



Pengukuran Utilitas Dana Kapitasi Puskesmas Dengan Capaian Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Indonesia

Measuring Operation Cost Utility Of Public-Health Center With Minimum Health Service Standard Achievement in Indonesia

Imam Sumardjoko, Muhammad Heru Akhmadi*

Program Studi Kebendaharaan Negara, Politeknik Keuangan Negara STAN,
Banten, Indonesia
*email : heru.cio@gmail.com

Abstract

The JKN program is a big step towards creating wider access to health services to the community. This program has covered around 60 percent of the total population of Indonesia. Public-Health Center (Puskesmas) is the largest entry-level health facilities that receives capitation funds for 8.53 trillion rupiah in 2017. Utilization of capitation funds varies from each Puskesmas. Payment of capitation funds has an increasing trend in line with the number of BPJS Health membership which is increasing towards universal health coverage. This study explores the utilization of Puskesmas capitation funds and health minimum service standard achievements. The research data covers the Puskesmas in Cirebon City during the period 2017-2018. The variables that measure are SiLPA capitation funds, and minimum health service standards. Hypothesis formulation states there are differences in the achievement of minimum health service standards in the health sector in entry-level health facilities which have a low capitation SiLPA fund and a puskesmas that has a high SiLPA value. The Lilliefors test calculation results for the research sample yielded an L value of 0,1725 with normally distributed data. Homogeneity testing showed a homogeneous variant value with an F hit of 0,297. The results shows that there was no variance in the achievement of minimum health service standards of Public-Health Center in Cirebon City.

Keywords; health; public spending; utilization

Abstrak

Program JKN menjadi langkah besar untuk menciptakan akses layanan kesehatan yang lebih luas kepada masyarakat. Program ini telah mencakup sekitar 60 persen dari total penduduk Indonesia. Puskesmas merupakan FKTP terbesar yang memperoleh dana kapitasi dengan nilai Rp 8,53 triliun pada tahun 2017. Pemanfaatan dana kapitasi beragam pada setiap Puskesmas. Pembayaran dana kapitasi memiliki tren peningkatan seiring dengan jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan yang bertambah menuju *universal health coverage*. Kajian ini mendalami pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas dan capaian SPM Kesehatan. Data penelitian mencakup Puskesmas di Kota Cirebon selama periode tahun 2017-2018. Penelitian ini melibatkan variabel SiLPA dana kapitasi dan standar pelayanan minimal kesehatan. Rumusan hipotesis menyatakan terdapat perbedaan capaian standar pelayanan kesehatan minimal bidang kesehatan pada FKTP yang mempunyai SiLPA dana kapitasi rendah dengan puskesmas yang memiliki nilai SiLPA tinggi. Hasil perhitungan uji Lilliefors untuk sampel

penelitian menghasilkan nilai L yaitu 0,1725 dengan data berdistribusi normal. Hasil pengujian menunjukkan bahwa tidak terdapat varians capaian standar minimal pelayanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Cirebon.

Kata kunci; belanja public; kesehatan; pemanfaatan

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan mendasar bagi masyarakat. Hakikat *declaration of human rights* menyebutkan pemeliharaan kesehatan dan perlindungan sosial menjadi hak asasi yang paling fundamental dan memperoleh pengakuan dari seluruh negara. WHO telah mendorong tercapainya *Universal Health Coverage* sebagai setiap warga masyarakat dijamin dapat mengakses layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas dengan biaya terjangkau. Sejalan dengan amanat deklarasi dan cakupan kesehatan, pemerintah menetapkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai klausul amanat Undang-undang tersebut. Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional mengusung asas kemanusiaan, manfaat serta berkeadilan bagi seluruh warga. Kutzin (2013) menyatakan layanan kesehatan dipastikan dapat memberikan solusi bagi masyarakat yang mengalami kesulitan finansial. Program JKN menjadi langkah besar untuk menciptakan akses layanan kesehatan yang lebih luas kepada masyarakat.

Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018, program tersebut telah mampu mencakup sekitar 78,5 persen dari total penduduk Indonesia sejumlah 265.185.520 jiwa. Artinya sekitar 208,05 juta jiwa penduduk telah memiliki jaminan kesehatan sekaligus merupakan jaminan sosial dengan jumlah terbesar di dunia. Pendapatan iuran kepesertaan jaminan kesehatan didominasi oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan persentase 31,1%, selanjutnya Peserta Penerima Upah Badan Usaha 29,9%, Peserta Penerima Upah Pemerintah 17,7%, Peserta Bukan Penerima Upah sebesar 10,9% pada tahun 2018. Proporsi kepesertaan yang berasal dari integrasi Jamkesda berkontribusi sebesar 8,3%. Total pendapatan BPJS dari iuran kepesertaan mencapai Rp.81,9 Triliun. Sistem kesehatan nasional menyatakan pembayaran layanan kesehatan bersifat pribadi kecuali untuk masyarakat miskin yang dibayar oleh pemerintah.

