesehatan puskesmas sebagai panduan dalam memutuskan strategi manajerial Puskesmas. P2 berkaitan dengan Pelaksanaan atau fungsi dari implementasi kebijakan pembiayaan kesehatan Puskesmas. P3 berkaitan dengan fungsi pengendalian, pengawasan dan penilaian sebagai bentuk dari evaluasi kebijakan pembiayaan kesehatan Puskesmas.

#### 2.1.4. Subsistem Manajemen Puskesmas

Puskesmas memiliki enam subsistem manajemen dalam upaya menunjang pengembangan program pokok puskesmas, yaitu:

- a. Subsistem pelayanan kesehatan  
Berupa promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi medis dan sosial.
- b. Subsistem manajemen keuangan  
Jenis anggaran yang digunakan terdiri dari dana rutin (gaji pegawai) dan dana operasional/proyek untuk masing-masing program.
- c. Subsistem manajemen logistik  
Setiap program membutuhkan dukungan logistik yang jumlah dan jenisnya berbeda-beda. Kebutuhan ini disusun dalam Lokakarya Mini Puskesmas (LKMP). Agar praktis biasanya kebutuhan logistik puskesmas disediakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) khusus untuk program KB dengan dana yang sudah dialokasikan setiap tahun. Pimpinan puskesmas mempunyai wewenang dan wajib memeriksa administrasi barang dan obat secara rutin.
- d. Subsistem manajemen personalia  
Untuk meningkatkan motivasi kerja staf, sistem intensif perlu diterapkan sesuai dengan ketentuan yang disepakati bersama. Selain itu pemberian penghargaan oleh pimpinan kepada staf yang berprestasi akan membantu meningkatkan motivasi mereka.
- e. Subsistem pencatatan dan pelaporan  
Laporan yang dibuat oleh puskesmas antara lain:
  - 1) Laporan harian (melaporkan adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit tertentu)
  - 2) Laporan mingguan (melaporkan kegiatan penanggulangan penyakit diare)
  - 3) Laporan bulanan (ada 4 jenis, LB1 berisi data kesakitan, LB2 berisi data kematian, LB3 berisi data program gizi. KIA, KB, dan P2M, LB4 untuk obat-obatan)

- f. Subsistem pengembangan peran serta masyarakat melalui Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) (Ristekdikti, 2019).

#### 2.1.5. *Level Management*

Menurut Samsudin (2010:20) dalam suatu organisasi dapat dijumpai berbagai tingkatan manajer atau *management levels* yang terdiri dari:

- a. Manajemen Puncak (*Top Management*)

Merupakan para eksekutif senior yang bertanggung jawab atas manajemen organisasi secara keseluruhan. Bertugas untuk membuat rencana-rencana strategis dan berjangka panjang, menetapkan tujuan organisasi, misi dan strategi yang akan digunakan, sehingga mereka sering juga disebut *strategic manager*. Mereka memegang jabatan seperti presiden direktur, direktur utama, direktur, dan kepala.

- b. Manajemen Menengah (*Middle Management*)

Bertugas mentransfer rencana-rencana, misi dan tujuan yang dibuat oleh manajemen puncak ke dalam program-program yang lebih spesifik, seringkali mereka juga disebut sebagai *tactical manager*. Manager menengah dapat mencakup lebih dari satu tingkat dalam organisasi dengan jabatan seperti manajer departemen atau kepala bagian.

- c. Manajemen Tingkat Satu (*Supervisory Management/ First Line Management*)

Seringkali disebut sebagai *operational manager* karena bertanggung jawab mengawasi aktivitas-aktivitas operasional dalam organisasi. Bertugas untuk membawahi langsung para pekerja dan bertanggung jawab atas pelaksanaan tugas mereka.

#### 2.1.6. Pembiayaan Kesehatan Puskesmas

Definisi pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan oleh pemerintah maupun masyarakat untuk menyediakan dan memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan perseorangan, keluarga maupun kelompok dan masyarakat pada. Di negara berkembang seperti Indonesia

biaya pelayanan kesehatan masih belum bisa lepas dari campur tangan pemerintah baik dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Biaya pelayanan kesehatan ditinjau dari segi penyedia pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu biaya bagi penyedia jasa pelayanan kesehatan dalam menyediakan berbagai upaya kesehatan dan biaya bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan dalam memanfaatkan pelayanan tersebut. Dari segi jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan maka biaya pelayanan kesehatan dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu biaya pelayanan kedokteran yang bertujuan mengobati penyakit dan pemulihan kesehatan penderita serta biaya pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan mencegah penyakit dan memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan adalah:

- a. Jumlah biaya yang cukup dalam arti membiayai semua kegiatan upaya pelayanan kesehatan dan tidak menyulitkan kemudian hari.
- b. Penyebaran dana yang sesuai menurut alokasi kebutuhan.
- c. Pemanfaatan yang efektif dan efisien.

Sumber pembiayaan upaya pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Sepenuhnya bersumber dari Pemerintah.
- b. Sebagian ditanggung masyarakat.
- c. Sepenuhnya ditanggung pihak ketiga baik itu swasta maupun bantuan luar negeri.

Pada era desentralisasi, fungsi pembiayaan usaha pelayanan kesehatan yang dilakukan pemerintah memiliki pembagian yang terperinci antara Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Puskesmas memiliki sumber pembiayaan antara lain:

- a. Pemerintah Pusat, Propinsi dan Kabupaten atau Kota.
- b. Pendapatan Puskesmas melalui biaya retribusi yang besarnya ditentukan Pemerintah Kabupaten atau Kota setempat.
- c. Sumber lain seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Sesuai Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri No.21/1994 dan No.23/1994 Puskesmas menjadi bagian dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yang tanggungjawab penyelenggaraannya dibawah Bupati atau Walikota setempat. Peran pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di

Puskesmas secara umum adalah sebagai pembuat kebijakan/ regulator, sebagai penyandang dana/ donator, dan sebagai pelaksana atau pelaku/ eksekutor (Setyawan, 2018).

#### 2.1.7. Pengelolaan Keuangan Puskesmas

Berdasarkan Modul Pelatihan Pengelolaan Keuangan Daerah oleh Kementerian Keuangan Tahun 2017, terdapat lima poin penting yang perlu diperhatikan dalam mengelola keuangan UPTD Puskesmas. Diantaranya yaitu:

a. Tata Kelola Kelembagaan Dalam Pengelolaan Keuangan Daerah

Keuangan negara adalah semua hak dan kewajiban negara yang dapat dinilai dengan uang serta segala sesuatu baik berupa uang maupun barang yang dapat dijadikan milik negara berhubung dengan pelaksanaan hak dan kewajiban tersebut. Pengelolaan Keuangan Daerah sebagai bagian yang tidak dapat dipisahkan dengan Keuangan Negara merupakan aspek penting dalam mengelola daerah. Berdasarkan PP 41 Tahun 2007, yang dimaksud dengan Perangkat Daerah atau yang dikenal dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) adalah unsur pembantu kepala daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat DPRD, Dinas Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Kecamatan, dan Kelurahan. Pada Dinas Daerah dapat dibentuk Unit Pelaksana Teknis Dinas untuk melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang yang mempunyai wilayah kerja satu atau beberapa kecamatan. Unit pelaksana teknis dapat juga dibentuk pada badan.

Pengaturan tentang UPT Dinas dan Badan secara detil diatur dalam peraturan kepala daerah (Gubernur/Bupati/walikota). Jenis UPTD dan struktur organisasi dibuat sesuai kebutuhan daerah. Sebagai contoh UPTD adalah Puskesmas pada Dinas Kesehatan dan Sekolah pada Dinas Pendidikan. Puskesmas dan Sekolah merupakan contoh dari frontline services karena merupakan institusi terdepan dalam melayani masyarakat. SKPD dan UPTD memiliki hubungan komando, dimana UPTD

merupakan bagian dari SKPD. Kepala UPTD bertanggung jawab kepada Kepala SKPD. Sedangkan hubungan antara SKPD dengan SKPKD secara kelembagaan sejajar di bawah Kepala daerah. Namun berkaitan dengan kewenangan pengelolaan keuangan daerah, hubungan kedua institusi tersebut adalah SKPKD sebagai Bendahara Umum Daerah sedangkan SKPD pengguna anggaran dan UPTD sebagai kuasa pengguna anggaran. Pengelola keuangan UPTD secara sederhana terdiri dari Kepala UPTD dan bendahara. Pada prinsipnya Kepala UPTD bertindak selaku Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) atas seluruh pelaksanaan kegiatan di UPTD.

b. Perencanaan dan Penganggaran Keuangan UPTD

Pemerintah Daerah dalam upaya melaksanakan tugasnya diawali dengan menyusun perencanaan strategis, yaitu suatu proses yang berorientasi pada hasil (capaian kinerja) yang ingin dicapai oleh organisasi (Pemda/SKPD) sesuai kewenangan selama kurun waktu tertentu secara sistematis dan berkesinambungan dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau yang mungkin timbul. Untuk level SKPD dikenal Rencana strategis (Renstra) untuk periode 5 tahun dan Rencana Kerja (Renja SKPD) untuk periode satu tahun. Selanjutnya berdasarkan perencanaan tersebut dibuatlah rencana anggaran, dari KUA, PPAS, RKA hingga APBD. Rencana Kerja atau Renja pada tingkat SKPD terkait dengan rencana kerja pada Unit Pelaksana Teknis yang berada di bawahnya. Untuk Renja dan RKA Dinas Kesehatan, maka terkait dengan Renja dan RKA UPTD Puskesmas. Pelaksanaan Anggaran menjadi bagian penting dalam mewujudkan rencana strategis yang ingin dicapai oleh Pemerintah Daerah sebagaimana tertuang dalam dokumen perencanaannya. Untuk memantau keberhasilan pelaksanaan anggaran tersebut, maka diperlukann adanya indikator kinerja. Dan salah satu indikator kinerja yang dikembangkan dari tingkat SKPD sampai dengan UPTD adalah Standar Pelayanan Minimum (SPM). SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib

daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal (PP No. 65 Tahun 2005 Pasal 1 Ayat 6).

Sumber dana UPTD Puskesmas dapat berasal dari APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, serta pihak ketiga seperti BPJS untuk Puskesmas. Belanja Daerah adalah kewajiban pemerintah daerah yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Belanja daerah meliputi semua pengeluaran dari rekening kas umum daerah yang mengurangi ekuitas dana lancar, yang merupakan kewajiban daerah dalam satu tahun anggaran yang tidak akan diperoleh pembayarannya kembali oleh daerah. Belanja daerah diklasifikasikan ke dalam belanja langsung dan belanja tidak langsung. Belanja Langsung, yaitu belanja yang dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan yang direncanakan. Jenis Belanja Langsung dapat berupa belanja pegawai, belanja barang dan jasa, dan belanja modal. Belanja tidak langsung merupakan belanja yang tidak terkait secara langsung dengan program dan kegiatan yang dilaksanakan dan sukar diukur dengan capaian prestasi kerja yang ditetapkan. Belanja tidak langsung pada dasarnya merupakan belanja yang digunakan secara bersama-sama (common cost) untuk melaksanakan seluruh program atau kegiatan Unit Kerja atau aktivitas umum lainnya.

RKA SKPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang memuat rencana pendapatan, belanja untuk masing-masing program dan kegiatan menurut fungsi untuk tahun yang direncanakan dirinci sampai dengan rincian objek pendapatan, belanja dan pembiayaan, serta perkiraan maju untuk tahun berikutnya. Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) SKPD merupakan bentuk pengalokasian sumberdaya keuangan pemerintah daerah berdasarkan struktur APBD dan kode rekening. Dokumen kebijakan strategis perencanaan penganggaran meliputi RPJP, RPJMN, Renstra, RKP, Renja, dan Pagu Indikatif/pagu sementara. Sedangkan kebijakan operasional meliputi dokumen APBN, RKA, dan DIPA. Dokumen kebijakan strategis menjadi dasar penyusunan program dan kegiatan yang responsif gender dan inklusi sosial. Sementara operasionalisasi pengintegrasian isu gender dan inklusi sosial dalam

perencanaan dan penganggaran dilakukan melalui penyusunan dokumen Renja.

c. Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran UPTD

Penyusunan RKA merupakan penjabaran dari program dan kegiatan yang termuat dalam RPKD dan Renja SKPD. Sedangkan penyusunan anggaran merupakan bentuk pengalokasian sumberdaya keuangan pemerintah daerah berdasarkan struktur APBD dan kode rekening. Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) merupakan jumlah anggaran yang diberikan pada SKPD untuk setiap program dan kegiatan, sehingga PPAS digunakan sebagai acuan besarnya anggaran dalam penyusunan RKA. Penyusunan RKA menggunakan 3 (tiga) pendekatan, yaitu pendekatan kerangka pengeluaran jangka menengah daerah, pendekatan penganggaran terpadu, dan pendekatan penganggaran berdasar prestasi kerja. Pendekatan penganggaran berdasarkan prestasi kerja (anggaran berbasis kinerja) dilakukan dengan memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dengan keluaran yang diharapkan dari kegiatan dan hasil yang diharapkan dari program termasuk efisiensi dalam pencapaian keluaran dan hasil tersebut. Semakin besar keluaran dan hasil yang akan dicapai semakin besar pula belanja yang akan dianggarkan, demikian pula sebaliknya.

Pendekatan penganggaran terpadu dilakukan dengan mengintegrasikan seluruh proses perencanaan dan penganggaran di lingkungan unit kerja untuk menghasilkan dokumen rencana kerja dan anggaran yang terintegrasi. Dengan adanya pendekatan penganggaran terpadu akan menghindari penganggaran program dan kegiatan yang tumpang tindih yang dilakukan diantara unit kerja. Dengan demikian akan tercipta penganggaran yang efisien dan efektif. Pendekatan kerangka pengeluaran jangka menengah dilaksanakan dengan menyusun prakiraan maju yang berisi perkiraan kebutuhan anggaran untuk program dan kegiatan yang direncanakan dalam tahun anggaran berikutnya dari tahun anggaran yang direncanakan dan merupakan implikasi kebutuhan dana untuk pelaksanaan program dan kegiatan tersebut pada tahun berikutnya.

Di dalam penyusunan anggaran, disamping memperhatikan dan menerapkan pendekatan penyusunan anggaran seperti yang dikemukakan di atas, juga perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1) Ketersediaan Anggaran

Di dalam melakukan penyusunan anggaran, tim penyusun anggaran perlu memastikan ketersediaan anggaran untuk membiayai program dan kegiatan. Untuk anggaran yang bersumber dari APBD, ketersediaan dana untuk setiap program dan kegiatan dapat dilihat dari plafon anggaran yang diterima setiap SKPD sebelum menyusun anggaran.

2) Prioritas Program dan Kegiatan

Banyaknya keinginan dan kebutuhan untuk melaksanakan program dan kegiatan unit kerja sementara ketersediaan anggaran relatif terbatas sehingga mendorong setiap unit kerja untuk memilih program dan kegiatan untuk dilaksanakan. Untuk mengatasi hal tersebut maka setiap unit kerja perlu terlebih dahulu menentukan prioritas program dan kegiatan yang akan dilaksanakan sehingga lebih memudahkan di dalam memilih program dan kegiatan jika anggaran terbatas untuk membiayai semua program dan kegiatan yang diusulkan.

3) Persyaratan Penggunaan Dana

Pada umumnya setiap sumber dana memiliki ketentuan penggunaan dana tersendiri. Misalnya penggunaan dana yang bersumber dari BOK, dan BPJS yang memiliki karakteristik peruntukan. Penyusunan anggaran hendaknya memperhatikan persyaratan penggunaan dana dari setiap sumber dana agar semua dana dapat dimanfaatkan dengan optimal. Oleh karena itu setiap kegiatan yang akan dibiayai perlu mencantumkan sumber dananya. Penyusunan RKA unit kerja meliputi RKA Pendapatan dan RKA Belanja. RKA pendapatan memuat seluruh penerimaan yang bersumber dari pendapatan, misalnya untuk Puskesmas adalah retribusi pelayanan medis untuk pasien dari luar wilayah layanan. Sedangkan RKA belanja memuat seluruh belanja unit kerja hingga saat ini, penyusunan belanja barang modal dan belanja tidak langsung untuk Puskesmas disusun oleh Dinas terkait sehingga penyusunan anggaran belanja pada kedua unit

kerja tersebut hanya sebatas RKA belanja langsung non belanja barang modal. Formulir RKA Puskesmas tergantung dari ketentuan yang mengaturnya.

d. Penatausahaan Keuangan UPTD

Penatausahaan dana di UPTD merupakan pelaksanaan prosedur penerimaan kas dan pengeluaran kas beserta pembukuan dan pertanggungjawabannya. Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa terdapat dua aktivitas utama penatausahaan keuangan UPTD, yaitu aktivitas penatausahaan penerimaan kas dan aktivitas penatausahaan pengeluaran kas. Dalam aktivitas penatausahaan pengeluaran kas juga terdapat kegiatan penerimaan, sehingga seringkali membingungkan untuk membedakan kedua aktivitas tersebut. Perbedaan dari kedua aktivitas ini terdapat pada jenis dana yang dikelolanya serta yang dilakukan setelah kegiatan penerimaan dilakukan.