BPJS Kesehatan mempunyai kewajiban untuk menyalurkan manfaat layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan dalam program JKN. Layanan kesehatan BPJS harus mengimplementasikan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk efisiensi dan efektifitas jaminan kesehatan. Pelaksanaan sistem kendali mutu pelayanan dan pembayaran dilakukan dengan penyaluran kapitasi. Sulastomo (2005) menyatakan kapitasi diarahkan pada upaya penguatan pencegahan dan promotif kesehatan sehingga terjadi perubahan orientasi pelayanan dari kuratif menjadi preventif.

Tarif kapitasi menggambarkan rentang nilai pembayaran biaya kesehatan untuk setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mengacu pada seleksi dan kredensial berdasarkan peraturan perundangan. Penyalurkan dana kapitasi ditujukan kepada FKTP yang telah menjalankan layanan kesehatan secara komprehensif kepada peserta JKN. Pengaturan besaran dana kapitasi didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Puskesmas memperoleh pembayaran dana kapitasi. Ketentuan ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016

terkait penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional.

Puskesmas dengan status non BLUD memperoleh dukungan pendanaan JKN melalui dana kapitasi. Perencanaan pemanfaatan dan penggunaan dana kapitasi pada FKTP Puskesmas merujuk pada aturan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 terkait pedoman manajemen puskesmas. Regulasi tersebut merupakan amanat dari Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014. Sebagian besar pemanfaatan dana kapitasi digunakan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dengan porsi 60%. Sedangkan sisanya sebesar 40% dimanfaatkan penggunaannya untuk dukungan operasional.

Pembayaran jasa layanan dokter menggunakan dana kapitasi dengan pertimbangan distribusi penyakit dan biaya pengobatan pada layanan primer tidak mempunyai variasi yang besar. Kajian Thabrany (2014) mengemukakan pembayaran jasa dokter umum/dokter gigi layanan primer dilakukan dengan cara *lump sum*. Berdasarkan data Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada bulan Maret 2017, jumlah dokter umum sebanyak 118.173, dokter gigi sejumlah 28.710, dokter spesialis sejumlah 32.947 dan jumlah dokter gigi spesialis sebanyak 3.178. Dengan demikian total jumlah dokter di Indonesia sekitar 183.008 orang. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2017 mencapai 267 juta jiwa. Rasio dokter dengan penduduk mencapai angka perbandingan 1:1.459 pada tahun tersebut. Sebagai perbandingan dengan negara India, rasio jumlah dokter dengan total penduduk mencapai 1:1.800 pada tahun 2013.

Salah satu permasalahan dalam melaksanakan program JKN adalah jumlah pendapatan yang bersumber dari kepesertaan BPJS Kesehatan tidak sebanding dengan total dana yang dikeluarkan untuk membayar kapitasi dan klaim fasilitas kesehatan lanjutan sehingga berimplikasi terjadinya defisit. Permasalahan *mismatch* pengelolaan JKN tidak dapat dihindari sebagai akibat penetapan besaran iuran yang diputuskan pemerintah masih di bawah ambang batas perhitungan auktaria. Pemerintah mempertimbangkan aspek ekonomis dan politis.

Simulasi perhitungan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan menunjukkan besaran iuran per orang per bulan (PPOB) rata-rata sebesar Rp 27.000,00 sedangkan klaim yang dibayarkan rata-rata per peserta PPOB sebesar Rp 33.000,00. Berdasarkan simulasi tersebut terjadi defisit sebesar Rp 6.000,00. Apabila total kepesertaan BPJS Kesehatan mencapai 145 juta jiwa maka defisit yang dialami mencapai 840 miliar rupiah.

Potret defisit JKN dalam rangka perluasan layanan akses kesehatan yang berkeadilan dimulai sejak program ini diluncurkan pada tanggal 1 Januari 2014. Berdasarkan ikhtisar kinerja keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan tahun 2018, aktivitas DJS Kesehatan mengalami defisit mencapai Rp.14,45 Triliun.

Sejak penerapan JKN pada tahun 2014, program tersebut telah memiliki kepesertaan sekitar 208.054.199 sampai dengan tanggal 31 Desember 2018. Jenis penyelenggara layanan kesehatan yang paling dominan adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama termasuk FKTP gigi dengan jumlah sebesar 23.298 unit, selanjutnya fasilitas kesehatan penunjang yaitu optik dan apotek sejumlah 3.405 serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebanyak 2.455. Jumlah FKTP didominasi oleh Puskesmas yang berjumlah 9.933 unit.