Terdapat beberapa kaidah yang berlaku umum bagi seluruh unit instansi pemerintah dalam mengelola keuangan daerah, sebagai berikut :

- 1) Keuangan Negara dikelola secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan. (Pasal 3 (1) : UU 17/2003)
- 2) Semua penerimaan yang menjadi hak dan pengeluaran yang menjadi kewajiban daerah dalam tahun anggaran yang bersangkutan harus dimasukkan dalam APBD. (Pasal 3 (6) : UU 17/2003)
- 3) Penerimaan kementerian negara/lembaga/satuan kerja perangkat daerah tidak boleh digunakan langsung untuk membiayai pengeluaran. (Pasal 16 (3) : UU 1/2004)
- 4) Setiap bendahara sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bertanggung jawab secara pribadi atas kerugian keuangan negara yang berada dalam pengurusannya. (Pasal 35 (1) : UU 1/2004)
- 5) Pejabat yang menandatangani dan atau mengesahkan dokumen yang berkaitan dengan surat bukti yang menjadi dasar penerimaan dan atau pengeluaran atas pelaksanaan APBD bertanggungjawab atas

kebenaran material dan akibat yang timbul dari penggunaan surat bukti dimaksud. (Pasal 184 : Permendagri 13/2006)

6) Pelaporan dan Pertanggungjawaban Pengelolaan Keuangan Serta Barang Milik Daerah pada UPTD

Frontline Service dalam bentuk Puskesmas sebagai UPTD yang berada di bawah SKPD memiliki karakteristik yang berbeda dalam pengelolaan keuangannya. Dana yang dikelola oleh UPTD Frontline Service sangat beragam, sedangkan SKPD hanya mengelola dana yang berasal dari APBD saja. Oleh karena itu, dalam pengelolaan dan pelaporan dana tersebut disesuaikan dengan petunjuk teknis (juknis) yang diberikan oleh masing-masing pemberi dana, untuk Puskesmas diterbitkan Juknis BOK untuk dana BOK yang berasal dari APBN maupun sumber dana lainnya seperti dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, maupun dana dari pihak ketiga. Penggunaan dan pelaporan keuangan atas penggunaan dana tersebut harus mengacu pada Juknis yang telah ditetapkan, sehingga bentuk dan format pelaporannya juga bisa berbeda-beda tergantung dari pemberi dananya.

Laporan Keuangan Terpadu (LKT) adalah laporan yang mencatat semua jenis penerimaan dari berbagai sumber dana dan semua jenis pengeluaran yang dilakukan. Selain itu, LKT juga dapat dikaitkan dengan perencanaan dan anggaran UPTD untuk melihat konsistensi antara apa yang direncanakan dan dianggarkan dengan apa yang dibiayai oleh UPTD. Laporan Keuangan Terpadu merupakan laporan keuangan konsolidasi UPTD yang menunjukkan seluruh sumber dan pengeluaran keuangan UPTD secara komprehensif. Laporan Keuangan Terpadu (LKT) merupakan salah satu bagian penting dari tata kelola UPTD (school governance), yaitu transparansi dan akuntabilitas manajemen UPTD (Kemendiknas-Unicef).

Paradigma baru pengelolaan barang milik negara/aset negara telah memunculkan optimisme baru dalam penataan dan pengelolaan aset negara yang lebih tertib, akuntabel, dan transparan ke depannya. Pengelolaan aset negara yang profesional dan modern dengan

mengedepankan good governance diharapkan akan mampu meningkatkan kepercayaan pengelolaan keuangan negara dari masyarakat atau pemangku kepentingan lainnya. UPTD sebagai unit layanan terdepan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat (Puskesmas), memiliki peran dan tanggung jawab dalam pengelolaan BMD yang dikuasainya. Kepala Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) selaku kuasa pengguna barang milik daerah, berwenang dan bertanggung jawab:

- 1) Mengajukan rencana kebutuhan barang milik daerah bagi unit kerja yang dipimpinnya kepada Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang bersangkutan;
- 2) Melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
- 3) Menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi unit kerja yang dipimpinnya;
- 4) Mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
- 5) Melakukan pengawasan dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
- 6) Menyusun dan menyampaikan Laporan Barang Kuasa Pengguna Semesteran (LBKPS) dan Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan (LBKPT) yang berada dalam penguasaannya kepada kepala satuan kerja perangkat daerah yang bersangkutan.

Kondisi perkembangan akuntabilitas pelaporan keuangan UPTD Frontline Service pada saat sekarang ini, sama dengan awal dimulainya Otonomi Pemerintah pada tahun 1999 dengan diundangkannya Paket Undang-Undang Otonomi Daerah. Setelah otonomi daerah berjalan 6 tahun, Pemerintah baru dapat menerbitkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan, yang kemudian diganti dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan.

## 2.2. Jaminan Kesehatan Nasional

### 2.2.1 Pengertian

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

### 2.2.2. Kepesertaan

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam peraturan presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam peraturan presiden Nomor 111 tahun 2013. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019. Beberapa penjelasan lain mengenai kepesertaan berdasarkan Perpres tersebut antara lain adalah :

- a. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.
- b. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- c. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta yang mengikuti program JKN terbagi dalam dua golongan yaitu :

- 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 2) Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya.
  - b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya.
  - c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

### 2.2.3. Cara Pembayaran Fasilitas kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan sistem kapitasi. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's) (Permenkes-RI No.27, 2014). Permenkes-RI No.28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional juga menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan Kapitasi dan Non Kapitasi. Berikut ini merupakan mekanisme pembayaran kapitasi dan non kapitasi:

#### a. Mekanisme pembayaran kapitasi.

Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang

selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah.

b. Mekanisme pembayaran non kapitasi.

Pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- 1) Pelayanan ambulan.
- 2) Pelayanan obat program rujuk balik.
- 3) Pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik
- 4) Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio.
- 5) Rawat inap tingkat pertama.
- 6) Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter.
- 7) Pelayanan KB berupa MOP/vasektomi.
- 8) Kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat.
- 9) Pelayanan darah di FKTP.
- 10) Pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

### 2.3. Jenis Pembiayaan Kesehatan

Menurut Azwar, A (dalam Setyawan, 2018:Vol.2) Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan:

a. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*)

*Health Provider* adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama

pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (investment cost) serta seluruh biaya operasional (operational cost).

b. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health Consumer*)

Adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Pada dasarnya ada empat macam jenis pembiayaan jasa kesehatan yang ada saat ini. Pertama yaitu *fee for service*, pembiayaan berasal dari kantong orang itu sendiri (*out of pocket*). Kedua yaitu *reimbursement*, penggantian biaya kesehatan oleh pihak perusahaan berdasar layanan kesehatan yang dikeluarkan terhadap seorang pasien. Metode ini pada dasarnya mirip dengan *fee for service*, hanya saja dana yang dikeluarkan bukan oleh pasien, tapi pihak perusahaan yang menanggung biaya kesehatan pasien. Ketiga yaitu berdasarkan gaji, dokter atau tenaga yang memberikan pelayanan akan menerima penghasilan tetap di tiap bulannya sebagai balas jasa atas layanan kesehatan yang telah diberikan. Keempat yaitu kapitasi, pembiayaan kesehatan oleh penanggung atau penyedia asuransi kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar dikalikan dengan nilai norma kapitasi, tanpa mempertimbangkan banyaknya pasien berkunjung dan jenis pelayanan yang diberikan (Djuhaeni, 2007:6).

#### 2.4. Dana Kapitasi

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menghimpun iuran yang dibayar oleh masyarakat atau pemerintah yang telah mendaftarkan diri

atau didaftarkan sebagai peserta program JKN. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas dua kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan. Peserta PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan anggota keluarganya. Menteri Sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes-RI No.28, 2014).

Sumber pendanaan dalam penyelenggaraan JKN berasal dari iuran peserta PBI dan bukan PBI. Iuran Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah. Iuran Peserta Bukan PBI meliputi Pekerja penerima upah yang dibayar oleh Pekerja dan Pemberi kerja sedangkan Pekerja bukan penerima upah dan bukan Pekerja dibayarkan oleh peserta yang bersangkutan (Permenkes-RI No.27, 2014). Selanjutnya BPJS Kesehatan membayarkan anggaran jaminan kesehatan masyarakat secara kapitasi untuk mengoptimalkan pelayanan dengan menggunakan indikator norma kapitasi. Norma Penetapan Besaran Kapitasi adalah kriteria mengenai tingkat kelengkapan sumber daya dan pelayanan FKTP yang digunakan untuk penetapan besaran kapitasi bagi FKTP. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKTP secara praupaya berdasarkan kapitasi atas jumlah Peserta yang terdaftar di FKTP. Besaran tarif kapitasi yang dibayarkan kepada FKTP pada suatu wilayah ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah setempat dengan mengacu pada standar tarif kapitasi yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Standar tarif kapitasi ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp.3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp.6.000,00 (enam ribu rupiah);

- b. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp.8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp.10.000,00 (sepuluh ribu rupiah).
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp.2.000,00 (dua ribu rupiah).

Penetapan besaran tarif kapitasi bagi masing-masing FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan seleksi dan kredensialing dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan. Pendistribusian dana BPJS secara kapitasi adalah suatu metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan di mana pemberi pelayanan kesehatan di FKTP menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu untuk pelayanan yang telah ditentukan (Peraturan BPJS Kesehatan No.2, 2015).

#### 2.4.1. Pengertian

Peraturan presiden Nomor 32 tahun 2014 Pasal 1 angka (6) mempertegas dengan yang menyatakan bahwa Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar di muka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Hartati dalam Sari, 2017:37).

Peraturan presiden Nomor 32 tahun 2014 dinyatakan dalam Pasal 1 ayat (3) Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah tempat untuk melakukan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Dapat berupa praktik dokter perorangan, puskesmas, Rumah sakit Kelas D Pratama dan klinik pratama.

#### 2.4.2. Pemanfaatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2016 tentang Penggunaan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah pasal 3 ayat 1 menyatakan bahwa “Dana kapitasi yang diterima Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan”.

Alokasi jasa pelayanan kesehatan untuk tiap FKTP ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi, sedangkan untuk dukungan biaya operasional kesehatan ditetapkan selisih dari besar Dana kapitasi dikurangi dengan besar alokasi untuk jasa pelayanan kesehatan. Hal ini ditegaskan pada pasal 3, ayat 2 dan 3 Peraturan menteri kesehatan Nomor 21 tahun 2016. Pemanfaatan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dalam bentuk obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan pelayanan kesehatan dalam dan luar gedung serta kunjungan rumah pada peserta JKN dalam penyelenggaraan program JKN.

#### 2.5. Pengelolaan Dana Kapitasi JKN

Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pengelolaan dana kapitasi JKN adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kementerian dalam negeri menerbitkan surat edaran Nomor 990/2280/SJ yang didalamnya berisi petunjuk teknis penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, serta pertanggungjawaban dana kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

#### 2.4.2. Penganggaran

Kepala FKTP yaitu kepala Puskesmas menyusun rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN yang disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan. Selanjutnya Kepala Dinas Kesehatan menyusun rencana kerja dan anggaran SKPD (RKA-SKPD) yang memuat rencana pendapatan dana kapitasi JKN dan rencana belanja dana kapitasi JKN. Untuk rencana pendapatan dianggarkan dalam kelompok Pendapatan Asli Daerah, jenis Lain-lain Pendapatan Asli Daerah. Sedangkan untuk uraian belanja dianggarkan dalam jenis, obyek, dan rincian obyek belanja sesuai kode rekening berkenaan dengan pemanfaatannya.

#### 2.5.1. Pelaksanaan dan Penatausahaan

Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran SKPD (DPA-SKPD). Untuk menyelenggarakan fungsi perbendaharaan dana kapitasi JKN pada FKTP, kepala daerah mengangkat Bendahara Dana Kapitasi JKN pada masing-masing FKTP setiap tahun atas usul Kepala SKPD Dinas Kesehatan. Bendahara dana kapitasi JKN di masing-masing FKTP membuka rekening bank yang telah ditetapkan oleh kepala daerah untuk menampung dana transfer dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Tata cara pencatatan dan penyampaian pelaporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagai berikut :

- a. Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala FKTP dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.
- b. Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara dana kapitasi JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja FKTP, selanjutnya kepala FKTP menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala FKTP setiap bulan kepada Kepala Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya.
- c. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepala FKTP, maka Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan

Pendapatan dan Belanja (SP3B) FKTP setiap bulan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk penerbitan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP oleh selaku Bendahara Umum Daerah (BUD).

- d. Pejabat Penatausahaan Keuangan SKPD Dinas Kesehatan dan PPKD selaku BUD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja FKTP (Sari, 2017).

#### 2.5.2. Pertanggungjawaban

Berdasarkan SP2B FKTP, Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja yang bersumber dari dana kapitasi JKN serta menyajikan dalam laporan keuangan SKPD yang akan dikonsolidasikan dengan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah (Sari, 2017).

#### 2.5.3. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen, merupakan istilah lain dari *pay for performance*. Konsep *pay for performance* menurut (Eijkenaar, 2013) merupakan pendekatan yang banyak digunakan dalam meningkatkan efisiensi dalam pelayanan kesehatan. Penyedia layanan dalam hal ini FKTP menerima insentif keuangan berdasarkan capaian indikator yang mereka capai (Eijkenaar *et al*, 2013). Hal itu sesuai dengan definisi kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada peraturan bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan No.HK.01.08/III/980/2017 dan No. 2 Tahun 2017, yakni pembayaran kapitasi yang disesuaikan dengan hasil penilaian capaian indikator kesehatan perseorangan yang merupakan kesepakatan berupa komitmen pelayanan FKTP untuk meningkatkan mutu pelayanan (BPJS Kesehatan, 2017).

Bagi Klinik Pratama milik Swasta dan Praktik Dokter Mandiri akan dilakukan penilaian kapitasi berbasis komitmen pelayanan tanpa diterapkan penyesuaian kapitasi sampai dengan tanggal 31 Desember 2017 (BPJS Kesehatan,

2017). Capaian indikator yang dinilai pada pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan adalah :

a. Angka Kontak.

Angka kontak adalah indikator yang digunakan untuk melihat tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh peserta dan usaha FKTP terhadap kesehatan peserta pada setiap 1.000 peserta yang terdaftar di FKTP yang telah melakukan *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan BPJS Kesehatan. Rumus perhitungan angka kontak adalah jumlah peserta yang terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dibandingkan dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikalikan dengan 1.000. Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP minimal 150 % setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

b. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik.

Merupakan indikator untuk mengetahui sistem rujukan yang sesuai dengan indikasi medis dan kompetensi yang dikoordinasikan antara FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan FKRTL. Rumus untuk menghitung indikator rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan kasus non spesialistik dibagi jumlah rujukan FKTP dikali 100. Rujukan kasus non spesialistik adalah diagnosa yang termasuk dalam 144 penyakit yang harus ditangani tuntas di FKTP, atau tidak boleh dirujuk ke FKRTL. Jenis diagnosa yang termasuk 144 item tersebut adalah kesepakatan antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinkes Kota/Kab, dan Organisasi Profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan FKTP yang merupakan lampiran yang tidak terpisahkan dengan perjanjian kerja sama. Adapun target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik oleh FKTP < 5% setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

c. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP.

Merupakan indikator dalam melihat kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS dan FKTP. Rumus menghitungnya adalah jumlah peserta prolanis yang rutin berkunjung dibagi jumlah peserta prolanis yang terdaftar di FKTP dikali 100. Pasien dengan diagnosa diabetes melitus dan hipertensi adalah jenis penyakit

kronis yang dihitung. Target pemenuhan indikatornya adalah minimal 50% setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

Hasil pencapaian target indikator komitmen pelayanan FKTP menjadi dasar pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan. Bagi FKTP yang memenuhi:

- a. Mencapai 3 target indikator komitmen pelayanan, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi 100% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- b. Mencapai 2 target indikator, dan satu indikator lainnya tidak tercapai, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- c. Mencapai 1 target indikator komitmen pelayanan, sedangkan 2 indikator lainnya tidak tercapai, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- d. Apabila FKTP tidak mencapai semua target indikator komitmen pelayanan, FKTP menerima pembayaran kapitasi 90% dari norma kapitasi yang ditetapkan (BPJS Kesehatan, 2015).

Pemanfaatan dana kapitasi sangat terkait dengan kecukupan anggaran untuk pengadaan obat dan tingkat ketersediaan obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Menurut Andayani *et al* (2016) untuk dapat menghitung persentase komponen obat dalam besaran kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan dengan memperhatikan pola persepan yang rasional paling tidak harus memperhatikan beberapa faktor, yakni jumlah 6 peserta JKN yang terdaftar, angka morbiditas tiap kelompok penyakit yang dilayani, *utilization rate*, *prescription cost* untuk tiap kelompok yang ditangani dan nilai besaran kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Andayani & Satibi, 2016).