Penggunaan dana kapitasi pada 45 kabupaten/kota memperlihatkan sisa penggunaan dana kapitasi yang besarnya bervariasi setiap tahunnya. Hasil laporan sisa penggunaan dana kapitasi sejumlah Rp5,49 triliun dari penerimaan sejumlah Rp.6,71 triliun pada 45 kab/kota. Pada tahun 2018, penyaluran dana kapitasi untuk FKTP di 34 provinsi mencapai Rp.13,2 triliun. Selama periode

tersebut, penggunaan dana kapitasi pada FKTP sebesar Rp. 10,6 triliun atau 80,98% dari total dana kapitasi yang dapat digunakan oleh FKTP. Sisanya sebanyak Rp 2,5 triliun dicatat dalam SiLPA pemerintah daerah.

Terjadinya SiLPA dana kapitasi pada puskesmas baik berstatus BLUD maupun non BLUD menjadi perhatian pemangku kepentingan di penyelenggara jaminan kesehatan. Permasalahan defisit keuangan BPJS kesehatan menyebabkan adanya usulan pengaturan optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi kesehatan di puskesmas yang telah tercatat sebagai pendapatan daerah. Aspek penting yang perlu mendapat analisis adalah penyebab terjadinya SiLPA dana kapitasi di pmda disebabkan oleh pengelolaan keuangan, teknis atau adanya faktor eksternal di luar puskesmas.

Teori risiko menjelaskan terjadinya situasi yang mempunyai probabilitas penyimpangan dari tujuan yang telah ditentukan sehingga mengakibatkan ketidaknyamanan. Teori tersebut dikembangkan oleh Vaughan dalam *fundamental of risk and insurance* pada tahun 1982. Kejadian tertentu dapat memperbesar kemungkinan terjadinya bahaya dan memperbesar beban kerugian yang ditimbulkan (Naron, 2008). Aktifitas asuransi berkaitan erat dengan risiko karena dengan pengalihan risiko dapat dideteksi deskripsi dan ramalan atas suatu prospek di masa mendatang (Hansell, 1979).

SiLPA pemerintah daerah yang bersumber dari dana kapitasi menunjukkan tingkat utilitas dana kapitasi di bawah penyalurannya. SiLPA dana kapitasi yang rendah menggambarkan pemanfaatan dana kapitasi terserap optimal. Rumusan hipotesis yang dibangun dalam kajian ini adalah apakah terdapat kesamaan capaian standar pelayanan minimum kesehatan antara FKTP yang memiliki SiLPA dana kapitasi rendah dengan fasilitas kesehatan dengan SiLPA dana kapitasi tinggi.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *mixed method* dengan pendekatan *case control*. Dalam rangka memperdalam hasil pengujian *case control* diperlukan kombinasi eksploratif. Pendekatan ini ditujukan untuk memperoleh hasil kajian yang lebih komprehensif. Eksploratif merupakan langkah menemukan lebih detail dan dalam berkaitan dengan aspek-aspek lain yang terjadi atas permasalahan yang diteliti (Ibrahim, 2015).

Populasi penelitian adalah 402 unit yang memperoleh dana kapitasi pada FKTP pemerintah. Penentuan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling* atas daerah penerima dana kapitasi. Pertimbangan *purposive sampling* didasarkan pada kewilayahan dana kapitasi BPJS Kesehatan. Data penelitian mencakup Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di wilayah Cirebon selama periode tahun 2016-2018 dengan mengambil sampel 22 Puskesmas pada selama periode penelitian. Data sekunder merupakan seri runtut waktu kumpulan informasi yang disajikan secara periodik. Pengumpulan data sekunder bersumber dari pemerintah daerah, BPJS Kesehatan dan Kementerian Keuangan serta publikasi lainnya yang relevan dengan kajian.

Penelitian ini melibatkan variabel SiLPA dana kapitasi, indeks kapasitas fiskal daerah sebagai variabel bebas dan standar pelayanan minimal kesehatan sebagai variabel terikat. Variabel SiLPA dana kapitasi merupakan sisa lebih perhitungan anggaran yang memperhitungkan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan anggaran pengeluaran dana kapitasi untuk satu periode anggaran setelah memperhitungkan pembiayaan neto.

Variabel kapasitas fiskal merupakan kemampuan keuangan daerah yang tercermin dari pendapatan daerah setelah dikurangi belanja pegawai. Variabel standar pelayanan minimal kesehatan (SPM) adalah jenis dan mutu pelayanan dasar kesehatan yang berhak didapatkan oleh masyarakat pada taraf minimal.

Pengukuran pemanfaatan dana kapitasi menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Analisis kualitatif yang digunakan adalah teknik *Rapid Assesment Procedures* (RAP).