## **2.6. Faktor yang Mempengaruhi Penyerapan Anggaran**

### **2.6.1. Dokumen Perencanaan**

Dasar hukum penyusunan dokumen perencanaan pembangunan daerah mengacu pada beberapa produk perundang-undangan (Miliasih, 2012) sebagai

berikut :

- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
- b. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
- c. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
- d. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Jo UU 12 tahun 2008.
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Negara.
- f. Peraturan Menteri Dalam negeri Nomor 13 Tahun 2006 Jo Permendagri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

Dokumen perencanaan di daerah menurut Pinto (2013) terdiri dari:

- a. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD)  
Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) merupakan rencana untuk mencapai tujuan dibentuknya pemerintahan daerah provinsi sesuai Undang-Undang tentang Pembentukan Daerah.
- b. Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Daerah  
Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Daerah merupakan arah pembangunan yang ingin dicapai daerah dalam kurun waktu 5 (lima) tahun, sesuai masa bhakti Kepala Daerah terpilih yang disusun berdasarkan visi, misi, dan program Kepala Daerah.
- c. Rencana Strategis (Renstra) Satuan Kerja Perangkat Daerah  
Renstra SKPD adalah dokumen perencanaan SKPD yang berjangka waktu 5 (lima) tahun, disusun dalam rangka mengoperasionalkan RPJM Daerah sesuai tugas dan fungsi masing-masing SKPD sesuai bidang urusan yang menjadi kewenangan daerah.
- d. Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Daerah  
RKP Daerah yang merupakan rencana pembangunan tahunan daerah, wajib disusun oleh Daerah sebagai landasan dalam penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD).
- e. Rencana Kerja (Renja) Satuan Kerja Perangkat Daerah

Renja SKPD merupakan dokumen rencana pembangunan masing-masing SKPD yang berjangka waktu 1 (satu) tahun, memuat kebijakan, program, dan kegiatan yang disusun sesuai dengan tugas dan fungsi SKPD yang bersangkutan berdasarkan urusan yang menjadi kewenangan daerah, sasaran (indikator) hasil dan keluaran yang terukur, beserta rincian pendanaannya.

#### 2.6.2. Pencatatan Administrasi

Administrasi dalam arti sempit. Menurut Handyaningrat (1988:2) mengatakan “Administrasi secara sempit berasal dari kata *Administratie* (bahasa Belanda) yaitu meliputi kegiatan cata-mencatat, surat-menyurat, pembukuan ringan, ketik-mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat teknis ketatausahaan”. Dari definisi tersebut dapat disimpulkan administrasi dalam arti sempit merupakan kegiatan ketatausahaan yang meliputi kegiatan cata-mencatat, surat-menyurat, pembukuan dan pengarsipan surat serta hal-hal lainnya yang dimaksudkan untuk menyediakan informasi serta mempermudah memperoleh informasi kembali jika dibutuhkan.

Administrasi dalam arti luas. Menurut Gie (1980) mengatakan “Administrasi secara luas adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh sekelompok orang dalam suatu kerjasama untuk mencapai tujuan tertentu”. Administrasi secara luas dapat disimpulkan pada dasarnya semua mengandung unsur pokok yang sama yaitu adanya kegiatan tertentu, adanya manusia yang melakukan kerjasama serta mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Administrasi pada intinya melingkupi seluruh kegiatan dari pengaturan hingga pengurusan sekelompok orang yang memiliki diferensiasi pekerjaan untuk mencapai suatu tujuan bersama. Administrasi dapat berjalan dengan suatu atau banyak orang terlibat di dalamnya.

#### 2.6.3. Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM)

Menurut Nawawi (2001) ada tiga pengertian Sumber Daya Manusia yaitu:

- a. Sumber daya manusia adalah manusia yang bekerja dilingkungan suatu organisasi (disebut juga personil, tenaga kerja, pekerja atau karyawan).
- b. Sumber daya manusia adalah potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya.
- c. Sumber daya manusia adalah potensi yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) di dalam organisasi bisnis, yang dapat mewujudkan menjadi potensi nyata (real) secara fisik dan non-fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi.

Pengaruh yang ditimbulkan oleh pengelolaan anggaran dan SDM yang salah sangat banyak seperti contohnya pada aspek ekonomi, dimana karena adanya kesalahan pengelolaan anggaran dan penetapan SDM yang salah maka kualitas dari pelayanan akan menurun. Dalam hal ini proses perekonomian Indonesia akan lambat karena ketidakmampuan SDM dalam mengelola dengan baik. Di era globalisasi ini tentunya Pemerintah Indonesia sangat membutuhkan SDM yang mampu mengelola anggaran dengan baik.

KKN merupakan sebuah penyakit yang krusial yang sangat-sangat membunuh perekonomian Indonesia. SDA yang melimpah tidak bisa dikelola dengan baik oleh aparatur pemerintah (SDM) karena kualitasnya kurang. Kualitas SDM yang rendah juga membuat sebuah proses yang lambat dalam pelayanan administrasi, contohnya dalam mengurus izin usaha.

#### 2.6.4. Dokumen Pengadaan

Berdasarkan Keppres No. 80 Tahun 2003 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah, jenis dokumen pengadaan terdiri dari dokumen pengadaan barang/jasa pemborongan/jasa lainnya dan dokumen pengadaan jasa konsultansi. Dokumen pengadaan barang/jasa pemborongan/jasa lainnya terdiri dari dokumen pemilihan penyedia dan dokumen pasca/prakualifikasi. Sedangkan dokumen pengadaan jasa konsultansi terdiri dari dokumen pemilihan penyedia dan dokumen prakualifikasi.

Informasi yang diperlukan dalam penyusunan dokumen (Herriyanto, 2012) diantaranya:

- a. Peraturan perundang-undangan yang diterapkan
- b. Jenis kontrak
- c. Sumber dana
- d. Metoda pengadaan
- e. Nilai kontrak
- f. Standar-standar Nasional Indonesia

Ketentuan pokok dalam penyusunan dokumen pengadaan (Rahayu, 2011)

antara lain:

- a. Dokumen pengadaan disiapkan panitia/pejabat pengadaan dan disahkan pengguna barang/jasa.
- b. Isi harus lengkap dan jelas, serta tidak menimbulkan penafsiran jamak (multi tafsir).
- c. Perubahan (adendum) dokumen diperkenankan sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

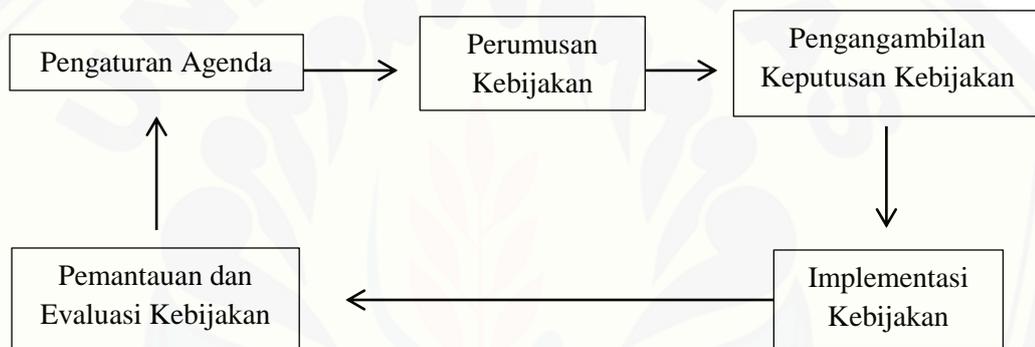
#### 2.6.5. Uang Persediaan (UP)

Amir (2013) menjelaskan Uang Persediaan (UP) adalah uang muka kerja dengan jumlah tertentu yang bersifat daur ulang (*revolving*) yang diberikan kepada bendahara pengeluaran hanya untuk membiayai kegiatan operasional kantor sehari-hari yang tidak dapat dilakukan dengan pembayaran langsung. Pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas dalam hal uang persediaan yaitu jumlah pemasukan atau pendapatan pada tahun berkenaan ditambah dengan SilPA dana kapitasi pada tahun lalu.

### 2.7. Teori Siklus Kebijakan

Laswell, H.D pada tahun 1956 mengenalkan teori siklus kebijakan dengan model rasional. Model rasional menekankan bahwa proses kebijakan merupakan proses yang rasional dan dilakukan oleh aktor-aktor yang memiliki cara berpikir yang rasional. Menurut model ini, proses kebijakan meliputi tahap-tahapan tertentu dan berjalan seperti sebuah siklus. Proses kebijakan akan dimulai dari

adanya masalah yang teridentifikasi masuk ke dalam agenda kebijakan (atau, *agenda setting*). Kemudian setelah informasi yang diperlukan terkumpul, ditemuan berbagai pilihan dan alternative kebijakan, sehingga dapat disusun sebuah kebijakan (*policy formulation*). Kemudian diambil keputusan mengenai rancangan kebijakan yang paling efisien dan efektif dan diputuskan sebagai suatu kebijakan yang memiliki kekuatan hukum (*decision making*). Hasilnya adalah sebuah kebijakan yang hampir ideal dan optimal. Setelah ini kebijakan dijalankan (*policy implementation*) dan dievaluasi (*monitoring & evaluation*), apabila ditemukan masalah-masalah baru, masalah tersebut akan masuk menjadi agenda kebijakan dan memulai siklus ini kembali (Dewi, S & Trisnantoro, L. 2015).



Gambar 2. 1 Siklus Kebijakan Lasswel H.D

Tahap-tahap Siklus Kebijakan dalam menyusun suatu kebijakan, urutan-urutan perlu dilalui, dari mulai perumusan masalah, dan diakhiri dengan pemantauan dan evaluasi kebijakan. Tahap-tahap siklus kebijakan diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Agenda Setting

Agenda setting adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan publik. Dalam proses inilah memiliki ruang untuk memaknai apa yang disebut sebagai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik dipertarungkan. Jika sebuah isu berhasil mendapatkan status sebagai masalah publik, dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih dari pada isu lain. Dalam agenda setting juga sangat penting untuk menentukan suatu isu publik yang akan diangkat dalam suatu agenda

pemerintah. Issue kebijakan (*policy issues*) sering disebut juga sebagai masalah kebijakan (*policy problem*). *Policy issues* biasanya muncul karena telah terjadi silang pendapat di antara para aktor mengenai arah tindakan yang telah atau akan ditempuh, atau pertentangan pandangan mengenai karakter permasalahan tersebut.

b. Formulasi Kebijakan dan Pengambilan Keputusan

Masalah yang sudah masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh parapembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah yang terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif ataupun pilihan kebijakan yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah.

c. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu kebijakan atau program harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi publik dimana aktor, organisasi, prosedur, teknik serta sumber daya diorganisasikan secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan.

d. Pemantauan dan Evaluasi Kebijakan

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

## 2.8. Pengambilan Keputusan

Menurut Taylor dalam Suparno 2018, Pengambilan keputusan adalah tindakan pemilihan alternatif. Hal ini berkaitan dengan fungsi manajemen. Misalnya, saat manajer merencanakan, mengelola, mengontrol, mereka membuat keputusan. Akan tetapi, ahli teori klasik tidak menjelaskan pengambilan keputusan tersebut secara umum. Fayol dan Urwick membahas pengambilan keputusan mengenai pengaruhnya pada delegasi dan otoritas, sementara bapak manajemen Frederick W. Taylor hanya menyinggung tentang metode ilmiah sebagai sebuah pendekatan untuk pengambilan keputusan. Seperti yang tertuang dalam bukunya "*The Functions of the Exec*" Chester Barnard memberikan analisis komprehensif mengenai pengambilan keputusan dan menyatakan "Proses keputusan merupakan teknik untuk mempersempit pilihan".

Menurut Stephen Robbins et al (dalam Fahmi 2016:3), Teori Pengambilan keputusan dilakukan pengklasifikasian keputusan pada dua jenis, yaitu keputusan yang terprogram dan tidak terprogram. Keputusan yang terprogram dianggap suatu keputusan yang dijalankan secara rutin saja, tanpa ada persoalan-persoalan yang bersifat krusial. Berbeda dengan keputusan yang tidak terprogram yang biasanya diambil dalam usaha memecahkan masalah-masalah baru yang belum pernah dialami sebelumnya, tidak bersifat repetitif, tidak terstruktur, dan sukar mengenali bentuk, hakikat dan dampaknya.

### 2.8.1. Faktor Pengambilan Keputusan

Menurut Syamsi (2000:23), Pengambilan keputusan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

#### a. Keadaan Intern Organisasi

Keadaan intern itu meliputi dana yang tersedia, kemampuan karyawan, kelengkapan dari peralatan, struktur organisasi, dan ketersediaan informasi yang dibutuhkan pimpinan. Keputusan yang memerlukan biaya, tetapi keadaan keuangan tidak mendukung, maka akan mengurangi kualitas keputusan. Penyesuaian dana sangat dibutuhkan dalam hal itu. Pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pengarahan karyawan,

terpaksa disesuaikan dengan kualitas dan kuantitas karyawan yang ada. Pengambilan keputusan akan menjadi tidak optimal apabila dalam keputusan terdapat beberapa keterbatasan yang tidak dapat dipenuhi seperti peralatan dan fasilitas.

b. Ketersediaan informasi

Suatu keputusan diambil untuk mengatasi masalah dalam organisasi. Masalah yang muncul dalam situasi dan kondisi yang berbeda akan menghasilkan suatu keputusan yang berbeda pula. Pengumpulan data yang berkaitan langsung atau tidak langsung mengenai penyebab dan akibat dari suatu permasalahan tersebut dianggap perlu. Data yang sudah terkumpul akan diolah sehingga menjadi informasi. Informasi yang diperlukan harus lengkap sesuai dengan kebutuhan, aktual, dan dapat dipercaya. Berdasarkan informasi inilah pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan baik.

c. Keadaan Eksternal Organisasi

Sistem organisasi yang terbuka tidak terlepas dari pengaruh dari luar. Organisasi dan lingkungan saling mempengaruhi. Pengambilan keputusan harus mempertimbangkan keputusan diluar organisasi. Lingkungan organisasi dapat berupa keadaan ekonomi, sosial, politik, hukum, budaya, dan lain sebagainya. Keputusan yang diambil tidak boleh bertentangan dengan peraturan hukum yang berlaku dan kebijakan pemerintah.

d. Kepribadian dan Keterampilan Pengambil Keputusan

Tepat atau tidaknya keputusan yang diambil sangat tergantung pada kecakapan dan kepribadian pengambil keputusan yang meliputi penilaiannya, kebutuhannya, tingkatan intelegensinya, kapasitasnya, kapabilitasnya dan keterampilannya. Nilai-nilai kepribadian dari pengambil keputusan (pimpinan) itu akan tercermin pada keputusan yang diambilnya. Tipe pengambil keputusan yang dikaitkan dengan macam keputusannya dibedakan menjadi lima tipe yang diantaranya:

1) Tipe ketergantungan (*The defensive or receptive type*)

- 2) Tipe eksploitatif (*The exploitative or aggressive type*)
- 3) Tipe tabungan (*The hoarding type*)
- 4) Tipe pemasaran (*The marketing type*)
- 5) Tipe Produktif (*The Productive type*)

### 2.8.2. Tahapan Pengambilan Keputusan

Secara lebih empiris Mintzberg dan koleganya memberikan pernyataan terkait dengan tahap-tahap tersebut (yaitu, menelusuri keputusan sebenarnya dalam organisasi) mengenai langkah pengambilan keputusan sebagai berikut :

a. Tahap identifikasi.

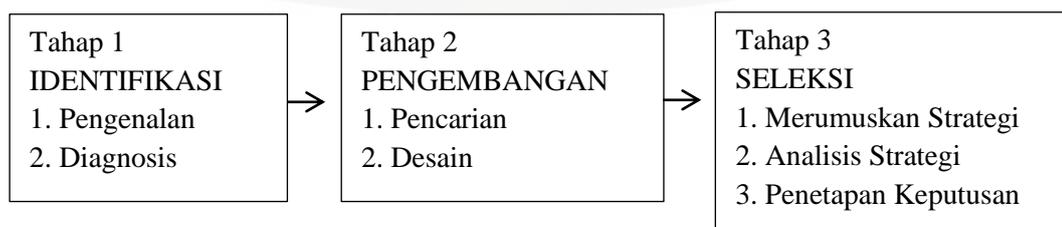
Pengenalan masalah atau kesempatan muncul dan diagnosis dibuat. Diketahui bahwa masalah yang berat mendapatkan diagnosis yang ekstensif dan sistematis, tetapi masalah yang sederhana tidak.

b. Tahap pengembangan.

Terdapat pencarian prosedur atau solusi standar yang ada mendesain solusi yang baru. Diketahui bahwa proses desain merupakan proses pencarian percobaan di mana pembuat keputusan hanya mempunyai ide solusi ideal yang tidak jelas.

c. Tahap seleksi.

Pilihan solusi dibuat. Terdapat 3 (tiga) cara dalam pembentukan seleksi: dengan penilaian pembuat keputusan, berdasarkan pengalaman atau intuisi, bukan analisis logis; dengan analisis alternatif yang logis dan sistematis; dan dengan tawar-menawar saat seleksi melibatkan kelompok pembuat keputusan dan semua manuver politik yang ada. Sekali keputusan diterima secara formal, otorisasi pun kemudian dibuat.