Teknik tersebut merupakan penilaian cepat untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang hal apa saja yang melatar belakangi perilaku objek penelitian dalam waktu yang relatif singkat. Teknik ini dipopulerkan oleh Schrimshaw dan Hurtado. Teknik RAP melakukan pengambilan sejumlah kecil responden yaitu informan. Pemilihan informan dilakukan secara *purposive* sesuai dengan permasalahan dan sasaran penelitian. Metode pengumpulan data RAP melalui *Indepth Interview* yang dilakukan pada perorangan dan *Focus Group Discusison*. Informan untuk mendukung penelitian ini adalah pejabat pada Badan Keuangan Daerah Kota Cirebon. Peserta FGD berasal dari BKD Kota Cirebon dan perwakilan pukesmas dengan jumlah sekitar 7 orang.

Analisis kuantitatif dilakukan untuk menguji hipotesis dalam kajian ini. Pengujian hipotesis penelitian dilakukan dengan teknik analisis bivariat yang diperkuat dengan *Uji Independent Sample T-Test* untuk melihat perbedaan antara dua kelompok sampel. *Independent sample t-test* merupakan jenis pengujian statistika yang bertujuan untuk membandingkan rata-rata dua grup yang tidak saling berpasangan atau tidak saling berkaitan. Pengujian ini merupakan bagian dari statistik inferensial parametrik yang harus terpenuhi berbagai asumsi sebelum dilakukan uji hipotesis.

Persyaratan pengujian *independent sample T-Test* adalah data distribusi normal. Pengujian normalitas data untuk menentukan penggunaan statistik parametrik atau non parametrik. Apabila nilai *p-value* lebih besar dibandingkan level signifikansi $\alpha=0,05$ maka dapat disimpulkan sampel bersumber dari populasi yang terdistribusi normal. Apabila kedua sampel tidak menunjukkan normalitas data maka uji hipotesis perbandingan dilakukan dengan metode statistik non parametrik yaitu Uji Mann Whitney.

Persyaratan kedua dalam uji *Independent Sample T-Test* adalah homogenitas varian populasi. Homogenitas diperlukan untuk menarik generalisasi simpulan akhir dari sampel terhadap populasinya. Data yang homogen mencerminkan kelompok sampel bersumber dari populasi yang sama. Apabila perolehan nilai *p-value* $< 0,05$ pada level signifikan $\alpha=0,05$ maka disimpulkan varian sampel homogen. Apabila hasil varian menunjukkan varian kedua sampel tidak homogen maka pengujian hipotesis tetap dapat dilakukan dengan pengambilan keputusan berdasarkan tabel output *equal variances not assumed*.

Asumsi berikutnya yang digunakan dalam uji *Independent Sample T-Test* adalah kedua sampel yang diambil tidak termasuk dalam karakteristik berpasangan. Jumlah data sampel penelitian yang dilibatkan kurang dari 30. Apabila data sampel penelitian lebih dari 30 maka pengujian hipotesis menggunakan analisis Uji z (Santoso, 2014).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama mempunyai tugas pokok menyelenggarakan kesehatan primer sekaligus *gatekeeper* yang pertama kali berhubungan dengan peserta JKN. Puskesmas memberi pelayanan yang berkelanjutan, paripurna dan melakukan koordinasi rujukan layanan dengan fasilitas kesehatan yang lainnya atau lanjutan. Proses pelayanan puskesmas ditentukan oleh ketersediaan dan kepatuhan pada standar pelayanan perilaku tenaga kesehatan yang melayani, kecukupan suplai obat-obatan dan alat kesehatan. Salah satu pendanaan penyediaan sarana dan prasarana FKTP ditunjang dengan dana kapitas BPJS Kesehatan.

Berdasarkan pasal 1 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014, dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar kepada

fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan. Dana kapitasi yang disalurkan kepada 22 Puskesmas di Kota Cirebon sebesar Rp.16,56 Miliar selama periode tahun 2018.

Penelitian ini menggunakan data yang diperoleh laporan keuangan UPT Puskesmas di Pemerintah Kota Cirebon. Dana kapitasi yang diterima oleh FKTP selanjutnya dikategorikan menjadi dua group yakni *low* dan *high*. Penentuan puskesmas yang masuk dalam kategori tersebut didasarkan pada *baseline average dana kapitasi* sepanjang periode kajian.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional ditujukan seluruhnya untuk jasa pelayanan medis dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Pendanaan ini diharapkan dapat mendukung terciptanya layanan minimal di Puskesmas yang terus membaik.