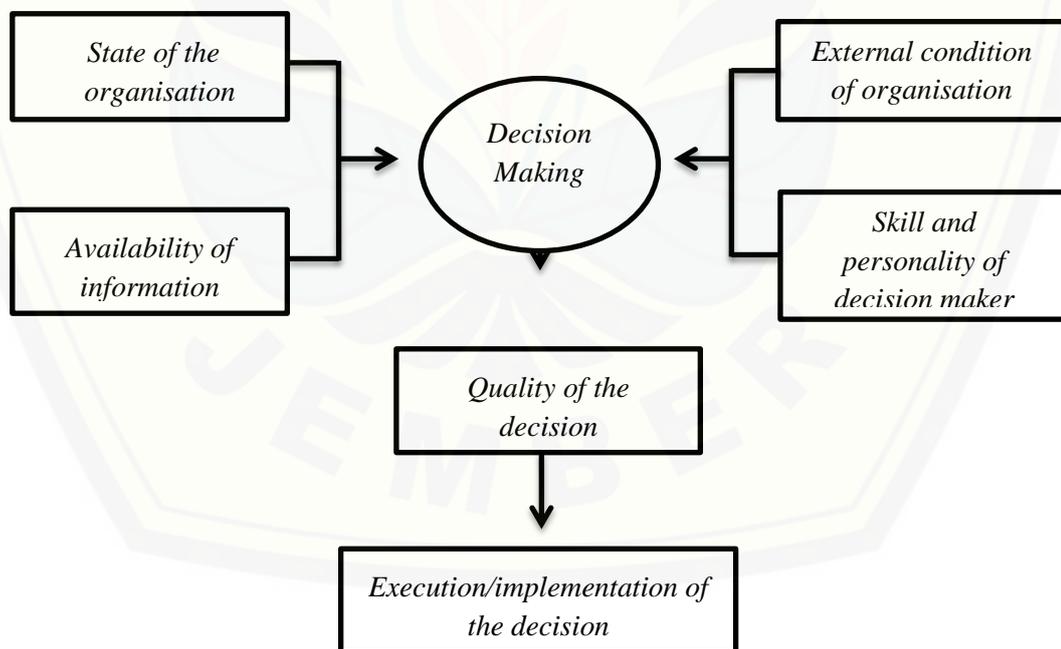


Gambar 2. 4 Tahap Pengambilan Keputusan dalam Organisasi Menurut Mintzberg.

Gambar 2.2. Menjelaskan tahapan pengambilan keputusan. Pemimpin sebelum mengambil keputusan perlu melakukan identifikasi dan diagnosis terhadap fenomena yang berkembang dan terjadi. Identifikasi tersebut termasuk mengumpulkan data baik kuantitatif maupun kualitatif yang mendukung fenomena yang terjadi. Data tersebut memberikan informasi terhadap masalah yang sedang dihadapi. Setelah masalah dirumuskan selanjutnya dicari alternatif pemecahan masalah. Dari berbagai alternatif pemecahan masalah dipilih satu alternatif yang paling bermanfaat dengan resiko minimal. Selanjutnya disusun desain rencana tindak untuk memecahkan masalah tersebut. Selanjutnya dilakukan penilaian dan analisis terhadap pilihan alternatif yang ditetapkan dan selanjutnya diimplementasikan (Mintzberg dalam Suparno, 2018).

### 2.8.3. Teori Pengambilan Keputusan

Berikut ini merupakan gambar teori pengambilan keputusan oleh Syamsi tahun 2000.



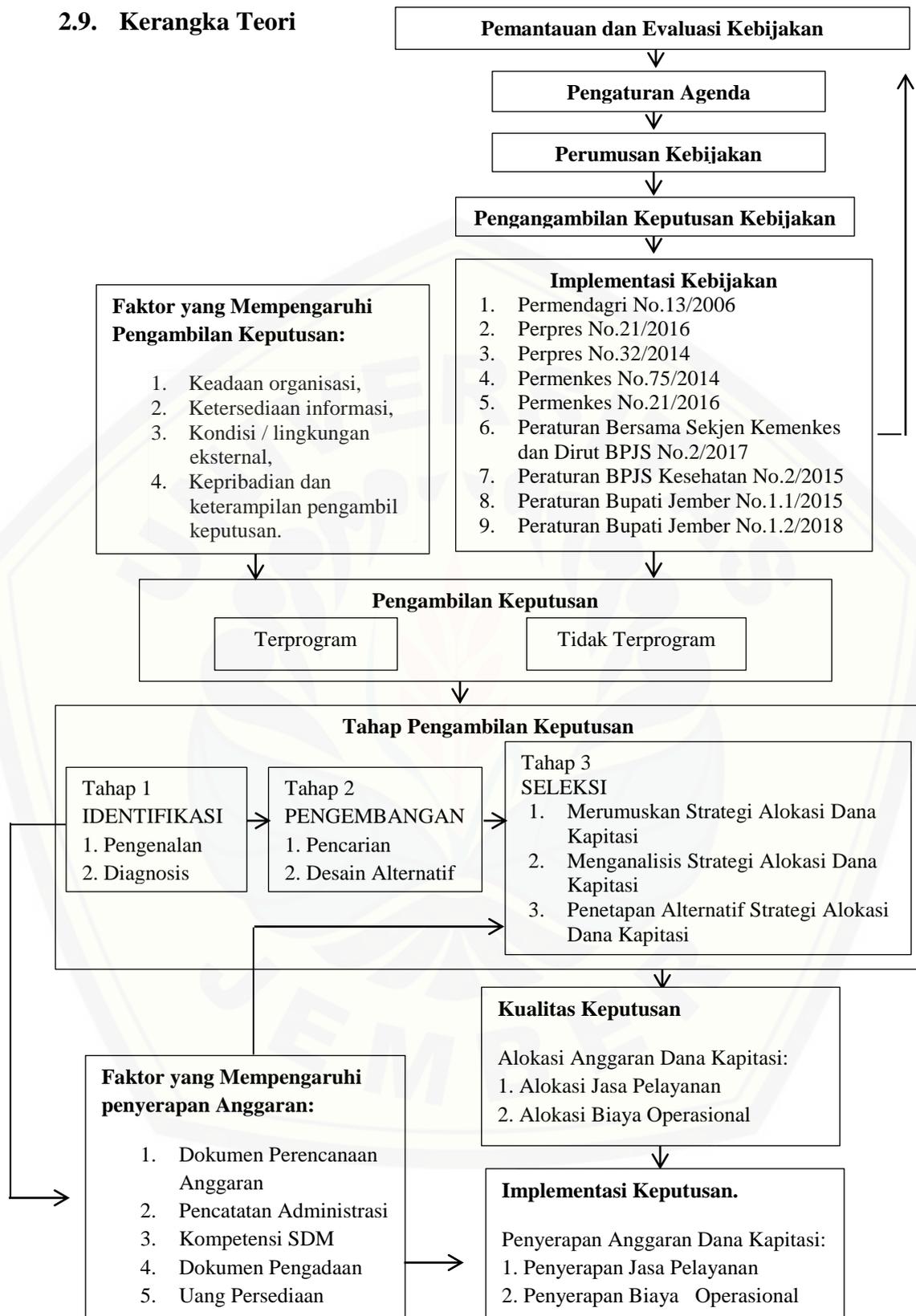
Gambar 2. 6 Teori Pengambilan Keputusan Syamsi (2000).

Syamsi (2000) mengasumsikan bahwa keputusan yang baik atau sehat akan memiliki dampak positif pada pelaksanaannya. Kualitas keputusan yang baik atau sehat memiliki lebih banyak kemungkinan untuk diterima dan

diimplementasikan oleh pengambil keputusan. Disisi lain, keputusan yang buruk atau salah cenderung rendah untuk diterima dan juga berdampak rendah pada pelaksanaan. Keputusan harus dibuat mengenai bagaimana cara mengadakan alokasi sumber daya dengan sebaik-baiknya sehingga kegiatan menuju tercapainya tujuan organisasi dapat berjalan baik dan efisien.

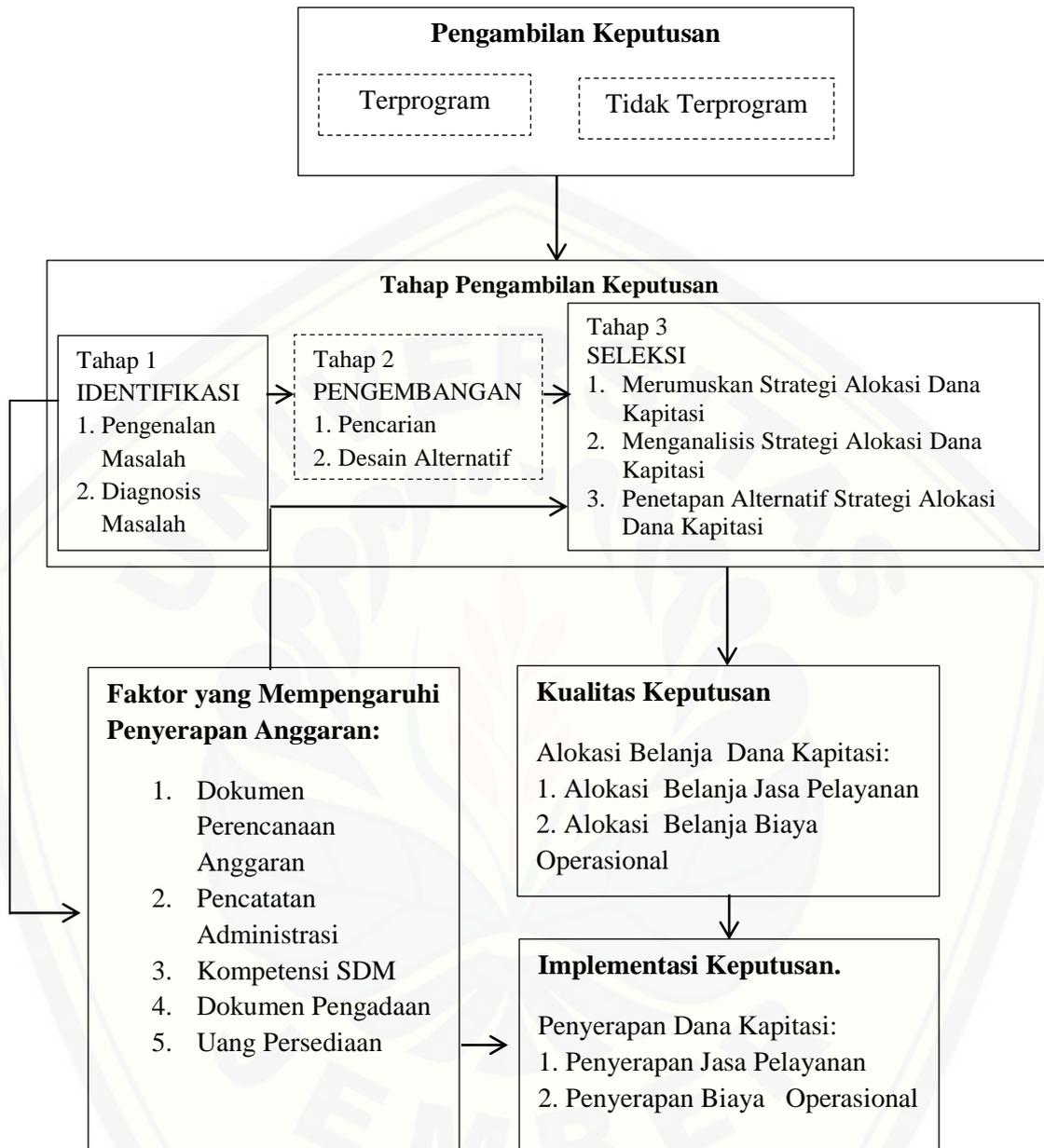


2.9. Kerangka Teori



Gambar 2. 8 Kerangka Teori Modifikasi Teori Pengambilan Keputusan (Syamsi, 2000), Teori dan Teknik pengambilan Keputusan Kualitatif dan Kuantitatif (Fahmi, 2016), Faktor Determinan Penyerapan Anggaran Heriyanto (2012), dan Teori Siklus Kebijakan Laswell H.D (1956)

2.10. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 2. 10 Kerangka konsep

- = Diteliti
- = Tidak Diteliti

Kerangka konsep diatas merupakan modifikasi dari teori pengambilan keputusan (Syamsi, 2000) yang terdiri dari aspek pengambilan keputusan, kualitas keputusan, dan implementasi keputusan yang menjelaskan tentang pengambilan keputusan (*decision making*) dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Kabupaten Jember. Pengambilan keputusan diklasifikasikan menjadi dua bagian yaitu pengambilan keputusan terprogram dan tidak terprogram yang diadopsi dari teori dan teknik pengambilan keputusan kualitatif dan kuantitatif oleh (Fahmi, 2016). Pembuatan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi dilakukan dengan tiga tahapan menurut (Mintzberg dalam Suparno, 2018). Tahapan tersebut secara berurutan terdiri dari tahap Identifikasi, Pengembangan, dan Seleksi. Tahap pengembangan tidak diteliti karena penelitian berfokus pada permasalahan dan pemilihan solusi yang dibuat atas dasar strategi dalam mencapai optimalisasi penyerapan dana kapitasi. Penelitian hanya berfokus pada tahap identifikasi dan seleksi. Aspek kedua yaitu kualitas keputusan yang didalamnya memuat alokasi belanja jasa pelayanan dan operasional.

Pengambilan keputusan dapat dikatakan memiliki kualitas yang tinggi apabila mampu menghasilkan putusan yang optimal. Apabila alokasi belanja jasa pelayanan dan operasional diputuskan optimal atas pendapatan, maka kualitas pengambilan keputusan dikatakan tinggi. Sebaliknya jika alokasi belanja jasa pelayanan diputuskan tidak optimal atas pendapatan, maka kualitas keputusan dikatakan rendah. Aspek ketiga yaitu implementasi keputusan yang memuat penyerapan jasa pelayanan dan operasional. Teori pengambilan keputusan oleh (syamsi, 2000) menyatakan bahwa kualitas keputusan berhubungan dengan implementasi keputusan. Apabila kualitas keputusan tinggi maka akan berbanding lurus terhadap implementasi keputusan berupa penyerapan yang dapat dikatakan maksimal. Apabila kualitas keputusan rendah, maka implementasi keputusan penyerapan dapat dikatakan minim. Strategi penyerapan dana kapitasi dikatakan optimal apabila alokasi belanja optimal atas pendapatan dan disertai dengan penyerapan yang optimal atas alokasi belanja.

Faktor determinan penyerapan anggaran, diadopsi dari (Heriyanto, 2012) yang diteliti dengan tujuan mengurangi bias dalam implementasi keputusan yang memuat penyerapan jasa pelayanan dan operasional. Faktor-faktor yang diteliti

yaitu Dokumen Perencanaan Anggaran (DPA), Pencatatan Administrasi, Kompetensi SDM, dokumen pengadaan, dan uang persediaan.



## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Penelitian deskriptif kuantitatif adalah penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan hasil penelitian berdasarkan wawancara dan observasi yang ditandai dengan tidak adanya variabel bebas dan terikat bersifat umum yang membutuhkan jawaban dimana, kapan, berapa banyak, dan analisis statistik yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif (Alimul, 2009:). Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember.

### 3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1. Lokasi penelitian

Lokasi dalam penelitian ini meliputi beberapa Puskesmas di wilayah kerja Kabupaten Jember yaitu Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Pakusari, Puskesmas Nogosari.

#### 3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2019 - September 2020.

### 3.3. Unit Analisis

Menurut Suprayogo *et al.* (2001:48) unit analisis adalah sesuatu yang berkaitan dengan fokus atau komponen yang diteliti. Unit analisis suatu penelitian dapat berupa individu, kelompok, organisasi, benda, dan waktu tertentu sesuai dengan fokus permasalahannya, unit analisis yang berupa lembaga atau organisasi dapat berupa organisasi dalam skala kecil atau terbatas. Unit analisis dalam penelitian ini adalah Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Jember yang meliputi Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Pakusari, dan Puskesmas Nogosari.

Penetapan ketiga Puskesmas tersebut sebagai unit analisis dalam penelitian ini didasarkan atas data persentase rata-rata penyerapan dana kapitasi terhadap pendapatan Puskesmas tahun 2014-2017 Kabupaten Jember. Besar persentase penyerapan secara berurutan yaitu sebesar 58,3%, 50%, dan 44,3% dan dikategorikan sebagai Puskesmas dengan penyerapan tinggi, menengah, dan rendah.

### **3.4. Responden Penelitian**

Responden penelitian adalah orang yang diminta untuk memberikan keterangan tentang suatu fakta atau pendapat. Sebagaimana dijelaskan oleh Arikunto (2006:145) responden penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti. Responden penelitian merupakan sumber informasi yang digali untuk mengungkap fakta-fakta di lapangan. Responden penelitian ditentukan berdasarkan orang yang dianggap paling tahu tentang informasi yang dibutuhkan dalam penelitian, sehingga akan memudahkan peneliti dalam menelusuri situasi yang diteliti.

Peneliti menentukan responden penelitian berdasarkan permasalahan yang akan diteliti mengenai analisis pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember. Responden penelitian yang ditetapkan oleh peneliti yaitu Kepala Puskesmas Mumbulsari, Kepala Puskesmas Pakusari, Kepala Puskesmas Nogosari, Bendahara JKN Puskesmas Mumbulsari, Bendahara JKN Puskesmas Pakusari, Bendahara JKN Puskesmas Nogosari, Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD Kabupaten Jember Tahun 2018.

### **3.5. Definisi Operasional**

Menurut Sugiyono (2012:31) definisi operasional adalah penentuan konstruk atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk

meneliti dan mengoperasikan kontrak, sehingga memungkinkan bagi peneliti yang lain untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama atau mengembangkan cara pengukuran kontrak yang lebih baik. Menurut Singarimbun *et al.* (2002: 46), definisi operasional atau mengoperasionalisasi variabel adalah petunjuk bagaimana suatu variabel diukur, dengan membaca definisi operasional dalam penelitian maka diketahui baik buruknya variabel tersebut.