Pengelompokan objek penelitian Puskesmas di Kota Cirebon tersebut, angka capaian memperhatikan nilai kapitasi BPJS Kesehatan dan capaian standar pelayanan minimum yang dijalankan FKTP sepanjang periode penelitian. Sampel penelitian Puskesmas yang dilibatkan dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 22 unit dengan statistik deskriptif sebagai berikut :

Tabel 1 Statistik Deskriptif

Source	N	Min	Max	Mean	Std. Dev
Group Low	4	60,49	98,4	85,74	9,74
Group High	8	56,78	91,88	83,86	11,39

Nilai rata-rata Puskesmas yang memperoleh dana kapitas BPJS Kesehatan *group low* lebih besar dibandingkan *group high*, yaitu 85,74 untuk *group low* dan 83,86 untuk *group high*. Angka standar deviasinya *group low* juga lebih kecil dibandingkan dengan *group high*, yaitu 9,74 dan 11,39 untuk *group high*. Hal ini mengindikasikan bahwa puskesmas di kota cirebon dengan klasifikasi *group high* lebih bervariasi dibandingkan dengan capaian dimensi standar pelayanan minimum untuk Puskesmas dengan klasifikasi *group low*. Kedua sampel klasifikasi puskesmas tersebut memiliki bentuk kecondongan ke kiri dari kurva normalnya dengan *group low* lebih kecil nilai *skewness* dibandingkan dengan *group high*.

Sebelum dilakukan pengujian uji beda capaian dimensi SPM Kesehatan, terlebih dahulu dilakukan pengujian prasyarat yaitu uji normalitas dan uji homogenitas. Tahapan ini menjadi penentu pendekatan statistika yang digunakan dengan parametrik atau non parametrik. Pengujian normalitas dilakukan untuk mendeteksi data yang diperoleh dari hasil penelitian berdistribusi normal atau tidak. Data kajian yang berdistribusi normal mempunyai tingkat signifikansi $\geq 0,05$, dan apabila nilai tingkat signifikansi $< 0,05$ maka disimpulkan data tersebut berdistribusi normal.

Pengujian normalitas dapat dilakukan dengan berbagai teknik analisis. Dalam uji normalitas data, jika data berdistribusi normal maka akan dianalisis dengan uji statistik parametrik. Sedangkan apabila data tidak berdistribusi normal maka akan dianalisis dengan uji statistik non parametrik. Uji normalitas ini menggunakan Lilliefors.

Metode pengujian liliefors digunakan apabila datanya tidak dalam distribusi frekuensi data bergolong. Pada metode liliefors setiap data x_i diubah menjadi

bilangan baku z_i . Uji lilliefors digunakan bila ukuran sampel (n) lebih kecil dari 30. Rumusan hipotesis yang dibangun untuk pengujian normalitas:

H_0 : sampel berasal dari populasi berdistribusi normal

H_1 : sampel tidak berasal dari populasi berdistribusi normal

Tingkat kesalahan $\alpha = 0,05$.

Pengujian tingkat signifikansi membandingkan nilai terbesar $|F(z_i)-S(z_i)|$ dengan nilai tabel Lilliefors. Jika nilai $|F(z_i)-S(z_i)|$ terbesar kurang dari nilai tabel Lilliefors, maka H_0 diterima. Apabila nilai $|F(z_i)-S(z_i)|$ terbesar lebih besar dari nilai tabel Lilliefors, maka kesimpulannya H_0 ditolak. Pengujian normalitas menghasilkan nilai berikut :

Tabel 2 Pengujian *Normalitas - Lilliefors*

	N	α	L	Ltab	Concl.
Group	2	0,0	0,172	0,18	H_0
	2	5	5	4	ditolak

Hasil perhitungan uji normalitas dengan Lilliefors untuk sampel penelitian menghasilkan nilai L yaitu 0,1725 dan *Asymp.Sign* sebesar 0,05. Berdasarkan tabel L untuk jumlah sampel sesuai data kajian ini diperoleh angka Ltab sebesar 0,184. Hal ini menunjukkan nilai $L_{tab} \geq L$ maka dapat disimpulkan bahwa data sampel penelitian berdistribusi normal. Pengujian prasyarat normalitas mengarahkan pendekatan uji beda menggunakan statistika parametrik.

Prasyarat kedua adalah mendeteksi homogenitas. Pengujian homogenitas dilakukan untuk mendeteksi data sampel penelitian pada puskesmas mempunyai nilai varian yang sama atau tidak. Penarikan simpulan nilai varian yang sama atau bersifat homogen apabila tingkat signifikan melebihi atau sama dengan 0,05.

Apabila taraf signifikansi $<0,05$ maka data disimpulkan tidak mempunyai nilai varian yang sama atau tidak homogen. Rumusan hipotesis untuk pengujian homogenitas adalah sebagai berikut :

H_0 : sampel data mempunyai varian yang sama

H_1 : sampel data mempunyai varian yang tidak sama

Hasil perhitungan uji homogenitas terhadap data sampel untuk puskesmas di Kota Cirebon sepanjang periode kajian adalah sebagai berikut :

Tabel 3 Pengujian Homogenitas

	N	α	F hit	F tab	Concl.
Group	2	0,0	0,297	0,731	H_0
	2	5	1		diterima

Dengan demikian $F_{hit} < F_{Tab}$ dengan angka $0,297 < 0,731$. Pengujian ini membuktikan data mempunyai nilai varian yang homogen pada tingkat signifikan 0,05. Kedua klasifikasi puskesmas memiliki varian data yang sama sehingga memenuhi prasyarat untuk *difference test*. Dengan demikian pengujian capaian standar pelayanan minimal kesehatan Puskesmas untuk klasifikasi *group low* dan *group high* dapat menggunakan pengujian statistika parametrik karena data berdistribusi normal dan homogen.

Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan analisis uji beda independent sample t test. Pengujian *t-test* yang dilakukan dalam penelitian ini adalah capaian standar pelayanan minimal puskesmas yang menerima dana kapitasi JKN dengan dua kelompok yaitu *low* dan *high*. *Independent sample t test* tentang pemanfaatan dana kapitasi di FKTP Puskesmas dilihat dari

perbedaan hasil capaian standar pelayanan minimal kesehatan layanan primer. Capaian standar pelayanan minimal bertujuan untuk menyediakan layanan dasar minimal yang diselenggarakan Puskesmas dalam memberi layanan primer kepada masyarakat.

Pengambilan simpulan atas pengujian hipotesis dirumuskan pada independent sample *t-test*. Rumusan hipotesis yang akan diuji melalui H_0 adalah tidak terdapat perbedaan rata-rata capaian standar pelayanan minimal kesehatan pada FKTP dengan SiLPA dana kapitasi yang rendah dengan faskes yang mempunyai SiLPA tinggi. Sedangkan H_1 adalah terdapat perbedaan capaian standar pelayanan kesehatan minimal bidang kesehatan pada FKTP yang mempunyai angka SiLPA dana kapitasi rendah dengan faskes yang memiliki nilai SiLPA tinggi.

Hasil perhitungan independent sample t test dengan $df=0,005$ pada capaian standar pelayanan minimal kesehatan puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4 *Independent Sample T Test*

	N	t hit	t tab	Concl.
SPM	2	0,562	2,100	H_0
	2	2	1	diterima

Hipotesis yang dibangun dalam penelitian ini adalah dua arah *two tail*. Hasil pengujian *independent sample t test* menunjukkan p-value sebesar 0,5622 dan t tabel (t critical) sebesar 2,1001. Dengan demikian hasil ini membuktikan menerima H_0 . Tidak terdapat perbedaan rata-rata capaian standar pelayanan minimal kesehatan pada FKTP dengan SiLPA dana kapitasi yang rendah dengan faskes yang mempunyai SiLPA tinggi. Fakta ini membuktikan bahwa varians capaian standar pelayanan minimal antara dua kelompok Puskesmas di Kota Cirebon adalah sama atau homogen. Tingkat capaian pelayanan standar pelayanan minimal kesehatan yang memadai juga didukung oleh peran serta masyarakat. Dana kapitasi BPJS Kesehatan bukan penentu tunggal. Penelitian Budi (2010) menemukan model pembiayaan kesehatan dengan out of pocket dapat menghasilkan kualitas layanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan asuransi.

Geografi wilayah Kota Cirebon terletak di daerah Pantai Utara Provinsi Jawa Barat bagian Timur berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah. Kota Cirebon terletak pada posisi 108,33° Bujur Timur dan 6,41° Lintang Selatan pada Pantai Utara Pulau Jawa, dengan ketinggian 5 meter dari permukaan laut. Luas wilayah administrasi sekitar 37,358 Km². Kota Cirebon beriklim tropis dengan suhu udara berkisar antara 23,4°C-33,6°C dan jumlah curah hujan adalah 2.751 mm/tahun.

Jumlah FKTP Puskesmas di Kota Cirebon sebanyak dua puluh dua unit yaitu Puskesmas Sitopeng, Pesisir, Kesambi, Perumnas Utara, Pulasaren, Pekalangan, Pegambiran, Larangan, Argasunya, Astanagarib, Cangkol, Gunungsari, Jagasatru, Jalan Kembang, Kejaksan, Nelayan, Pamitran, Drajat, Kalijaga Permai, Kali Tanjung, Kesunean, Majasem dan Sunyanaragi. Puskesmas memperoleh pendanaan dari beberapa sumber pendanaan antara lain APBN dalam bentuk Bantuan Operasional Kesehatan, APBD dan BPJS Kesehatan dalam bentuk Dana Kapitasi.

BOK dan Dana Kapitasi JKN sebagian besar digunakan oleh Puskesmas untuk mendanai kegiatan operasional. Kapitasi menjadi sumber penopang Puskesmas dalam memberikan layanan primer. Pada tahun 2018, Puskesmas di wilayah Kota Cirebon memperoleh dana kapitasi JKN sebesar Rp.16,56 Miliar. Sedangkan pengeluaran dana kapitasi JKN yang diperuntukkan untuk jasa

pelayanan dan dukungan operasional sebesar Rp.15,27 Miliar. Dengan demikian pada akhir tahun 2018, angka SiLPA dana kapitasi JKN untuk keseluruhan Puskesmas Wilayah Cirebon sebesar Rp.1,29 Miliar.

Pendanaan APBD kepada puskesmas lebih ditujukan untuk kegiatan fisik seperti pembangunan gedung, pembelian alat-alat kesehatan dan obat-obat. Dengan demikian Puskesmas lebih mengandalkan pemanfaatan dana kapitasi untuk kegiatan layanan primer. Puskesmas memiliki perencanaan kegiatan selama satu tahun. Perencanaan ini juga dilakukan untuk pemanfaatan dana kapitasi JKN.

Perencanaan dana kapitasi yang tidak akurat menjadi salah satu pemicu munculnya SiLPA di Puskesmas. Perencanaan kegiatan Puskesmas sampai dimulai pada tahun anggaran sebelumnya. Sedangkan pembayaran dana kapitasi JKN ditetapkan setiap bulan yang besarnya cenderung fluktuatif.

Pembayaran kapitasi JKN setiap bulannya menunjukkan angka yang berbeda. Kondisi ini menyulitkan bagi puskesmas untuk melakukan estimasi pendapatan dana JKN selama satu tahun berjalan. Puskesmas Kota Cirebon menganggarkan pendapatan dana kapitasi JKN tahun 2018 sebesar Rp 14,46 Miliar. Sedangkan realisasi penyaluran dana kapitasi JKN yang dibayarkan kepada Puskesmas sejumlah Rp.16,56 Miliar pada periode kajian. Fakta ini memperlihatkan anggaran pendapatan dana kapitasi JKN berbeda dengan realisasi pendapatan dana kapitasi JKN sebesar Rp.2,09 Miliar atau *gap* sebesar 14,5%. Proses penganggaran dimulai dari tahun sebelumnya.

Faktor lain yang mendorong terjadinya angka SiLPA dana kapitasi JKN adalah jumlah kepesertaan JKN yang terdaftar pada FKTP Puskesmas. Fakta di Kota Cirebon adalah jumlah penduduk pada waktu malam hari lebih sedikit dibandingkan pada siang hari. Fenomena ini timbul sebagai konsekuensi daerah perkotaan yang banyak warga daerah penyangga untuk bekerja di Kota Cirebon. Pekerja *commuter* tersebut cenderung mengalihkan FKTP rujukan kepesertaan dialihkan ke Kota Cirebon dari sebelumnya di kota asal. Banyaknya pengalihan kepesertaan JKN menyebabkan perencanaan anggaran pendapatan dana kapitasi menjadi sulit akurasi.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tidak ada perbedaan capaian standar pelayanan minimal kesehatan Puskesmas antara kelompok puskesmas yang mempunyai SiLPA tinggi dan puskesmas dengan SiLPA rendah. SiLPA yang besar tidak selalu mencerminkan kinerja layanan primer yang diselenggarakan oleh puskesmas menjadi buruk. SiLPA dana kapitasi JKN belum mengganggu capaian standar pelayanan minimal di Kota Cirebon selama periode penelitian. Hasil pengujian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya. Rusyidiana (2013) menyatakan pengeluaran biaya kesehatan yang tinggi pada fasilitas kesehatan tidak selalu mampu meningkatkan derajat kesehatan. Penelitian Roberts, Donna, Chang dan Robin (2004) mengemukakan tingginya pengeluaran kesehatan tidak selalu mempunyai hubungan yang signifikan dengan performa kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada 21 negara berkembang.

SiLPA dana kapitasi JKN dipicu oleh akurasi perencanaan pendapatan dana kapitasi JKN dengan *gap* sebesar 14,5% pada tahun 2018. Kendala perencanaan dana kapitasi JKN adalah perubahan anggaran di pertengahan tahun akibat fluktuasi bulanan pembayaran dana kapitasi JKN. Kondisi ini mengakibatkan perencanaan yang semulanya telah matang mengalami perubahan nilai nominal atau bahkan pengurangan yang tidak signifikan. Hal inilah yang mengakibatkan sisa dana kapitasi Puskesmas bisa terjadi. Puskesmas dapat merencanakan kegiatan yang menjadi prioritas utama sehingga proses pemanfaatan dana kapitasi JKN dapat lebih baik.

Sebagai upaya optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi JKN, puskesmas harus memiliki *check list* sederhana kebutuhan alat kesehatan atau barang

sehingga tidak diperlukan waktu yang lama dalam persetujuan pengajuan kebutuhan kepada Dinas Kesehatan di Kota Cirebon. Sumber daya manusia mendukung pemanfaatan dana kapitasi. Permenkes No. 21 tahun 2016, salah satu item yang diperbolehkan dalam penyerapan dana kapitasi itu adalah untuk Jasa Pelayanan minimal 60%. Sesuai dengan Pasal 38 Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Perpres 12 Tahun 2013, BPJS Kesehatan wajib membayarkan kapitasi kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama paling lambat tanggal lima belas setiap bulan berjalan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, sampai saat ini pelaksanaan program JKN dan pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas tahun 2018, Puskesmas di wilayah Kota Cirebon yang menjadi objek penelitian sudah menjalankan aturan sebagaimana mestinya. Peraturan yang ada sesuai kebutuhan dalam pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas. Regulasi yang dibuat oleh pemerintah Pusat dan daerah menjadi pedoman Puskesmas untuk melakukan serangkaian kegiatan dalam pemanfaatan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi JKN.

Namun terdapat beberapa masalah dalam pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional antara lain program dan kegiatan yang dijalankan oleh Puskesmas semakin yang kompleks. Penelitian Yulianto (2017) membuktikan bahwa realisasi dana kapitasi yang rendah pada puskesmas ditentukan oleh berbagai faktor antara lain program yang dijalankan puskesmas terlalu kompleks, perubahan anggaran yang mendekati akhir tahun serta keterlambatan pemahaman terhadap regulasi baru. Penelitian tersebut dilakukan di beberapa Puskesmas Kota Lubuklinggau pada periode tahun 2014-2016. Pemberlakuan kompetensi berbasis kinerja juga mendorong puskesmas untuk menjalankan kegiatan yang ketat. Persoalan selanjutnya terkait perubahan anggaran untuk biaya tambahan akibat perubahan realisasi pendapatan dana kapitasi persetujuannya mendekati akhir tahun anggaran.

Kondisi tersebut mengakibatkan Puskesmas kesulitan merealisasikan belanja dana kapitasi JKN sampai dengan tahun anggaran berakhir. Peraturan-peraturan yang mengatur pemanfaatan dana kapitasi puskesmas pada awal tahun pelaksanaan jaminan kesehatan nasional memunculkan kehati-hatian dari FKTP maupun Dinas Kesehatan dalam menggunakan dana kapitasi. Perlunya koordinasi yang lebih intens antara Dinas Kesehatan, Puskesmas, BPJS Kesehatan, dan instansi terkait yang berhak melakukan optimalisasi pemanfaatan dana kapitasi JKN.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata capaian standar pelayanan minimal kesehatan pada FKTP dengan SiLPA dana kapitasi yang rendah dengan faskes yang mempunyai SiLPA tinggi. Fakta ini membuktikan bahwa tidak terdapat varian capaian standar pelayanan minimal antara dua kelompok Puskesmas di Kota Cirebon adalah sama atau homogen.

Pemerintah dan penyelenggaran jaminan kesehatan nasional perlu melakukan reformulasi sistem pembayaran dana kapitasi JKN kepada FKTP puskesmas tanpa mengurangi pendapatan dana kapitasi sebagai dukungan pendanaan penyelenggaraan layanan kesehatan primer di daerah. Sisa penggunaan dana kapitasi JKN dalam bentuk SiLPA merupakan penerimaan pembiayaan daerah yang dapat dimanfaatkan penggunaannya untuk menunjang layanan kesehatan pada puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (2019). Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018. Jakarta.
- Budi, H.S. (2010). Hubungan Antara Sistem Pembiayaan Dengan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Slokogimo Wonogir. Surakarta : UNS.
- Hansell, D.S. (1979). *Elements of Insurance*. London: Pearson Higher Education.
- Ibrahim. (2015). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Kutzin, Joseph. (2013). Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance : Concepts and implication policy.
- Naron, H.S. (2008). *Introduction To Insurance*. Phnompenh: The Asean Development Bank.
- Republik Indonesia. (2011). Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Republik Indonesia. (2013). Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2014). Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
- Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
- Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
- Roberts, R., Donna, Chang, C.F. & Robin, R.M. (2004). Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries. *Health Policy*. 55-72.
- Rusydiana, A. S. (2013). Mengukur Tingkat Efisiensi dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA). Bogor : Tim SMART Consulting.
- Santoso, & Singgih. (2014). *Statistik Multivariat, Edisi Revisi, Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Jakarta : Penerbit PT. Elex Media Komputindo.
- Scrimshaw, S. C. & Hurtado, E. (1987). Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness.
- Sulastomo, Dr, MPH. (1997). *Ausuransi Kesehatan dan Managed Care*. Jakarta : PT (Persero) Ausransi Kesehatan Indonesia;
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT.Raja Grafindo Persada;
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Edisi Kedua. Jakarta: Raja Grafindo Persada;
- Vaughan, E.J. & Vaughan T. M. (2007). *Fundamentals Of Risk And Insurance Tenth Edition*. John Wiley & Sons: United States
- Yulianto, M., & Nadjib, M. (2017). Pemanfaatan Dana Kapitasi oleh Puskesmas di Kota Lubuklinggau Tahun 2014-2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*. Vo.2 No.1.