Berdasarkan pengertian tersebut maka definisi operasional mengenai pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember dikaji dari empat aspek, yaitu penetapan alternatif strategi, kualitas keputusan, implementasi keputusan, dan faktor yang mempengaruhi penyerapan anggaran.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden
1.	Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:				
	1. Pengenalan	Mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal	Responden menyebutkan penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal.  Berlaku sama pada APBD dan PAPBD.	Wawancara dan studi dokumentasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen 5. Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden
2.	Diagnosis	Menentukan penyebab terjadinya permasalahan .	Responden menyebutkan penyebab disertai dengan alasan.  Berlaku sama pada APBD dan PAPBD.	Wawancara dan studi dokumentasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen 5. Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD
2.	Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:				
1.	Perumusan strategi alokasi	Penyusunan alokasi anggaran dalam upaya menyerap pendapatan dana kapitasi Puskesmas	Observasi data sekunder mengenai usulan alokasi anggaran belanja sebelum direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.  Berlaku sama pada APBD dan PAPBD.	Wawancara dan observasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen 5. Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD
2.	Analisis strategi alokasi	Mengkaji alokasi anggaran dengan prinsip optimalisasi penyerapan dana kapitasi Puskesmas	Observasi data sekunder mengenai usulan alokasi anggaran belanja sebelum direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jember disertai dengan alasan pengusulan pada setiap mata	Wawancara dan Observasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen 5. Ketua Komisi

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden
			anggaran.  Berlaku sama pada APBD dan PAPBD.		D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD
3.	Penetapan alternatif strategi alokasi	Memilih dan menetapkan keputusan berdasarkan analisis strategi alokasi yang telah sesuai dengan prinsip optimalisasi penyerapan dana kapitasi Puskesmas	Observasi data sekunder mengenai usulan alokasi anggaran belanja setelah direvisi oleh Puskesmas berdasarkan pertimbangan revisi yang telah dilakukan oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang sekaligus ditetapkan sebagai Pagu APBD 2018.  Berlaku sama pada APBD dan PAPBD.	Wawancara dan Observasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen 5. Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD
3.	Kualitas Keputusan:				
1.	Alokasi belanja jasa pelayanan.	Alokasi jasa pelayanan pada perencanaan pagu anggaran Puskesmas berdasarkan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) dan PAPBD (Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah)	Studi dokumentasi data sekunder alokasi belanja jasa pelayanan pada Pagu APBD dan PAPBD Tahun 2018.	Wawancara dan observasi  a. Jenis – jenis, besaran, dan mata anggaran alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan APBD 2018  b. Jenis–jenis, besaran, dan mata anggaran alokasi belanja jasa	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden
				pelayanan dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018	
2.	Alokasi belanja operasional	Alokasi belanja operasional pada perencanaan pagualokasi belanja anggaran Puskesmas berdasarkan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) dan PAPBD (Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah)	Studi dokumentasi data sekunder operasional pada Pagu APBD dan PAPBD Tahun 2018.	Wawancara dan observasi a. Jenis-jenis, besaran, dan mata anggaran alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan APBD 2018 b. Jenis – jenis, besaran, dan mata anggaran alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018.	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen
4.	Implementasi Keputusan:				
	1. Penyerapan jasa pelayanan	Realisasi belanja jasa pelayanan terhadap alokasi perencanaan pada pagu anggaran Puskesmas 2018	Studi dokumentasi data sekunder realisasi jasa pelayanan Pagu APBD dan PAPBD 2018	Data realisasi belanja jasa pelayanan berdasarkan APBD dan PAPBD 2018	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen
	2. Penyerapan biaya operasional	Realisasi belanja operasional	Studi dokumentasi data sekunder realisasi biaya	Wawancara dan observasi	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden	
		terhadap alokasi perencanaan pada pagu anggaran Puskesmas 2018	operasional APBD dan PAPBD 2018	Pagu APBD dan PAPBD 2018	Data realisasi belanja operasional berdasarkan APBD dan PAPBD 2018	JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan 4. Pejabat pembuat komitmen
5.	Faktor penyerapan Anggaran:					
1.	Dokumen perencanaan anggaran (Rencana Kegiatan dan Anggaran)	Dokumen alokasi anggaran yang ditetapkan untuk mendanai kegiatan Puskesmas dari sumber dana kapitasi.	Studi dokumentasi Data Pagu anggaran Puskesmas	Dokumen Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) 2018	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara JKN Puskesmas 3. Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan	
2.	Pencatatan administrasi	Kegiatan membukukan pengeluaran dan pemasukan terhadap realisasi dana kapitasi.	Studi dokumentasi catatan administrasi Puskesmas mengenai pengeluaran dan pemasukan dana kapitasi per tahun 2018	Catatan administrasi Puskesmas mengenai pengeluaran dan pemasukan dana kapitasi	1. Bendahara JKN Puskesmas	
3.	Kompetensi SDM	Latar belakang pendidikan dan kemampuan keterampilan keterampilan penunjang pada setiap pegawai tetap/ kontrak yang bekerja di Puskesmas.	Studi dokumentasi dokumen kepegawaian Puskesmas per tahun 2018	Dokumen kepegawaian Puskesmas	1. Kepala Puskesmas	
4.	Dokumen pengadaan	Dokumen perencanaan pengadaan barang/jasa suatu program dan kegiatan.	Studi dokumentasi dokumen perencanaan pengadaan barang/jasa suatu program dan kegiatan.	Dokumen perencanaan pengadaan barang/jasa suatu program dan kegiatan.	1. Bendahara JKN Puskesmas	

No.	Variabel	Definisi Penelitian	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Responden
5.	Uang persediaan	Jumlah pendapatan pada tahun berkenaan (2018) dan sisa lebih penganggaran pada tahun sebelumnya (2017).	Studi dokumentasi rekening koran/ catatan pendapatan pada tahun 2018 dan SilPA pada tahun 2017	Rekening koran/ catatan pendapatan pada tahun 2018 dan SilPA pada tahun 2017	1. Bendahara JKN Puskesmas

### 3.6. Data dan Sumber Data

#### 3.6.1. Data Primer

Data primer merupakan data yang langsung diperoleh dari sumber data pertama. Sumber data pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiono, 2014:127). Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada responden menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi. Responden dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas, Bendahara JKN Puskesmas, Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas, Ketua Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat DPRD Kabupaten Jember Tahun 2018.

#### 3.6.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel atau diagram. Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip, dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiyono, 2014:129).

Data sekunder dalam penelitian ini meliputi jumlah kepesertaan JKN puskesmas, norma kapitasi Puskesmas, pendapatan dana kapitasi Puskesmas, alokasi belanja jasa pelayanan dan operasional Puskesmas dengan sumber dana

kapitasi, SiLPA dana kapitasi Puskesmas, realisasi alokasi belanja jasa pelayanan dan operasional puskesmas dengan sumber dana kapitasi. Dokumen tersebut diantaranya adalah Dokumen Perencanaan Anggaran, Dokumen Realisasi Pagu Anggaran APBD 2018, Dokumen Realisasi Pagu Anggaran PAPBD 2018, Dokumen Kepegawaian 2018, Dokumen Pengadaan 2018 dan Dokumen Catatan Pendapatan dana kapitasi 2018.

### **3.7. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data**

#### **3.7.1 Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di Puskesmas yang meliputi pengambilan keputusan, kualitas keputusan, implementasi keputusan, dan faktor penyerapan anggaran, serta dilengkapi dengan lembar observasi tentang ketersediaan dokumen berkaitan dana kapitasi, dan alat tulis. Observasi menurut Sutrisno Hadi (1986) dalam Sugiyono (2014:224) merupakan suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis yaitu proses pengamatan dan ingatan.

#### **3.7.2 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara:

a. Wawancara

Proses wawancara dilakukan untuk memperoleh keterangan dengan cara tanya jawab, dan bertatap muka antara penanya dengan narasumber menggunakan lembar panduan wawancara.

b. Observasi

Proses pengamatan dilakukan untuk memperoleh keterangan dengan cara mengamati dokumen menggunakan lembar observasi ketersediaan dokumen terkait dana kapitasi.

c. Studi Dokumentasi

Menurut (Hamidi, 2004), Metode dokumentasi adalah informasi yang berasal dari catatan penting baik dari lembaga atau organisasi maupun dari perorangan. Dokumentasi penelitian ini merupakan pengambilan gambar oleh peneliti untuk memperkuat hasil penelitian. Menurut Sugiyono (2013:240), dokumentasi bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monu-menter dari seseorang.

### **3.8. Teknik Pengolahan Data, Penyajian, dan Analisis Data**

#### **3.8.1. Teknik Pengolahan Data**

Berdasarkan hasil pengumpulan data melalui teknik kuesioner, observasi, dan studi dokumentasi. Data akan disajikan dengan berbagai tahapan:

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Menurut (Safar, 2007) pemeriksaan data merupakan “proses meneliti kembali catatan pencari data untuk mengetahui apakah catatan itu cukup baik dan segera dapat disiapkan untuk keperluan proses berikutnya.” Editing dilakukan dengan harapan dapat meningkatkan mutu (reabilitas dan validitas) data yang hendak diolah dan dianalisis. Data yang diolah dalam proses editing adalah data kuisisioner, catatan hasil wawancara dan observasi selama penelitian di lapangan. Hal-hal yang diperhatikan dalam proses editng adalah lengkapnya pengisian kuisisioner, keterbacaan tulisan, kejelasan makna jawaban, kesesuaian jawaban satu sama lainnya, relevansi jawaban, dan keseragaman kesatuan data.

b. *Entry data*

Memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam komputer.

c. Tabulasi.

Proses menempatkan data dalam bentuk table dengan cara membuat tabel yang berisikan data sesuai dengan kebutuhan analisis.

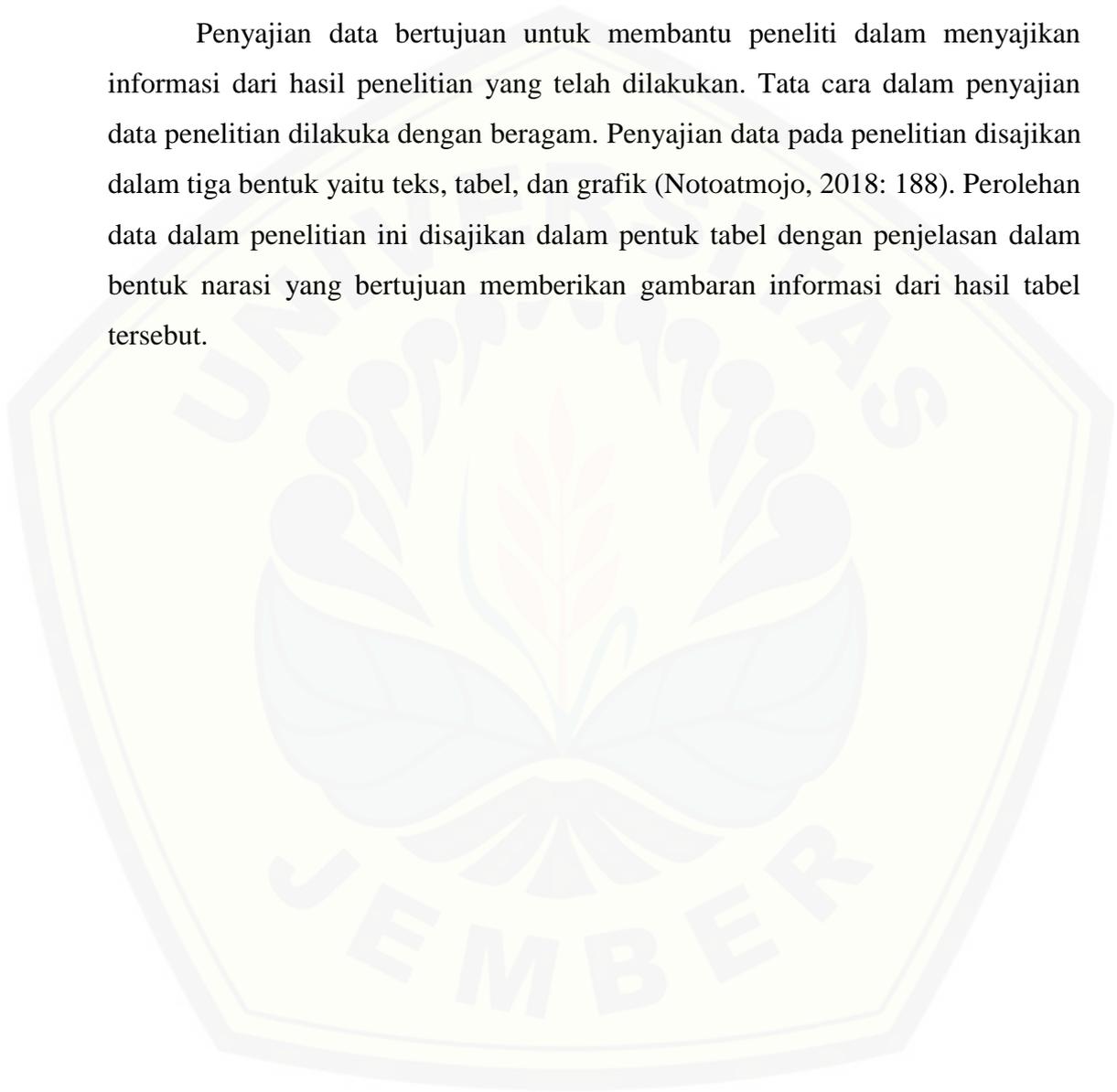
d. Analisis Data.

Menurut Sugiyono (2014:148) statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa

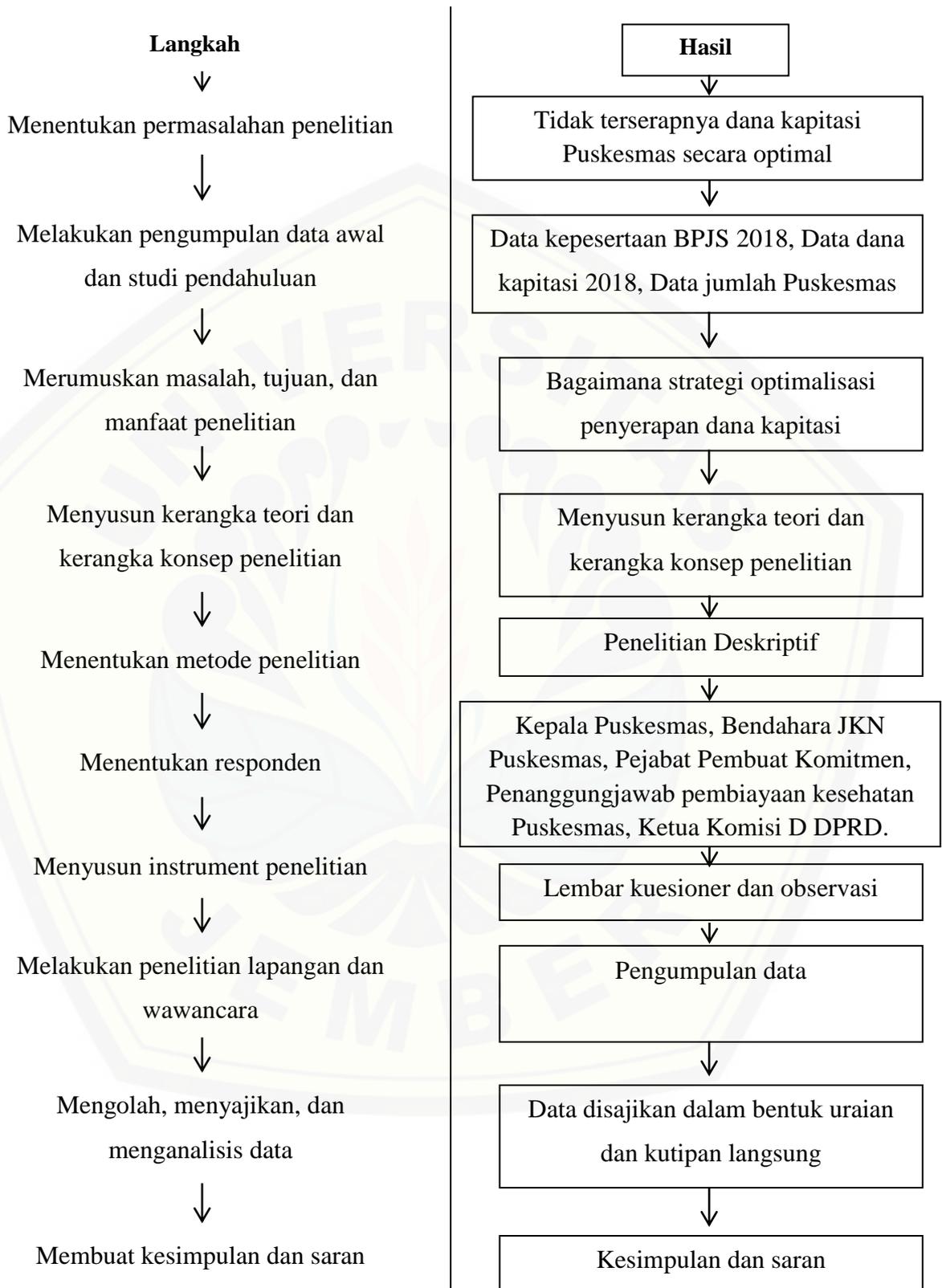
bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

### 3.8.2. Teknik Penyajian Data

Penyajian data bertujuan untuk membantu peneliti dalam menyajikan informasi dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Tata cara dalam penyajian data penelitian dilakukan dengan beragam. Penyajian data pada penelitian disajikan dalam tiga bentuk yaitu teks, tabel, dan grafik (Notoatmojo, 2018: 188). Perolehan data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dengan penjelasan dalam bentuk narasi yang bertujuan memberikan gambaran informasi dari hasil tabel tersebut.



**3.9. Alur Penelitian**



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

## BAB 5 PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan disimpulkan beberapa hal, sebagai berikut:

1. Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Mumbulsari memiliki beberapa masalah dan hambatan yang sama, diantaranya mengenai waktu penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) yang cukup singkat, dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengubah metode pengadaan dari E-Katalog atau pengadaan tidak langsung ke Pengadaan Langsung (PL), keterbatasan waktu dalam menyerap belanja operasional, dan tidak mengetahui dan atau memahami Peraturan Bupati berkaitan dengan pengelolaan dana kapitasi.
2. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tiga Puskesmas di Kabupaten Jember yaitu Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari, dan Puskesmas Mumbulsari didapatkan perumusan strategi alokasi dana kapitasi yang dibagi kedalam dua kelompok besar, yaitu perumusan alokasi jasa pelayanan dan biaya operasional. Puskesmas Nogosari dalam APBD merumuskan masing-masing 50% untuk jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD merumuskan 39% untuk jasa pelayanan dan 61% untuk dukungan biaya operasional. Puskesmas Pakusari dalam APBD merumuskan 72% untuk jasa pelayanan dan 28% untuk dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD merumuskan 36% untuk jasa pelayanan dan 64% untuk dukungan biaya operasional. Puskesmas Mumbulsari dalam APBD merumuskan 80% untuk jasa pelayanan dan 20% untuk dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD merumuskan 67% untuk jasa pelayanan dan 33% untuk dukungan biaya operasional. Masing-masing Puskesmas merumuskan sejumlah 30 menu mata anggaran yang sama dalam APBD yang telah disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Perbedaan jumlah menu mata anggaran yang dirumuskan oleh setiap Puskesmas hanya terlihat dalam RAPBD. Secara berurutan Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari dan

Puskesmas Mumbulsari merumuskan sejumlah 51, 60 dan 61 menu mata anggaran dalam PAPBD.

3. Perumusan alokasi anggaran jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional pada tiga puskesmas dinyatakan tidak sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 Tahun 2018 tentang Pedoman dan Pemanfaatan Dana Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Jember yang menetapkan alokasi jasa pelayanan sebesar 60% dan dukungan biaya operasional sebesar 40% dari dana kapitasi yang tercantum dalam Pasal 3, Ayat 2 dan 3.
4. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tiga Puskesmas di Kabupaten Jember yaitu Puskesmas Nogosari, Puskesmas Pakusari, dan Puskesmas Mumbulsari didapatkan penyerapan dana kapitasi yang dibagi kedalam dua kelompok besar, yaitu penyerapan jasa pelayanan dan biaya operasional. Puskesmas Nogosari dalam APBD menyerap 46,19% untuk jasa pelayanan dan 5,85% untuk dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD menyerap 100% untuk jasa pelayanan dan 41,53% untuk dukungan biaya operasional. Puskesmas Pakusari dalam APBD menyerap 53,7% untuk jasa pelayanan dan 25,61% untuk dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD menyerap 100% untuk jasa pelayanan dan 43,23% untuk dukungan biaya operasional. Puskesmas Mumbulsari dalam APBD menyerap 65,85% untuk jasa pelayanan dan 13,72% untuk dukungan biaya operasional, sedangkan dalam PAPBD menyerap 100% untuk jasa pelayanan dan 25,76% untuk dukungan biaya operasional.
5. Terdapat lima faktor penyerapan anggaran dalam pengambilan keputusan dalam strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi di puskesmas wilayah Kabupaten Jember yaitu, dokumen perencanaan, pencatatan administrasi, kompetensi SDM, dokumen pengadaan dan uang persediaan.

## 5.2 Saran

- a. Bagi Puskesmas Nogosari, Pakusari dan Mumbulsari di Kabupaten Jember
  1. Mengagendakan rapat akhir tahun untuk pembahasan usulan pagu alokasi pendapatan kapitasi ditahun selanjutnya, dengan pola pedoman berdasarkan pada pendapatan kapitasi tahun sebelumnya serta mengalokasikan jasa pelayanan dan biaya operasional sesuai ketentuan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 Tahun 2018 dengan berkoordinasi bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
  2. Mengagendakan kegiatan rapat triwulan Puskesmas yang berfokus kepada dana kapitasi JKN secara rutin dengan melibatkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara JKN, Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK), Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), Pejabat Pengadaan (PP), dan seluruh Penanggungjawab Program atas sumber pendanaan dana kapitasi Puskesmas untuk mengkaji lebih luas mengenai permasalahan dan hambatan dalam mengelola dana kapitasi dan mengoordinasikan implementasi regulasi yang telah dikeluarkan oleh Kepala Daerah pada setiap Puskesmas.
  3. Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan guna mengadakan rekalkulasi anggaran dan *revalue* pada setiap mata anggaran yang akan diusulkan untuk memprediksi besaran anggaran dan nilai kebutuhan yang kemudian disesuaikan dengan pagu anggaran yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada APBD ataupun PAPBD.
  4. Menyesuaikan alokasi jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional terhadap Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 Tahun 2018 dengan merujuk kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2016 dan menggunakan SiLPA dana kapitasi dengan merujuk kepada mata anggaran yang dibutuhkan Puskesmas pada saat PAPBD.
  5. Memprioritaskan penyerapan mata anggaran dengan nilai kebutuhan dan besaran anggaran yang tinggi serta diimbangi dengan monitoring progres penyerapan anggaran dan pelaporan dalam rapat triwulan rutin bersama Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara JKN, Pejabat

Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK), Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), Pejabat Pengadaan (PP), dan seluruh Penanggungjawab Program dengan sumber pendanaan dana kapitasi.

6. Mempertahankan penyusunan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA), Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA), dokumen pengadaan dan pencatatan Uang Persediaan (UP) yang bersumber dari pendanaan dana kapitasi pada setiap Puskesmas.
  7. Mengikutsertakan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara JKN, Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK), Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), dan Pejabat Pengadaan (PP) dalam kegiatan pelatihan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
1. Memastikan tersedianya Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) pada setiap Puskesmas sebagai upaya memfasilitasi pemenuhan SDM penunjang dalam pengelolaan dana kapitasi, Adanya kesepakatan waktu penyelesaian penyusunan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) pada Puskesmas, Adanya kesepakatan penyelesaian permohonan penggantian metode Pengadaan Tidak Langsung (PTL) E-Katalog ke Pengadaan Langsung (PL) pada Puskesmas, Menawarkan kesepakatan waktu pengesahan PAPBD untuk kemudian direalisasikan oleh Puskesmas dan Memastikan keterlaksanaan sosialisasi dan implementasi regulasi mengenai pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi yang dikeluarkan oleh Kepala Daerah.
  2. Menganalisis persentase pengusulan alokasi anggaran pada jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional setiap Puskesmas yang tidak sesuai dengan tetapan Peraturan Bupati Jember Nomor 1.2 Tahun 2018 serta memfasilitasi ketersediaan rekening mata anggaran yang dibutuhkan oleh setiap Puskesmas, baik dalam usulan belanja pada APBD ataupun PAPBD.
  3. Perlu kajian rekalkulasi pagu anggaran yang akan ditetapkan pada masing-masing Puskesmas guna meninjau kembali penyesuaian terhadap kebutuhan atau memberikan keleluasaan bagi setiap

Puskesmas untuk mentaksir pendapatan dana kapitasi pada tahun berkenaan dan SiLPA pada tahun sebelumnya, untuk dijadikan pertimbangan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi pada tahun berkenaan.

4. Melaksanakan monitoring capaian serapan dana kapitasi pada setiap Puskesmas secara berkala pada triwulan pertama samapai dengan triwulan ke empat.
  5. Melaksanakan kegiatan pelatihan berjenjang bagi Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara JKN, Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK), Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), Pejabat Pengadaan (PP), dan seluruh Penanggungjawab Program dalam hal pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas yang berfokus pada tugas dan fungsi masing-masing pihak, dengan tujuan memperkuat sinergisitas dalam mengupayakan optimalisasi pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas. Ditunjang kerjasama dengan lembaga penyedia pelatihan bidang konsentrasi ekonomi kesehatan yang tersertifikasi, *trusted* dan *incredible*.
- c. Bagi Peneliti selanjutnya
- Melakukan penelitian lanjutan mengenai aspek kebijakan ditingkat Pusat sampai dengan tingkat Daerah dalam hal kualitas substansi regulasi pada Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan BPJS Kesehatan, dan Peraturan Kepala Daerah yang berkenaan dengan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Alimul. 2009. Metode Penelitian dan Keperawatan & Teknik Analisa Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Andayani, T. M. dan Satibi, S. 2016. Pharmacy Practice in Indonesia. London: Elsevier Inc.
- Arikunto, S. 2006. Metode Penelitian Kualitatif. Jakarta: Bumi Aksara.
- Bolden, R., Gosling, J., Marturano, A. and Dennison, P. 2003. A Review of Leadership Theory and Competency Frameworks. Centre for Leadership Studies, University of Exeter. UK.
- Campos, A., Vivacqua A. S., dan Borges, M. R. S. 2010. Supporting the Decision Implementation Proces. Proceedings of the 16th Collaboration Researchers' International Working Group Conference on Collaboration and Technology, held in Maastricht, The Netherlands.
- Dewi, S & Trisnantoro, L (2015) 'Modul Proses Pengambilan Kebijakan', Kebijakan Kesehatan Indonesia. <https://kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/2496-proses-pengambilan-kebijakan> [diakses: 1 Desember 2018].
- Ditjen Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan (2018) 'Modul', E-Learning Bimtek Keuangan Daerah. <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/elearning-2018/mod/book/view.php?id=80&chapterid=15> [diakses: 21 Mei 2018].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2018 Dokumen Realisasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017 Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Djuhaeini, H. (2007). Asuransi Kesehatan dan Manage Care. Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran: Bandung.
- Eijkenaar, F. (2013) 'Key issues in the design of pay for performance programs', The European Journal of Health Economics, (14), 118. doi: 10.1007/s10198-011-0347-6.
- Fahmi, I. 2016. Teori dan Teknik Pengambilan Keputusan Kualitatif dan Kuantitatif. Jakarta: Rajawali Pers.

- Fred, R. D. 2010. Manajemen Strategis Konsep. Jakarta: PT. Prenhallindo
- Grant, R. M. 1999. Contemporary Strategy Analysis; Concept, Techniques, Applications. Jakarta: Erlangga.
- Handaya, N. S. 2008. Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen. Jakarta: Gunung Agung.
- Herriyanto, H. 2012. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Penyerapan Anggaran Belanja pada Satuan Kerja Kementerian/Lembaga di Wilayah Jakarta. Tesis. Jakarta: Fakultas Ekonomi. Universitas Indonesia.
- Herujito, Y.M. 2001. Dasar-dasar Manajemen. Jakarta: PT.Grasindo.
- Jalagat, R. C. 2015. The Impact of Change and Change Management in Achieving Corporate Goals and Objectives: Organizational Perspective. International Journal of Science and Research (IJSR). Volume 5 Issue 11.
- Keiler, J dan David, R. 2015. Comparative Concepts of Criminal Law. United Kingdom: Intersentia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2014 Buku Pegangan Sosialisai Jaminan Kesehatan Nasional.
- \_\_\_\_\_ Tahun 2016 Petunjuk Teknis tentang Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga.
- Miliasih, R. 2012. Analisis Keterlambatan Penyerapan Anggaran Belanja Satuan Kerja Kementerian/Lembaga TA 2010 di Wilayah Pembayaran KPPN Pekanbaru. Tesis. Fakultas Ekonomi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Miller, K. 2005. Communication Theories: Perspectives, Processes, and Contexts. Boston: McGraw-Hill.
- Mintzberg, H., Raisinghani, D., dan Theoret, A. 1976. The Structure of Unstructured Decision Proces. Administrative Science Quarterly Volume 21, Pages 246-275.
- Morton, A., Thomas, R. dan Smith, PC. 2016. Decision Rules For Allocation Of Finances To Health Systems Strengthening. Journal of Health Economics Volume 49, Pages 97-108.
- Nawawi. 2001. Perencanaan SDM untuk Organisasi Profit yang Kompetitif. Yogyakarta: GM University Press.
- Nazir, M. 2009. Metode Penelitian. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Njeru, N. E., Stephen, M. M. A. dan Wambui, M. A. (2013). Analysis of factors influencing formulation of strategic plans in Embu North. District, Embu County, Kenya. *Global Business and Economics Research Journal*, 2(5): 116-129.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Direktur utama BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Peraturan Bupati Jember No. 1.2 Tahun 2018 tentang Pemanfaatan Dana Kapitasi.

\_\_\_\_\_ No. 36 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 21 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

\_\_\_\_\_ No. 21 Tahun 2016 tentang Pemanfaatan dan Belanja Kegiatan dari Dana Kapitasi.

Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013 tentang Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.

\_\_\_\_\_ No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemerintah Daerah.

\_\_\_\_\_ No. 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.

Rice, N., dan Smith, P. 2002. Strategic resource allocation and funding decisions. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, dan K. J (Eds.), *Options for Europe*: 250-271.

- Riset Pendidikan Tinggi (2019) 'Modul Manajemen Pelayanan Puskesmas' ppg.spada.ristekdikti.go.id [diakses: 7 Mei 2019].
- Safar, M. 2007. Teknik Pengolahan dan Interpretasi Data. Selami ips Edisi nomor 21 Volume II Tahun XII. Agustus.
- Salinan Peraturan Bupati Jember No. 1.1 Tahun 2015 tentang Mekanisme Pengelolaan Dana Kapitasi.
- Samudin, S. 2010. Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung: Pustaka Setia.
- Sari, F. I. 2017. Strategi Optimalisasi Pengelolaan Dana Kapitasi JKN Puskesmas di Kabupaten Bondowoso. Tesis. Jember: Universitas Jember.
- Setyawan, F. E. B. (2018). Health financing system. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Jurnal Pembiayaan Kesehatan, 2(4): 57-70.
- Smith, PC. 2008. Bulletin of the World Health Organization 2008;86:884–888. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049528.pdf?ua=1> [diakses: 17 Februari 2020].
- Sugiyono. 2014. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Suparno. 2018. Peran Kepemimpinan dalam Pengambilan Keputusan. Vol 6, No 9. Semarang: Mimbar Administrasi FISIP UNTAG.
- Suprayogo, I & Tobroni. 2001. Metode Penelitian Sosial-Agama. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Syamsi, I. 2000. Pengambilan Keputusan dan Sistem Informasi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Thorndike, R.L. dan Hagen. 1959. Measurement and Evaluation in Psychology and Education. New York: Wiley and Sons.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Wirawan. 2013. Kepemimpinan: Teori, Psikologi, Perilaku Organisasi, Aplikasi dan Penelitian. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

**Lampiran A. Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)**

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

**(Informed Consent)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Instansi : .....

Jabatan : .....

Menyatakan persetujuan untuk membantu dengan menjadi Obyek penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Bagus Dwi Atmoko

Judul : Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi

Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan profesi saya serta kedinasan. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai Obyek dalam penelitian ini.

Jember,.....2019

Informan

(.....)

**Lampiran B. Lembar Kuesioner I Kepala Puskesmas**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana  
Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Nama Puskesmas :

Alamat :

Lampiran :

**LEMBAR KUESIONER KEPALA PUSKESMAS**

A. Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:

a. Pengenalan.

1. Apakah Bapak/Ibu mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal? Sebutkan contohnya!

b. Diagnosis

1. Sebutkan apa saja yang menjadi penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal?

2. Apa alasan Bapak/Ibu memilih penyebab tersebut?

B. Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:

a. Perumusan strategi alokasi.

1. Berapa besar persentase usulan belanja yang diminta terhadap pendapatan sebelum direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas?

2. Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?

3. Apa yang anda harapkan dari kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?

4. Apa permasalahan yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut?

5. Apa strategi yang telah diupayakan dalam mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi?

6. Apa strategi yang telah dilakukan dalam pengalokasikan pendapatan dan SiLPA untuk mencapai upaya optimal?
- b. Analisis strategi alokasi
1. Apa alasan Bapak/Ibu memilih semua mata anggaran tersebut sebagai usulan dari alokasi belanja dana kapitasi?
  2. Apa risiko yang dapat ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut dalam mencapai penyerapan optimal?
  3. Apakah resiko tersebut sama dengan yang diperkirakan pada tahun sebelumnya?
  4. Apa alasan yang tepat menurut saudara dalam memilih opsi tersebut sebagai bentuk strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  5. Siapa yang bertanggungjawab atas dampak risiko yang ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut?
- c. Penetapan alternatif strategi alokasi
1. Berapa besar persentase usulan belanja yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas dan disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Setelah diketahui beberapa opsi yang dapat dipilih. Strategi alokasi apa yang dapat ditetapkan sebagai upaya dalam optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  3. Siapa yang mendukung opsi tersebut untuk dijalankan?
  4. Apakah strategi alokasi tersebut sesuai dengan kebutuhan Puskesmas?
  5. Apakah strategi tersebut telah sesuai dengan kemampuan SDM di Puskesmas?
  6. Apakah strategi tersebut sesuai dengan kebijakan ditingkat Daerah maupun Pusat?
  7. Apakah strategi tersebut diambil berdasarkan keputusan bersama pegawai Puskesmas?
  8. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?

9. Adakah permintaan khusus dari Bupati dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan dan atau Bupati?

C. Kualitas Keputusan:

a. Alokasi belanja jasa pelayanan.

1. Berapa besar persentase usulan belanja jasa pelayanan yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
3. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?
5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?
6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
9. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
10. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut setelah diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?

b. Alokasi belanja biaya operasional.

1. Berapa besar persentase usulan belanja biaya operasional yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?

2. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
3. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?
5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?
6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
9. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
10. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut setelah diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?

D. Implementasi Keputusan:

a. Alokasi belanja jasa pelayanan.

1. Berapa besar persentase penyerapan belanja jasa pelayanan terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Permasalahan apa saja yang timbul sejak berlangsungnya penyerapan jasa pelayanan 2018?
3. Solusi apa saja yang telah dilakukan dan mampu menangani permasalahan tersebut?
4. Menurut saudara apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan Puskesmas dalam menyerap belanja jasa pelayanan 2018?

5. Bagaimana bentuk tanggungjawab top management dan middle management di Puskesmas apabila penyerapan anggaran jasa pelayanan tidak sesuai dengan Pagu Anggaran?
- b. Alokasi belanja biaya operasional.
1. Berapa besar persentase penyerapan belanja biaya operasional terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Permasalahan apa saja yang timbul sejak berlangsungnya penyerapan biaya operasional 2018?
  3. Solusi apa saja yang telah dilakukan dan mampu menangani permasalahan tersebut?
  4. Menurut saudara apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan Puskesmas dalam menyerap belanja biaya operasional 2018?
  5. Bagaimana bentuk tanggungjawab top management dan middle management di Puskesmas apabila penyerapan anggaran biaya operasional tidak sesuai dengan Pagu Anggaran?
- E. Faktor penyerapan Anggaran:
- a. Dokumen Perencanaan Anggaran (Pagu Anggaran)
1. Bagaimana rincian Pagu Anggaran dana kapitasi Puskesmas 2018?
  2. Siapa saja yang dapat mengakses Pagu Anggaran dana kapitasi Puskesmas?
  3. Siapa saja yang wajib mengetahui Pagu Anggaran dana kapitasi Puskesmas?
  4. Apa saja yang harus diperhatikan dalam Pagu Anggaran untuk mengupayakan penyerapan optimal?
- c. Kompetensi SDM
1. Berapa banyak tenaga medis di Puskesmas X? (Dokter, Dokter gigi, Perawat, Bidan)
  2. Berapa banyak tenaga kesehatan di Puskesmas X?
  3. Berapa banyak tenaga non medis di Puskesmas X?

4. Bagaimana status kepegawaian tenaga medis, non medis dan kesehatan di Puskesmas X? (Pegawai tetap, kontrak atau outsourcing)
5. Apakah ada kompetensi atau keahlian lain yang dijumpai pada pegawai Puskesmas X? (Mengikuti pelatihan administrasi/ pembiayaan Puskesmas/ Unit cost, dll)
6. Apakah ada pegawai yang merangkap jabatan yang berhubungan dengan proses pembiayaan dana kapitasi? (Bendahara JKN, Kepala Puskes, Kepala seksi dll)
7. Apasaja kompetensi dan latar belakang pendidikan pegawai dengan jabatan memegang tanggung jawab sebagai pelaksana atau yang berhubungan dengan kendali pembiayaan dana kapitasi?
8. Bagaimana permasalahan yang sering timbul akibat *human error* pada saat berjalannya proses pembiayaan dana kapitasi?
9. Apakah *human error* sudah dilakukan upaya antisipasi? (Pelatihan dan pengarahan bendahara JKN, Sosialisasi pengelolaan dana kapitasi, rapat pembahasan pembiayaan JKN, dll)

**Lampiran C. Lembar Kuesioner II Bendahara JKN**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana  
Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Nama Puskesmas :

Alamat :

Lampiran :

**LEMBAR KUESIONER BENDAHARA JKN**

A. Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:

a. Pengenalan.

1. Apakah Bapak/Ibu mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal? Sebutkan contohnya!

b. Diagnosis

1. Sebutkan apa saja yang menjadi penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal?

2. Apa alasan Bapak/Ibu memilih penyebab tersebut?

B. Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:

a. Perumusan strategi alokasi.

1. Berapa besar persentase usulan belanja yang diminta terhadap pendapatan sebelum direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas?

2. Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?

3. Apa yang anda harapkan dari kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?

4. Apa permasalahan yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut?

5. Apa strategi yang telah diupayakan dalam mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi?

6. Apa strategi yang telah dilakukan dalam pengalokasikan pendapatan dan SiLPA untuk mencapai upaya optimal?
- b. Analisis strategi alokasi
1. Apa alasan Bapak/Ibu memilih semua mata anggaran tersebut sebagai usulan dari alokasi belanja dana kapitasi?
  2. Apa risiko yang dapat ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut dalam mencapai penyerapan optimal?
  3. Apakah resiko tersebut sama dengan yang diperkirakan pada tahun sebelumnya?
  4. Apa alasan yang tepat menurut saudara dalam memilih opsi tersebut sebagai bentuk strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  5. Siapa yang bertanggungjawab atas dampak risiko yang ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut?
- c. Penetapan alternatif strategi alokasi
1. Berapa besar persentase usulan belanja yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas dan disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Setelah diketahui beberapa opsi yang dapat dipilih. Strategi alokasi apa yang dapat ditetapkan sebagai upaya dalam optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  3. Siapa yang mendukung opsi tersebut untuk dijalankan?
- C. Kualitas Keputusan
- a. Alokasi belanja jasa pelayanan.
1. Berapa besar persentase usulan belanja jasa pelayanan yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
  3. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
  4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?

5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
  7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkan Pagu Anggaran 2018?
  8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkan Pagu Anggaran 2018?
  9. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
  10. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut setelah diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
- b. Alokasi belanja biaya operasional.
1. Berapa besar persentase usulan belanja biaya operasional yang ditetapkan terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
  3. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
  4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
  7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkan Pagu Anggaran 2018?

8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
9. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
10. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut setelah diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?

D. Implementasi Keputusan

a. Alokasi belanja jasa pelayanan.

1. Berapa besar persentase penyerapan belanja jasa pelayanan terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Berapa besar penyerapan jasa pelayanan pada tahun 2018?
3. Bagaimana penyerapan jasa pelayanan pada tahun 2018?
4. Berapa besar SiLPA jasa pelayanan 2017 terserap ditahun 2018?
5. Bagaimana mekanisme penyerapan SiLPA jasa pelayanan 2017 yang terserap ditahun 2018?
6. Berapa besar SiLPA jasa pelayanan 2018?
7. Apa saja alokasi jasa pelayanan yang tidak mampu terserap pada Pagu Anggaran 2018?

b. Alokasi belanja biaya operasional.

1. Berapa besar persentase penyerapan belanja biaya operasional terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Berapa besar penyerapan biaya operasional pada tahun 2018?
3. Bagaimana penyerapan biaya operasional pada tahun 2018?
4. Berapa besar SiLPA biaya operasional 2017 terserap ditahun 2018?
5. Bagaimana mekanisme penyerapan SiLPA biaya operasional 2017 yang terserap ditahun 2018?
6. Berapa besar SiLPA biaya operasional 2018?

7. Apa saja alokasi biaya operasional yang tidak mampu terserap pada Pagu Anggaran 2018?

E. Faktor penyerapan Anggaran

a. Dokumen Perencanaan Anggaran (Pagu anggaran)

1. Bagaimanakah pengemasan Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas setelah dan sebelum diusulkan? (aplikasi online, aplikasi offline, softfile, hardfile)
2. Bagaimana rincian Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas 2018?
3. Siapa saja yang dapat mengakses Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas?
4. Siapa saja yang wajib mengetahui Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas?

b. Pencatatan Administrasi

1. Apakah ada pencatatan administrasi mengenai pendapatan dan pengeluaran realisasi belanja berdasarkan sumber pembiayaan dana kapitasi?
2. Bagaimana isi dari pencatatan administrasi tersebut?
3. Apakah pencatatan tersebut dilakukan setiap saat setelah melakukan kegiatan belanja ataupun pada saat menerima pendapatan?
4. Menurut saudara apakah penting dilakukan pencatatan setiap saat setelah melakukan kegiatan belanja ataupun pada saat menerima pendapatan?
5. Apa risiko yang akan didapat apabila melakukan atau tidak melakukan pencatatan tersebut?
6. Apa saja permasalahan yang ditimbulkan atau akan ditimbulkan setelah atau sesudah dilakukan pencatatan?
7. Apakah sudah dilakukan upaya antisipasi dalam mengurangi terjadinya permasalahan tersebut?

c. Dokumen Pengadaan

1. Apakah ada dokumen pengadaan barang dan jasa berdasarkan sumber pembiayaan dana kapitasi?

2. Bagaimana isi dari dokumen pengadaan tersebut?
  3. Apakah pengadaan barang dan jasa tersebut dilakukan setiap saat setelah Puskesmas menyatakan perlu dalam menunjang program atau kegiatan?
  4. Menurut saudara apakah penting adanya dokumen pengadaan barang dan jasa dari sumber pembiayaan dana kapitasi?
  5. Apa risiko yang akan didapat apabila memiliki atau tidak memiliki dokumen pengadaan tersebut?
  6. Apabila ada dokumen pengadaan. Bagaimana dokumen tersebut diusulkan sebagai bagian dari usulan Pagu Anggaran pada tahun berkenaan ataupun tahun berikutnya?
  7. Apa permasalahan yang ditimbulkan akibat ada atau tidaknya dokumen pengadaan tersebut?
  8. Apakah sudah dilakukan upaya antisipasi dalam mengurangi terjadinya permasalahan tersebut?
- d. Uang Persediaan
1. Berapa besar jumlah pendapatan dana kapitasi pada tahun berkenaan?
  2. Berapa besar jumlah SiLPA pada tahun sebelumnya?
  3. Bagaimana jumlah uang dari pendapatan dapat digunakan?
  4. Bagaimana jumlah uang dari SiLPA dapat digunakan dalam belanja kebutuhan pada tahun ini?

**Lampiran D. Lembar Kuesioner III Penanggungjawab Pembiayaan  
Kesehatan Puskesmas**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana  
Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Nama Instansi :

Alamat :

Lampiran :

**LEMBAR KUESIONER PENANGGUNGJAWAB PEMBIAYAAN  
KESEHATAN PUSKESMAS  
(GUIDE KEEPER)**

- A. Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:
- a. Pengenalan
    1. Apakah Bapak mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal? Sebutkan contohnya!
  - b. Diagnosis
    1. Sebutkan apa saja yang menjadi penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal?
    2. Apa alasan Bapak memilih penyebab tersebut?
- B. Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:
- a. Perumusan strategi alokasi.
    1. Berapa besar persentase usulan belanja yang oleh diminta ketiga Puskesmas terhadap pendapatan sebelum direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas?
    2. Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    3. Apa yang anda harapkan dari kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    4. Apa permasalahan yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut?

5. Apa strategi yang telah diupayakan dalam mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi?
  6. Apa strategi yang telah dilakukan dalam pengalokasikan pendapatan dan SiLPA untuk mencapai upaya optimal?
- b. Analisis strategi alokasi
1. Menurut Bapak apa yang menjadikan alasan ketiga Puskesmas memilih semua mata anggaran tersebut sebagai usulan dari alokasi belanja dana kapitasi?
  2. Apa risiko yang dapat ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut dalam mencapai penyerapan optimal?
  3. Apakah resiko tersebut sama dengan yang diperkirakan pada tahun sebelumnya?
  4. Apa alasan yang tepat menurut saudara dalam memilih opsi tersebut sebagai bentuk strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  5. Siapa yang bertanggungjawab atas dampak risiko yang ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut?
- c. Penetapan alternatif strategi alokasi
1. Berapa besar persentase usulan belanja yang ditetapkan oleh ketiga Puskesmas terhadap pendapatan setelah direvisi oleh Penanggungjawab pembiayaan kesehatan Puskesmas dan disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
  2. Setelah diketahui beberapa opsi yang dapat dipilih. Strategi alokasi apa yang dapat ditetapkan sebagai upaya dalam optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  3. Siapa yang mendukung opsi tersebut untuk dijalankan?
  4. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
  5. Adakah permintaan khusus dari Bupati dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan dan atau Bupati?

C. Kualitas Keputusan

a. Alokasi belanja jasa pelayanan.

1. Berapa besar persentase usulan belanja jasa pelayanan yang ditetapkan oleh ketiga Puskesmas terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
3. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?
5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?
6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?
8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkannya Pagu Anggaran 2018?

b. Alokasi belanja biaya operasional.

1. Berapa besar persentase usulan belanja biaya operasional yang ditetapkan oleh ketiga Puskesmas terhadap pendapatan setelah disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?
2. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
3. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
4. Apakah penetapan strategi alokasi belanja jasa pelayanan disetujui sepenuhnya oleh Kepala Dinas Kesehatan?
5. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Kepala Dinas Kesehatan?

6. Setelah Kepala Dinas Kesehatan menyetujui usulan alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh Bupati?
7. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan sebelum ditetapkan Pagu Anggaran 2018?
8. Apakah ada perubahan anggaran belanja jasa pelayanan setelah ditetapkan Pagu Anggaran 2018?

## D. Implementasi Keputusan

### a. Alokasi belanja jasa pelayanan.

1. Berapa besar persentase penyerapan belanja jasa pelayanan ketiga Puskesmas terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?

### b. Alokasi belanja biaya operasional.

1. Berapa besar persentase penyerapan belanja biaya operasional ketiga Puskesmas terhadap pagu pendapatan yang disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan?

## E. Faktor penyerapan Anggaran:

### a. Dokumen Perencanaan Anggaran (Pagu anggaran)

1. Bagaimanakah pengemasan Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas setelah dan sebelum diusulkan? (aplikasi online, aplikasi offline, softfile, hardfile)
2. Bagaimana rincian Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas 2018?
3. Siapa saja yang dapat mengakses Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas?
4. Siapa saja yang wajib mengetahui Pagu anggaran dana kapitasi Puskesmas?

**Lampiran E. Lembar Kuesioner IV Ketua Komisi D DPRD Jember 2018**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Nama Instansi :

Alamat :

Lampiran :

**LEMBAR KUESIONER KETUA KOMISI D DPRD JEMBER 2018**

***(POLICIES CONTROLLER)***

- A. Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:
- a. Pengenalan.
    1. Apakah Bapak mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal? Sebutkan contohnya!
  - b. Diagnosis
    1. Sebutkan apa saja yang menjadi penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal?
    2. Apa alasan Bapak memilih penyebab tersebut?
- B. Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:
- a. Perumusan strategi regulasi.
    1. Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    2. Apa yang anda harapkan dari kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    3. Apa permasalahan yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut?
    4. Apa strategi yang telah diupayakan dalam mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi?
    5. Apa strategi yang telah dilakukan dalam mengalokasikan pendapatan dan SiLPA untuk mencapai upaya optimal?

6. Bagaimana Kebijakan Perbup Nomor 1.2 Tahun 2018 ini muncul?
7. Apa yang menjadi dasar kebijakan Perbup Nomor 1.2 Tahun 2018?

b. Analisis strategi regulasi

1. Apa risiko yang dapat ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut dalam mencapai penyerapan optimal?
2. Apakah resiko tersebut sama dengan yang diperkirakan pada tahun sebelumnya?
3. Apa alasan yang tepat menurut saudara dalam memilih opsi tersebut sebagai bentuk strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
4. Siapa yang bertanggungjawab atas dampak risiko yang ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut?

c. Penetapan alternatif strategi regulasi

1. Apa urgensi disahkannya regulasi tersebut?
2. Siapa yang mendukung regulasi tersebut untuk dijalankan?
3. Apakah regulasi tersebut sesuai dengan kebutuhan Puskesmas?
4. Apakah strategi tersebut telah sesuai dengan kemampuan SDM di Puskesmas?
5. Apakah strategi tersebut sesuai dengan kebijakan ditingkat Daerah maupun Pusat?

C. Kualitas Keputusan Regulasi

a. Alokasi Belanja Jasa Pelayanan

1. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
2. Bagaimana alokasi belanja jasa pelayanan dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
3. Apakah penetapan alokasi belanja jasa pelayanan telah sesuai dengan regulasi?
4. Setelah Pemerintah Daerah mengusulkan Pagu Anggaran alokasi belanja jasa pelayanan. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh DPRD?

b. Alokasi Belanja Operasional

1. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan APBD 2018?
2. Bagaimana alokasi belanja operasional dana kapitasi berdasarkan PAPBD 2018?
3. Apakah penetapan alokasi belanja jasa pelayanan telah sesuai dengan regulasi?
4. Setelah Pemerintah Daerah mengusulkan Pagu Anggaran alokasi belanja biaya operasional. Apa saja yang disetujui dan tidak disetujui oleh DPRD?

D. Implementasi Keputusan

a. Penyerapan Jasa Pelayanan

1. Permasalahan apa saja yang timbul sejak berlangsungnya penyerapan jasa pelayanan 2018?
2. Solusi apa saja yang telah dilakukan dan mampu menangani permasalahan tersebut?
3. Menurut saudara apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan Puskesmas dalam menyerap belanja jasa pelayanan 2018?

b. Penyerapan Biaya Operasional

1. Permasalahan apa saja yang timbul sejak berlangsungnya penyerapan biaya operasional 2018?
2. Solusi apa saja yang telah dilakukan dan mampu menangani permasalahan tersebut?
3. Menurut saudara apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan Puskesmas dalam menyerap belanja biaya operasional 2018?

**Lampiran F. Lembar Kuesioner IV Pejabat Pembuat Komitmen**

**INSTRUMEN PENELITIAN**

Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Nama Instansi :

Alamat :

Lampiran :

**LEMBAR KUESIONER PEJABAT PEMBUAT KOMITMEN  
(PERSON IN CHARGE OF PROCUREMENT)**

- A. Pengambilan Keputusan Tahap Identifikasi:
- a. Pengenalan.
    1. Apakah Bapak mengetahui penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal berkaitan dengan pengadaan? Sebutkan contohnya!
  - b. Diagnosis
    1. Sebutkan apa saja yang menjadi penyebab tidak terserapnya dana kapitasi secara optimal berkaitan dengan pengadaan?
    2. Apa alasan Bapak memilih penyebab tersebut?
- B. Pengambilan Keputusan Tahap Seleksi:
- a. Perumusan strategi pengadaan.
    1. Bagaimana pendapat saudara mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    2. Apa yang anda harapkan dari kebijakan pembiayaan kesehatan JKN pada FKTP?
    3. Apa permasalahan yang ditimbulkan dari kebijakan tersebut?
    4. Apa strategi yang telah diupayakan dalam mengoptimalkan penyerapan dana kapitasi?

5. Apa strategi yang telah dilakukan dalam pengalokasikan pendapatan dan SiLPA untuk mencapai upaya optimal?
- b. Analisis strategi pengadaan
2. Apa risiko yang dapat ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut dalam mencapai penyerapan optimal?
  3. Apakah resiko tersebut sama dengan yang diperkirakan pada tahun sebelumnya?
  4. Apa alasan yang tepat menurut saudara dalam memilih opsi tersebut sebagai bentuk strategi optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  5. Siapa yang bertanggungjawab atas dampak risiko yang ditimbulkan dari berbagai pilihan strategi alokasi tersebut?
- c. Penetapan alternatif strategi pengadaan
1. Setelah diketahui beberapa opsi yang dapat dipilih. Strategi alokasi apa yang dapat ditetapkan sebagai upaya dalam optimalisasi penyerapan dana kapitasi?
  2. Siapa yang mendukung opsi tersebut untuk dijalankan?
  3. Apakah strategi alokasi tersebut sesuai dengan kebutuhan Puskesmas?
  4. Apakah strategi tersebut telah sesuai dengan kemampuan SDM di Puskesmas?
  5. Apakah strategi tersebut sesuai dengan kebijakan ditingkat Daerah maupun Pusat?
  6. Adakah permintaan khusus dari Kepala Dinas Kesehatan dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan?
  7. Adakah permintaan khusus dari Bupati dalam strategi alokasi tersebut sebelum diusulkan pada Kepala Dinas Kesehatan dan atau Bupati?

**Lampiran G. Lembar Observasi**

**Lembar Observasi Ketersediaan Dokumen Terkait Dana Kapitasi**

Judul : Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas wilayah Kabupaten Jember

Tanggal Observasi :

Waktu Observasi :

Tempat Observasi :

Gambaran Situasi :

Puskesmas :

No.	Observasi	Dokumentasi	Keterangan (Ada/ Tidak ada)
1.	Pagu Anggaran APBD 2018		
2.	Pagu Anggaran PAPBD 2018		
3.	Catatan Administrasi 2018		
4.	Dokumen Pengadaan 2018		
5.	Dokumen Kepegawaian 2018		
6.	Catatan Pendapatan 2018		
7.	Dokumen Realisasi Pagu Anggaran APBD 2018		
8.	Dokumen Realisasi Pagu Anggaran PAPBD 2018		

**Catatan:**

Lembar observasi ini sangat memungkinkan berkembang sewaktu penelitian berlangsung, tergantung sejauh mana informasi yang ingin didapat oleh peneliti serta sebagai petunjuk arah selama penelitian berlangsung.

Lampiran H. Dokumentasi

a. Proses pengambilan data primer



Gambar 1. Penjelasan *Informed Consent*



Gambar 2. Pengisian *Informed Consent*



Gambar 3. Penjelasan tujuan dan manfaat penelitian



Gambar 4. Penyampaian jawaban wawancara oleh responden



Gambar 5. Pencatatan dan *voice recording* jawaban wawancara



Gambar 6. *Cross check* data sekunder

b. Dokumentasi data sekunder

**PAGU ANGGARAN DPA/APBD TAHUN 2018 PUSKESMAS NOGOSARI**

No. Urut	Kode rekening	Nama rekening	Anggaran	Akumulasi Perencanaan Setoran/Type
1	2	3	4	5
1	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium KPA	5.400.000	✓
	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium PPK	1.200.000	✓
	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium PPKB (Bendahara dan Staf PPKB)	7.200.000	✓
	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium Perawatan PPK (Gawat Darurat dan PPK)	5.300.000	✓
2	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.1.01.04	Honorarium Pelayanan Pengambilan Pusing dan P3K	25.200.000	✓
3	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.01.01	Biaya Alat tulis kantor	40.000.000	✓
4	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.01.04	Pembelian Bahan-bahan	250.000	✓
5	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.01.04	Pembelian Buku, majalah, koran, surat kabar	900.000	✓
6	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.01.14	Bahan medis habis pakai	20.700.000	✓
7	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.01.15	Belanja media promosi	12.000.000	✓
8	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.02.04	Pengadaan obat	10.000.000	✓
9	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.01	Belanja listrik	1.000.000	✓
10	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.03	Belanja bahan Pembelian Meubel 2018	36.100.000	✓
11	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.06	Informasi dan komunikasi (jasa-jasa) Meubel 2018	11.400.000	✓
12	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.19	Belanja Jasa (jasa) Meubel 2018	430.200.420	✓
13	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.20	Belanja Kontribusi/pasokan (K2, 3) Meubel 2018	15.000.000	✓
14	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.03.31	Belanja Jasa Perawatan dan Rehabilitasi Meubel	19.300.000	✓
15	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.04.01	Belanja Jasa Service kendaraan Puskesmas	5.000.000	✓
16	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.05.02	Penggantian suku cadang mobil Pusing	15.000.000	✓
17	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.06.03	Belanja BBM Pusing dan P3K	12.800.000	✓
18	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.05.03	Penggantian oli mobil Pusing	3.000.000	✓
19	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.05.30	Belanja pajak kendaraan	8.000.000	✓
20	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.06.01	Belanja surat media P3K	20.000.000	✓
21	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.06.02	Belanja penggantian bahan Meubel 2018	18.000.000	✓
22	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.15.02	Belanja pelayanan dinas luar daerah	5.000.000	✓
23	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.20.11	Belanja Perawatan dan Jangkar Internet	10.000.000	✓
24	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.20.17	Belanja Penggantian Puskesmas	20.000.000	✓
25	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.28.07	Belanja jasa alat pemadam kebakaran (JPAK)	7.000.000	✓
26	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.31.05	Belanja pengadaan asuransi sdrk dan drgkr p3k/pusing apot	10.000.000	✓
27	1.02.1.02.01.01.46.02.5.2.2.35.01	Belanja pengadaan alat kesehatan Puskesmas	13.000.000	✓
<b>Jumlah</b>			<b>477.747.420</b>	0

OPPO FS  
Kecamatan Rambipuji  
23/09/2019

Gambar 7. Dokumen perencanaan anggaran kapitasi pagu PAPBD 2018

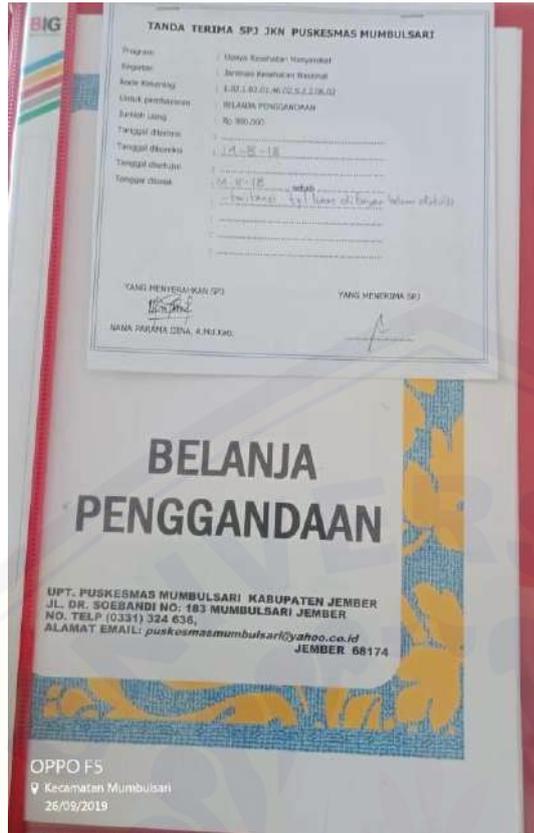
**PAGU ANGGARAN DPPA/PAPBD TAHUN 2018 PUSKESMAS NOGOSARI**

No.	Kode rekening	Anggaran	
1	2	4	
1	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium KPA Puskesmas	8.600.000
2	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium PPTK Puskesmas Oktober 2018	8.400.000
3	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium PPK Puskesmas	8.800.000
4	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.01.03	Honorarium Bendahara Puskesmas Oktober 2018	6.000.000
5	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.01.04	Honor Pusing dan P3K PNS	5.000.000
6	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.02.02	Honor Pusing dan P3K Non PNS	17.900.000
7	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.1.02.02	Dokumen LK1 - UPL	30.000.000
8	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.01	Alat Tulis Kantor	40.000.000
9	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.04		1
10	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.04	Materai	250.000
11	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.05	Alat Kebersihan Puskesmas	1.500.000
12	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.05	Bahan Kebersihan Puskesmas	5.000.000
13	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.14	Bahan Medis Habis Pakai	5.000.000
14	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.01.15	Belanja Media Promosi	27.250.000
	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.02.04	Belanja Bahan Obat-Obatan	5
	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.02.17	Belanja kain gorden	45.000.000
	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.02.17	Belanja kain linen	10.000.000
	1.02.1.02.01.26.46.02.5.2.2.02.17	Belanja kain linen	5.000.000

OPPO FS  
Kecamatan Rambipuji  
23/09/2019

Gambar 8. Dokumen perencanaan anggaran kapitasi pagu PAPBD 2018





Gambar 11. Dokumen pengadaan 2018

**BUKU KAS BENDAHARA DAN KAPITAL JKN DALAM WILAYAH PENCATATAN PEMADAPAN DAN BELANJA**

Visi: Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dan Berkeadilan  
Misi: Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Meningkatkan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

NO	TANGGAL	NO BUKTI	URAIAN	PERKAPATAN	BELANJA	SALDO
1	01/12/2018	1	Saldo Bulan Lalu			8.139.370.632,00
2	14/12/2018	23	Saldo Perkiraan Dana Kas dan JKN Bulan Desember 2018	8.261.181.000,00	1.297.867.758,00	5.963.313.242,00
3	26/12/2018	104	Belanja Pembelian/Pengadaa Barang dan Jasa	344.477.000,00	5.543.000,00	5.618.836.242,00
4	30/12/2018	105	Belanja Pembelian/Pengadaa Barang dan Jasa	690.000,00		5.618.836.242,00
5	26/12/2018	106	Belanja Pembelian/Pengadaa Barang dan Jasa	600.000,00		5.018.836.242,00
6	26/12/2018	107	Belanja Lain-lain Bulan Desember 2018	1.778.000,00		3.240.836.242,00
7	26/12/2018	108	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	3.073.836,00		1.167.000,00
8	26/12/2018	109	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	11.405.000,00		2.272.000,00
9	26/12/2018	110	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	188.236.270,00		2.460.236,00
10	26/12/2018	111	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	11.396.764,00		1.363.472,00
11	26/12/2018	112	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	8.456.100,00		2.819.572,00
12	26/12/2018	113	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	2.070.000,00		4.889.572,00
13	26/12/2018	114	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	2.721.000,00		7.610.572,00
14	26/12/2018	115	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	2.000.000,00		9.610.572,00
15	26/12/2018	116	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	9.000.000,00		18.610.572,00
16	26/12/2018	117	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	5.733.000,00		24.343.572,00
17	26/12/2018	118	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	575.000,00		24.918.572,00
18	26/12/2018	24	Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	7.708.000,00		32.626.572,00
			Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	374.448.130,00	225.400.800,00	32.401.171,00
			Saldo Perkiraan Bulan Desember 2018	8.853.627.700,00	2.618.320.600,00	11.471.948.300,00

OPPO F5  
Kecamatan Mumbulsari  
26/09/2019

Gambar 12. Dokumen catatan pendapatan kapitasi 2018

Lampiran I. Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada

- Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab.  
Jember  
2. Kepala BPJS Kab. Jember  
di -

JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/806/415/2019

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 25 Maret 2019 Nomor : 1397/UN25.1.12/SP/2019 perihal Permohonan Pengambilan Data

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Bagus Dwi Atmoko / 152110101127  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegol Boto Jember  
Keperluan : "Analisis Pengambilan Keputusan (Decision Making) Kepala Puskesmas Dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi Di Kabupaten Jember"  
Lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabbupaten Jember  
2. BPJS Kesehatan Kabupaten Jember  
3. Wilayah Kerja Puskesmas se Kabupaten Jember  
Waktu Kegiatan : Maret s/d April 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 26-03-2019

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER

Sekretaris

Drs. H. RI WIDODO

Pembina Tk. I

NIP. 19611224 198812 1001

Tembusan :

- Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember  
2. Sekretaris DPRD Kabupaten Jember

JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/2206/415/2019

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 09 September 2019 Nomor : 4146/UN25.1.12/SP/2019 perihal Rekomendasi

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Bagus Dwi Atmoko / 152110101127
- Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
- Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul :  
"Analisis Pengambilan Keputusan Dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas Wilayah Kabupaten Jember"
- Lokasi : ■ Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
■ Puskesmas Nogosari, Pakusari, dan Mumbulsari  
■ Sekretariat DPRD Kabupaten Jember
- Waktu Kegiatan : September s/d Oktober 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 10-09-2019

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabd. Kajian Strategis dan Politik

ACHMAD DAUD F., S.Sos

NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id)  
E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id), [dinkesjemberkab@gmail.com](mailto:dinkesjemberkab@gmail.com)

Jember, 28 Maret 2019

Nomor : 440/1954/311/2019  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Pengambilan Data

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang SDK Dinas Kesehatan  
Kab. Jember  
2. Kepala Sub Bag Keuangan

di JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/805/415/2019, Tanggal 26 Maret 2019, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Bagus Dwi Atmoko  
NIM : 152110101127  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data Terkait :  
➢ Besaran serapan dana kapasitas kab Jember  
➢ Alokasi anggaran dana kapitasi  
➢ Strategi optimalisasi dana kapitasi Puskesmas se Kab Jember  
➢ Daftar Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS  
➢ Macam dan besaran pembiayaan Puskesmas dari berbagai sumber pendanaan  
Waktu Pelaksanaan : 28 Maret 2019 s/d 28 April 2019

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:  
1. Pengambilan Data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian  
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik  
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan  
Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**  
  
**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id)  
E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id), [dinkesjemberkab@gmail.com](mailto:dinkesjemberkab@gmail.com)

Jember, 28 Maret 2019

Nomor : 440 / ~~1735~~ / 311 / 2019  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang SDK Dinas Kesehatan  
Kab. Jember  
2. Kepala Sub Bag Keuangan  
3. Plt. Puskesmas Se-Kabupaten Jember

di

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/806/415/2019, Tanggal 26 Maret 2019, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Bagus Dwi Atmoko  
NIM : 152110101127  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Terkait :  
➤ Analisis Pengambilan Keputusan (Decision Making) Kepala Puskesmas Dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Kabupaten Jember  
Waktu Pelaksanaan : 28 Maret 2019 s/d 28 April 2019

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**



**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAF: (0331) 425222  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id)  
E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id), [dinkesjemberkab@gmail.com](mailto:dinkesjemberkab@gmail.com)

**JEMBER**

**Kode Pos 68111**

Jember, 14 Oktober 2019

Nomor : 440 / 49724 / 311 / 2019  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Bidang SDK Dinas Kesehatan  
Kab. Jember

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor: 072/2544/415/2019 Tanggal 07 September 2019, Perihal Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama / NIM : Bagus Dwi Atmoko / 152110101127  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : ➤ Melaksanakan Penelitian, Terkait : Analisis Pengambilan Keputusan dalam Strategi Optimalisasi Penyerapan Dana Kapitasi di Puskesmas Wilayah Kabupaten Jember

Waktu Pelaksanaan : 14 Oktober 2019 s/d 30 Januari 2020

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Kegiatan Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**Pt. KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**  
**Ka.Bid. Pencegahan & Pengendalian Penyakit**

  
**DYAH KUSWORINI INDRIASWATI, S.KM, M.Si**  
Pembina (IV/a)  
NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat