

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Kondisi Kabupaten Nganjuk

Nganjuk merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur, dengan ibukotanya di Nganjuk. Menurut sejarahnya, Nganjuk dahulunya bernama Anjuk Ladang yang dalam bahasa Jawa Kuno berarti Tanah Kemenangan. Kabupaten Nganjuk berbatasan dengan Kabupaten Bojonegoro di utara, Kabupaten Jombang di timur, Kabupaten Kediri dan Kabupaten Ponorogo di selatan, serta Kabupaten Madiun di barat. Nganjuk juga dikenal dengan julukan Kota Angin. Luas Kabupaten Nganjuk adalah sekitar $\pm 122.433 \text{ Km}^2$ atau 122.433 Ha yang terdiri atas:

Tabel 2. Pembagian luas wilayah kabupaten Nganjuk

1. Pemukiman/ kampung	: 154.90 km ²
2. Persawahan	: 474.17 km ²
3. Pertanian Tanah Kering	: 140.98 km ²
4. Kawasan Hutan	: 442.04 km ²
5. Rawa/ Danau/ Waduk	: 11.35 km ²
6. lain-lain	: 0.88 km ²

Dengan wilayah yang terletak didataran rendah dan pegunungan, Kabupaten Nganjuk memiliki kondisi dan struktur tanah yang cukup produktif untuk berbagai jenis tanaman, baik tanaman pangan maupun tanaman perkebunan sehingga sangat menunjang pertumbuhan ekonomi

dibidang pertanian. Kondisi dan struktur tanah yang produktif ini sekaligus ditunjang adanya sungai Widas yang mengalir sepanjang 69,332 km dan mengairi daerah seluas 3.236 Ha, dan sungai Brantas yang mampu mengairi sawah seluas 12.705 Ha.

Jumlah curah hujan per bulan selama 2002 terbesar terjadi pada bulan Januari yaitu 7.416mm dengan rata-rata 436 mm. Sedangkan terkecil terjadi pada bulan November dengan jumlah curah hujan 600 mm dengan rata-rata 50mm. Pada bulan Juni sampai dengan bulan Oktober tidak terjadi hujan sama sekali.

Nganjuk dahulunya bernama Anjuk Ladang yang dalam bahasa Jawa Kuno berarti Tanah Kemenangan. Dibangun pada tahun 859 Caka atau 937 Masehi. Pada masa penjajahan Belanda, kabupaten ini disebut sebagai Kabupaten Berbek dengan Nganjuk sebagai ibu kotanya. Nganjuk memiliki 20 kecamatan dan 284 desa/ kelurahan. Kecamatan-kecamatan tersebut terdiri dari:

Tabel 3. Luas wilayah kecamatan di kabupaten Nganjuk

	Kecamatan	Luas Wilayah/ km²
1)	Bagor	51.15
2)	Baron	36.80
3)	Berbek	48.30
4)	Gondang	95.94
5)	Jatikalen	42.04

6)	Kertosono	22.68
7)	Lengkong	87.17
8)	Loceret	68.69
9)	Nganjuk	22.59
10)	Ngetos	60.21
11)	Ngluyu	86.15
12)	Ngronggot	52.99
13)	Pace	48.46
14)	Patianrowo	35.59
15)	Prambon	41.16
16)	Rejoso	151.66
17)	Sawahan	115.89
18)	Sukomoro	35.39
19)	Tanjunganom	70.84
20)	Wilangan	50.46

Adapun visi Kabupaten Nganjuk adalah: Terwujudnya Kejayaan Masyarakat Kabupaten Nganjuk Yang Maju, Adil, Sejahtera, Tenteram, dan Demokratis Berlandaskan Moral Agama

Pemahaman atas pernyataan visi tersebut mengandung makna terjalannya sinergi yang dinamis antara masyarakat, Pemerintah Kabupaten dan seluruh *stakeholders* dalam merealisasikan pembangunan Kabupaten Nganjuk secara terpadu.

Secara filosofis visi tersebut dapat dijelaskan melalui makna yang terkandung di dalamnya, yaitu:

- 1) Terwujudnya terkandung upaya dan peran Pemerintah Daerah dalam mewujudkan Kabupaten Nganjuk yang maju, adil, sejahtera, tenteram dan demokratis yang berlandaskan moral agama.
- 2) Kejayaan adalah suatu keadaan/kondisi masyarakat yang memiliki nilai lebih sehingga menjadikan besar dan terkenal.
- 3) Masyarakat adalah sejumlah manusia dalam arti seluas-luasnya dan terikat oleh suatu kebudayaan yang mereka anggap sama.
- 4) Kabupaten Nganjuk adalah satu kesatuan masyarakat hukum dengan segala potensi dan sumber dayanya dalam system Pemerintahan di Wilayah Kabupaten Nganjuk.
- 5) Maju adalah suatu kondisi daerah yang adaptif terhadap perkembangan global yang terjadi serta antisipatif terhadap berbagai ekspek baik negatif maupun positif, yang mungkin akan muncul akibat dari perubahan global itu sendiri sehingga daerah dapat menempatkan diri dan memainkan peran secara positif dan sinergis dalam perekonomian global dan regional.
- 6) Adil adalah perwujudan kesamaan hak dan kewajiban dalam segala aspek kehidupan tanpa membedakan latar belakang

suku, agama, ras dan golongan. Oleh karena itu orientasi pembangunan tidak hanya diarahkan pada upaya untuk mengejar pertumbuhan saja namun juga berupaya semaksimal mungkin agar pertumbuhan itu hasilnya sekaligus dapat dinikmati secara adil dan merata oleh semua lapisan masyarakat.

- 7) Sejahtera adalah kondisi kehidupan individu dan masyarakat yang aman, sentosa dan makmur terpenuhi kebutuhan lahir dan batin.
- 8) Tenteram adalah suatu situasi yang menimbulkan rasa aman, damai dan tenang.
- 9) Demokratis adalah Pemerintah Daerah yang mampu menampung aspirasi masyarakat dalam segala aspek kehidupan dengan mengutamakan musyawarah untuk mufakat sehingga tercapai kesepakatan dan keseimbangan dalam tatanan kehidupan berbangsa, bernegara dan bermasyarakat.
- 10) Berlandaskan Moral Agama adalah kondisi kehidupan sosial budaya yang berlandaskan nilai-nilai agama sehingga memperkuat sendi-sendi kehidupan masyarakat dan

mampu menjaga keseimbangan perilaku masyarakat yang berbudaya.

Berdasarkan pada Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, telah menetapkan dasar pelaksanaan pemerintahan di daerah dengan sistem otonomi. Setelah dilaksanakan evaluasi terhadap Peraturan daerah Nomor 22 sampai dengan 28 Tahun 2000 tentang Susunan Organisasi dan tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk maka dihasilkan suatu perubahan terhadap Peraturan Daerah berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2008. Sedangkan untuk susunan organisasi pada sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) tidak mengalami perubahan. Secara administrasi Kabupaten Nganjuk terdiri dari 20 Kecamatan, 284 Desa dan 20 Kelurahan. Kecamatan dengan jumlah desa terbanyak adalah Kecamatan Rejoso dengan 24 desa, dan kecamatan dengan jumlah desa paling sedikit adalah Kecamatan Wilangan dan Kecamatan Ngluyu dengan jumlah desa masing-masing 6 desa. Penyelenggaraan Pemerintahan desa berpedoman pada Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2016 sebanyak 543.950 orang. Jumlah kunjungan masyarakat miskin yang dilayani di puskesmas dan jaringannya tersebut merupakan jumlah kunjungan sakit maupun sehat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Persentase masyarakat miskin yang dilayani dipuskesmas dipengaruhi oleh antara lain jenis pelayanan kesehatan yang tersedia, fasilitas kesehatan yang tersedia, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin mudah, tingkat kesadaran masyarakat.

Program yang mendukung persentase penduduk miskin yang dilayani puskesmas:

- 1) Sosialisasi kepesertaan maskin di tingkat kecamatan.
- 2) Tersedianya sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.
- 3) Tarif pelayanan gratis di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Jaringan pelayanan puskesmas terdiri dari puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan bidan desa sedangkan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium dan fasilitas kesehatan lainnya.

Adapun kondisi sarana kesehatan di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2016 yaitu memiliki 20 unit puskesmas yang terdiri dari 12 puskesmas perawatan dan 8 puskesmas rawat jalan. Memiliki 5 unit rumah sakit yang terdiri dari 2 Rumah Sakit Umum Pemerintah, 2 Rumah Sakit Umum Swasta dan 1 Rumah Sakit TNI/ Polri.

2. Identitas Responden

Rencana awal responden penelitian diambil cukup banyak, tetapi dalam pelaksanaannya banyak responden khususnya dari FKTP Swasta menolak ikut serta, beberapa alasan dikemukakan terkait dengan sistem kelola klinik yang masih baru dan tidak bersedia memberikan informasi yang lebih mendalam.

Wawancara mendalam dilakukan dengan 5 responden yang berasal dari 2 direktur atau kepala FKTP Swasta dan 3 kepala FKTP Pemerintahan. Wawancara dilakukan masing masing satu kali pada setiap responden dengan waktu dan tempat yang berbeda beda.

Tabel 4. Karakteristik Responden

Karakteristik	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Responden 4	Responden 5
Jenis kelamin	Laki laki				
Usia	36 tahun	54 tahun	46 tahun	52 tahun	56 tahun
Pendidikan	S1	AMK	S1	S1	S1
Lama Mengabdikan	4 tahun	12 tahun	14 tahun	24 tahun	27 tahun
Tempat bekerja	Klinik	Klinik	Puskesmas	Puskesmas	Puskesmas

Dari 5 responden di dapatkan semua responden berjenis kelamin laki-laki. Usia responden bervariasi dari yang paling muda berusia 36 tahun sampai yang paling tua berusia 56 tahun. Pendidikan responden ada satu responden yang lulusan AMK, sedangkan yang lainnya lulusan S1 kedokteran. Lama mengabdikan setiap responden bervariasi mulai dari yang paling muda yaitu 4 tahun hingga yang paling lama yaitu 27 tahun. Jumlah tempat bekerja responden ada 2 responden yang memiliki 2 tempat bekerja dan 3 responden yang hanya memiliki 1 tempat bekerja.

3. Hasil Wawancara Responden FKTP Swasta

a. Gambaran pembiayaan di era JKN FKTP Swasta

“Untuk JKN, BPJS khususnya itu sudah gratis dan tidak ada biaya sama sekali. Baik itu yang datang sekali dalam satu bulan ataupun yang datang dalam satu bulan bisa tiga sampai empat kali kedatangannya untuk priksa dan itu tetap kita tidak tarik biaya.

Seluruhnya gratis, Cuma karena kami belum bisa menyediakan untuk laboratorium jadi biasanya pasien pasien yang dengan hmm.. perlu lab itu kita bayarkan lewat lab tersebut. Jadi hmm. Lab itu menarik biaya ke kita tapi pasien kita suruh ke lab tersebut.

Saya kira kalau komplain untuk pembiayaan tidak ada, kemungkinan untuk komplain pelayanan atau apa yah kita ndak tau, karena kepuasan pasien itu terletak pada bagaimana kita memberikan pelayanan” – Responden 1

“Nggak ada. Kalo di Polri tu sebelum BPJS, gratis. Iya.. malah dapet apa-apa kalau diluar BPJS dulu. Ehm.... kalo sekarang generik dulu tidak, dulu produk Polri Lapipol.

Disini.. hanya lab apa namanya itu yang e asam urat, kolestrol sama gula.. gula darah itu dari Polda, artinya itu semua tanggungan dari dinas. Nggak ada, nggak ada bayar. Heeh.

*Penunjangnya yang lain nggak ada belum ada. Rencana kami usulkan emang.
(Tidak ada komplain) Kan nggak ada biaya” – Responden 2*

Tabel 5. Gambaran pembiayaan di FKTP Swasta

Pembiayaan	Responden 1	Responden 2
Biaya pemeriksaan	Gratis	Gratis
Pemeriksaan penunjang	Di klaim ke klinik Diperiksa di luar	Hanya pemeriksaan Asam urat, kolesterol dan gula darah.
Komplain peserta	Tidak ada	Tidak ada

Dari pembiayaan di FKTP swasta kedua responden menyatakan biaya pemeriksaan gratis. Untuk pemeriksaan penunjang, responden pertama bekerjasama dengan laboratorium di luar klinik kemudian pembiayaannya di tanggung klinik, sedangkan responden yang kedua hanya dapat melakukan pemeriksaan penunjang ringan seperti asam urat, kolesterol dan gula darah saja. Kemudian kedua responden menyatakan selama ini tidak ada komplain dari peserta BPJS.

b. Kepesertaan yang dikelola oleh FKTP Swasta

*“Untuk sampai saat ini kurang lebih sekitar seribu tiga ratus. Kalau fluktuasi kenaikannya kita ga terlalu banyak, penurunan juga tidak terlalu banyak. Penurunan dikarenakan biasanya pasien pasien itu tidak membayar apa namanya, tidak membayar di BPJS. Nah preminya. Sehingga kepesertaanya untuk sementara di cancel dulu di PKU, nah penurunannya seperti itu. Tapi mungkin tidak terlalu banyak antara 10 – 20, kenaikannya juga seperti itu antara 10-20 perbulan.
Untuk cara cara mulai per Januari ini kita usahakan memberikan penyuluhan penyuluhan kepada khususnya amal usaha Muhammadiyah tersendiri, baik itu di bidang pendidikan, baik itu di bidang sosial atau hmm apa namaya, di bidang bidang yang*

lain. Jadi amal usaha kita genjot untuk bisa mendaftarkan diri ke klinik kita seperti itu, untuk masyarakat sekitar memang rata rata hmm saat ini itu pasien pasien dari puskesmas, itu kebanyakan datang ke kita. Di karenakan apa, biasanya mereka malas untuk antri akhirnya mereka datang ke klinik kita untuk di periksa, dan biasanya teman teman itu kalau toh tidak gawat darurat kita kembalikan. Kita kembalikan ke puskesmas tersebut kalau jam pelayanannya masih ada, tetapi kalau jam pelayanan puskesmas sudah tutup kita layani. – Responden 1

*“Kalo kapitasi kami sesuai dengan peserta BPJS. Peserta BPJS yang masuk di Polres Nganjuk itu lebih kurang empat ribu. Belum, belum ada (penambahan atau pengurangan), masih tetap empat ribu
Kalo kami tu tidak apa tidak peran apa tidak aktif mencari peserta, kayak mereka datang kemari. Mereka liat pelayanan kami tu.. e apa tidak antri banyak sehingga mereka senang kemari”. –Responden 2*

Tabel 6. Gambaran kepesertaan di FKTP Swasta

Kepesertaan		Responden 1	Responden 2
Jumlah kapitasi		Sekitar 1300 peserta	Sekitar 4000 peserta
Perubahan jumlah kapitasi		Fluktuasi sekitar 10-20 peserta	Belum ada masih tetap
Peran dalam meningkatkan kapitasi		Aktif terutama di Muhammadiyah	Pasif

Dari gambaran kepesertaan di FKTP swasta, responden pertama memiliki sekitar 1300 peserta sedangkan responden kedua memiliki sekitar 4000 peserta. Perubahan jumlah kapitasi pada responden pertama fluktuasi sekitar 10-20 peserta sedangkan responden kedua masih tetap. Dalam perannya meningkatkan jumlah kapitasi responden pertama aktif sosialisasi

terutama di internal Muhammadiyah sedangkan responden kedua bersifat pasif.

c. Pengelolaan keuangan di FKTP Swasta

“Kalau pendapatan otomatis delapan ribu dikalikan seribu tiga ratus, berapa itu. Berapa. Delapan ribu dikalikan seribu empat ratus. Sepuluh juta empat ratus yah. Kurang lebih sekitar sepuluh juta empat ratus, akan tetapkan nanti untuk bulan Januari ini 2018, dari BPJS sendiri mulai mengadakan sistem yang namanya hmm. Penilaian. Jadi kalau nilai kita katakannya dalam rata ratanya tidak cukup bagus otomatis kita hanya mendapatkan berapa persembilan, berapa persembilan puluh persen dari jumlah perkapitasi. Sehingga tidak bisa total.

Ya dari rawat inap, kita kan klinik rawat inap. Untuk perawatan yang perharinya 180 ribu, yah alhamdulillah untuk perawatan perbulan dalam 3 bulan terakhir 10 – 15 pasien yang kita rawat. Jadi kalau fluktuasi hari nya ada yang 3 hari, maksimalkan 3 hari, cuma kadang pasien ingin benar benar sehat biasanya pasien sampai 4 harian.

Saya kira tidak ada (keterlambatan), sampai saat ini sampai detik ini pembayaran dari BPJS normal normal saja, tepat waktu. Tidak ada yang namanya sampai tertunda berapa bulan tidak ada. Karena memang biayanya mungkin masih kecil yah, ga tau lagi kalau biayanya sudah puluhan bahkan ratusan juta yah mungkin kita ga tau lagi, tapi memang karena biaya perbulannya ga begitu besar alhamdulillah kita dapat suplai dari BPJSnya lancar, gada kendala seperti itu.

Oh iyah, sementara ini untuk kapitasi dan klaim dari BPJS ini, kita murni untuk gaji, nggih, gaji semuanya. Baik itu dari gaji ataupun apa namanya jasa medis, nah seperti itu. Full kita kasihkan untuk, apa namanya, karyawan. Untuk obat dan lain lain, kita ambil murni dari pasein pasien umum, karena memang, nuwun sewu untuk pasien pasien BPJS di tempat kita perbulannya itu yang datang kurang lebih antara sekitar 200 sampai 250. Kemudian untuk pasien pasien umum itu total perbulannya bisa sampai 750.

Oh sudah ada itu, sudah ada. Jadi presentase itu sudah ada memang hmm sebenarnya gini. Jadi uang yang di dapatkan dari rawat inap itu 40% kita masukan untuk karyawan, 60% kita kembalikan ke klinik. Akan teteapi dari 60 % itu, 10 % nya kita

kembalikan lagi ke karyawan. Jadi intinya karyawan mendapatkan 50%, seperti itu. Dari 60% itu katakanlah biaya obat kita hanya cukup 40% dari total itu, yah 20 % kita bagikan lagi. Langsung habis total untuk di bagi, baik itu nanti untuk perancaan gaji bulanan ataupun untuk jasa medis, seperti itu. Alhmdulillah tidak ada kendala dalam segi pembayaran karyawan atau komplain karyawan tentang jasa yang di terima atau gaji yang diterima. Alhamdulillah tidak ada, seperti itu.” – Responden 1

“Namun untuk masalah biaya semua di Polda Jatim bukan kami. Kami tidak apa namanya, tidak mengelola dana kapitasi. Ehm... langsung terima. Kalo sesuai standar BPJS, kalo kami kan sesuai standarnya tiga dokter, dokter gigi satu dokter umum dua, perawat bidan terpenuhi, sehingga satu orang sepuluh ribu. Sehingga dapetnya empat puluh juta.

Kalo diklinik itu kan tidak merasakan itu. Kalo diklinik itu taunya hanya terima uang dari polda, terima obat dari polda. Gitu... jadi nggak ada istilah apa oh terlambat, kita nggak mikir itu, yang mikir polda. Yang kita pikirkan itu kalo obat datang terlambat nah baru kita kenapa obat datang terlambat, nah itu...Kita kan ada kerjasama dengan apotek, sehingga kalo terlambat, ya kami apa istilahnya... bon

Kalo disini tu kita tidak memikirkan masalah pendanaan dari kapitasi itu. Kami langsung terima obat, terima jasa dokter, sudah.

Nggak ada, hanya terima apa istilahnya terima bersih. Itu ada di Polda. Ada perkapnya sendiri. Iya khusus, klinik polri ada perkapnya sendiri. Ada aturannya.

Kalo bicara sisa nggak ada, karena setiap bulan kan kami dapat drop. Obat sesuai dengan apa namanya e... apa penjelasan disitu empat puluh juta. Jadi nanti disitu dijelasin... beli obatnya sekian jasa dokter sekian operasionalnya sekian uangnya habis. Iya... Kurang iya..hehehe” - Responden 2

Tabel 7. Gambaran pengelolaan keuangan di FKTP Swasta

Pengelolaan kuangan	Responden 1	Responden 2
Pendapatan kapitasi	Sekitar sepuluh juta empat ratus	Empat puluh juta

Pendapatan selain Rawat inap kapitasi		Tidak ada
Suplai dana dari BPJS	Tidak pernah terlambat	Tidak pernah tahu
Pembagian dana kapitasi	Dana kapitasi untuk gaji pegawai	Di bagi langsung dari Polda
Aturan pembagiannya	Kebijakan klinik	Internal Perkap Polda Jatim
Dana sisa	Tidak ada	Tidak ada

Gambaran pengelolaan keuangan di FKTP Swasta menunjukkan responden pertama mendapat dana kapitasi sekitar sepuluh juta empat ratus, sedangkan responden kedua sekitar empat puluh juta. Kemudian responden pertama mendapatkan dana dari rawat inap selain kapitas tetapi responden pertama tidak. Dana kapitasi oleh responden pertama digunakan untuk gaji karyawan sesuai dengan kebijakan klinik yang telah dibuat sedangkan responden kedua tidak memiliki kewenangan membagi dana kapitasi karena sudah diatur oleh instansi lebih tinggi yang membawahi bidang kesehatan di kepolisian daerah. Dari kedua responden menyatakan tidak memiliki dana sisa dari dana kapitasi maupun non kapitasi yang dididatkannya.

d. Pelayanan kesehatan kepada peserta JKN oleh FKTP Swasta

“Dokter sampai saat ini kurang lebih 6. Hmm, untuk perawat kurang lebih sekitar 5, untuk bidan kurang lebih 4, untuk admin khusus BPJS itu satu. Kemudian untuk apa namanya, petugas apotik satu sementara ini, kemudian petugas gizi satu, yang lainnya CS atau cleaning servis, tukang masak, seperti itu tambah keamanan dan supir.

Waktu 24 jam, 24 jam. Tapi memang untuk pelayanan BPJS kita batasi, pagi jam 7 sampai jam 2, kemudian ada jeda istirahat, kemudian sore jam 4 sampai jam 8. Akan tetapi jam berapa pun datangnya tetap kita layani. Tetap bisa, tidak ada. Baik itu hari

minggu, hari ahad pun kita tetap layani pasien pasien BPJS. Insha allah tidak ada penolakan di tempat kita, seperti itu.

Oh, tetap kita berikan pelatihan, khususnya kalau kita kan ada di jaringan mas yah, jaringan klinik Muhammadiyah se Jawa Timur, jadi setiap ada pelatihan apapun pasti kita berangkatkan. Contoh tanggal 3-4 besok ada pelatihan keperawatan di Malang, itu kita berangkatkan satu orang khususnya dari pimpinan perawat pasti kita berangkatkan. Baik ada seminar seminar yang dekat dengan daerah atau mandiri itu tetap kita berangkatkan. Dengan biaya dari klinik, full semuanya.

Dalam kondisi seperti itu petugas jaga harus melapor kepada pimpinan keperawatan dulu, setelah pimpinan perawatan menelaah, kemudian baru di komunikasikan ke saya sebagai pimpinan klinik. Selah itu kita cari penyebabnya, kenapa bisa terjadi hal hal seperti itu, kalau toh terjadi hal seperti itu tetap kita harus bangun sistem, karena yang bermasalah pasti sistem bukan perseorangan. Kenapa kita tidak menyalahkan perseorangan? Karena kalau sistem itu baik atau di tunjang olah karyawan yang baik. Akan tetapi jika sistem itu berjalan kurang baik, otomatis pelayanan yang ada di bawah juga akan berjalan kurang baik. Dalam artian apa, kalau ada permasalahan pasti akan kita bicarakan dan kita cari solusi yang baik untuk permasalahan tersebut.

Hmm, selama ini kita belum pernah sanksi yah, kecuali memang karyawan karyawan yang nakalnya dalam hal keuangan, dalam artian nuwun sewu misalkan mengambil uang, atau mengambil barang yang ada di PKU nah baru itu kita sanksi. Contoh 2 tahun kemarin kita mengeluarkan dua orang dari petugas apotik dan admin, dikarenakan apa, sewaktu pembelian obat itu ada penambahan sejumlah uang dan ternyata setelah di cek barangnya tidak ada. Nah itu artinya kita putuskan, saya kemudian pimpinan cabang Muhammadiyah, kemudian MPKU cabang Kertosono merapatkan akhirnya kita memutuskan untuk mengeluarkan oknum tersebut dengan tidak hormat, seperti itu.

Untuk saat ini sistem reward yang diberikan pada karyawan yaitu berupa uang dan barang.

Awal pertama kali BPJS, memang kita bekerja keras untuk bisa apa namanya, bisa berjalan dengan BPJS, tapi setelah kita pelajari semuanya kemudian hmm tim itu kita kumpulkan setiap bulan, rapat apa kekurangan, apa kelebihan, apa yang harus diperbaiki, alhamdulillah dari segi klaim ataupun segi apapun, teman teman cukup mandiri dan bisa mengatur hal tersebut,

seperti itu. Tidak ada masalah, karena awal dulu saya wajjikan seluruh karyawan harus bisa, khususnya dibagian pelayanan, jadi minimal mereka harus tau P-care itu seperti apa jadi alhamdulillah sekarang walaupun adminnya masuk pagi, kalau sore ga ada, nah mereka langsung bisa P-care, perawat-perawat bidan itu alhamdulillah bisa untuk melakukan P-care, seperti itu.” – Responden1

(Dokter dan Dokter gigi) Ya, Paramedis ada bidan, ada perawat. Perawatnya empat bidannya dua.

Kalo dari Polri kan memang sudah memang ada jenjang apa istilahnya tiap tahun berangkat pelatihan, mungkin apa gitu dokpol ya. Kemudian untuk penanganan apa namanya DVI itu tiap tahun ada.

Kayaknya nggak ada (sistem reward). Nggak ada. Kita sesuaikan aja e... apa kejadian apa yang ada disini sama kejadian di lapangan kan kami apa istilahnya e.... mantau lapangan kegiatan operasional kepolisian, operasi.... katakan operasi sekarang yang mau ada operasi lilin, operasi cipta kondisi, operasi sikat semua kami yang back up disitu.

E.... disini yang ini kan kita tiap bulan akhir bulan ada evaluasi, jadi kemungkinan kecil anggota melakukan kesalahan. Iya.. kita evaluasi per akhir bulan kemudian kalo ada kesalahan satu kesalahan oh itu kemarin kita begini kita perbaiki langsung. Iya. Kita e.... tiap bulan kumpul, kemudian celah-celah apa yang kita kurang atau apa penanganan apa yang kita ndak bisa. Nah itu kita sambil ada dokter semua jadi kita apa namanya.... Sementara belum (sistem reward).

Awalnya kan kita dilatih dulu, dilatih dulu 2014 itu. Dilatih habis itu e... satu yang pelatihan yang lain kita belajar bersama tentang rujukan tentang laporan penyakit tentang apa namanya e... mengirim data per email atau per apa namanya itu semua ada latihannya sehingga tidak mengalami kesulitan, misalnya ada perubahan dari BPJS oh ini dirubah caranya begini mereka langsung memberikan apa namanya informasi sama oh caranya begini pak gitu, sehingga tidak susah.

Ya ya... Di laporan kami kan dua, satu ke polda jatim satu ke BPJS jadi ada istilahnya dua laporan. Nggak ada, kalo BPJS kan per email aja jadi tidak susah.” – Responden 2

Tabel 8. Gambaran pelayanan kesehatan di FKTP Swasta

Pelayanan kesehatan	Responden 1	Responden 2
Jumlah dokter dan paramedis	Dokter 6, perawat 5, bidan 4, lain lain penunjang klinik	Dokter 2, dokter gigi 1, perawat 4, bidan 2.
Pembinaan dan pengelolaan SDM	Ada, mengikuti pembinaan klinik Muhammadiyah se Jatim	Ada, ada jenjang karier dan pelatihan yang oleh Dokpol.
Evaluasi kinerja pelayanan	Ada sistem reward dan punishment, di buat alur penyelesaian konflik, di bangun sistem pelayanan dan di evalausi oleh pimpinan dan MPKU.	Tidak ada sistem reward dan punishment, di evaluasi tiap bulan berbagai celan kelalaian anggota.
Kesulitan pelaporan ke BPJS	Setelah proses pelatihan dan evaluasi menjadi lebih mudah	Ikut pelatihan dan diberitahu caranya sehingga menjadi mudah

Gambaran pelayanan kesehatan di FKTP swasta menunjukkan bahwa reaponden pertama memiliki 6 dokter umum, 5 perawat dan 4 bidan, sedangkan responden kedua memiliki 2 dokter umum, 1 dokter gigi, 4 perawat dan 2 bidan. Dalam pembinaan dan pengelolaan SDM responden pertama memiliki programnya terutama mendapatkan arahan dari organisasi Muhammadiyah Jawa Timur, senada dengan responden pertama, responden kedua juga memiliki program dengan arahan dari unit Dokpol Polda Jawa Timur. Untuk evaluasi kinerja SDM responden pertama memiliki sistem reward dan punishment sedangkan responden kedua tidak memiliki program

tersebut. Dalam pelaporan kegiatan ke BPJS kedua responden tidak memiliki kesulitan.

e. Manajemen pengelolaan FKTP Swasta

“(Persentase pembagian keuangan) Kebijakan klinik sendiri, jadi kebijakan saya yang kita rapatkan dengan pimpinan cabang dan pimpinan MPKU seperti itu.

Iyah, untuk pengawasannya saja. Untuk pengelolaan tetap insya alloh 100% diamanahkan ke pimpinan klinik, yaitu saya, seperti itu.

Pengawasan internal itu tiap bulan rapat dengan pimpinan cabang dan pimpinan MPKU, Majelis Pembina Kesehatan Umat. Jadi setiap bulan kita melakukan apa namanya, evaluasi baik itu dari segi nuwun sewu saya sendiri ataupun dari segi karyawan secara keseluruhan. Jadi setiap bulan kita lakukan evaluasi, reward dan punishment itu biasanya memang, kita, beliau beliau ini yang akan menentukan, oh ini pantas di kasih reward, oh ini pantas di kasih punishment, tapi selama saya berjalan kalau toh tidak fatal insya alloh tidak sampai terjadi punishment, seperti itu.

Dari MPKU saja, Cuma hmm tahun 2014 kemarin kita pakai audit eksternal dari AUM Pendidikan. Sementara ini kita masih pakai tim keuangan dari AUM pendidikan, tapi insya alloh tahun tahun ke depan kita akan membicarakan dengan pimpinan daerah, kan di pimpinan daerah punya tim audit sendiri mas, nah insya alloh kita akan izinkan untuk melakukan audit, seperti itu. Kalau kita mengambil dari eksternal katakanlah di luar dari AUM, itu biayanya cukup besar, itu akan hmm memberikan efek yang keuangan yang tidak bagus bagi klinik kita, jadi kenapa kita sementara pakai tim dari Muhammadiyah sendiri karena memang nuwun sewu biayanya bisa di petung, seperti itu.”—Responden1

“Oh nggak ada, jadi begini obatnya datang apa telat jadi kita sudah laporan ke polda obat telat nanti kan umumnya seberapa dari sana turun uangnya langsung kita bayar. Bulan ini bayar katakan bayar obat tujuh ratus lima puluh ribu, nanti kita laporan kwitansi sama apa namanya struknya obat ya apa itu daftar obatnya yang dibeli apa apa apa, jadi tidak ada ndak ada kesulitan. Nggak ada, nggak ada uang.

Untuk pengawasan kami, kami ini kan tenaganya dua yang satu personil aktif macam saya yang kedua tenaga kontrak kerja TKK

ya yang kami ini sebagai pengawas yang aktifnya, nah kita sebagai pengawas tapi kerja sama-sama.

Iya, jadi misalnya pagi musimnya bersih semua nggak ada yang heh nggak ada yang oh kamu harus gini nggak ada semua kerja sama. Nggak ada istilahnya oh ini yang diawasi ini yang mengawasi, nggak, cuman yang mengawasi kan otomatis ada tanda tangan di absen oh pengawasnya hari ini siapa, ada.

Kehadiran kemudian ketelitian kerja kemudian masalah obat-obatan misalnya obat-obatan kenapa diawasi kan semua orang tu pasti perlu obat nah kalo ngambil nggak boleh, ngambil dengan kemauan sendiri nggak boleh misalnya saya butuh obat ini karena sakit ini nah lapor dokter nanti ada catatan di apa di resepnya masuk di buku catatan, aman. Jadi ndak ada yang istilahnya ngambil ini ngambil ini, ndak. Semua tercatat pengeluaran. Ada, ada di buku absennya.” –Responden2

Tabel 9. Manajemen pengelolaan FKTP Swasta

Manajemen pengelolaan	Responden 1	Responden 2
Peran pimpinan	Pimpinan mengajukan kebijakan kemudian di evalausi oleh MPKU lalu dijalankan oleh pimpinan klinik.	Hanya pelaksana kebijakan yang ditetapkan oleh Polda.
Pengawasan internal dan eksternal	Pengawasan hanya dari MPKU saja, AUM pendidikan. Kendala pengawasan eksternal karena belum ada biaya	Saling mengawasi antara personil aktif dan TKK, serta Polda Jatim.

Gambaran manajemen pengelolaan di FKTP swasta menunjukkan peran pimpinan sesuai yang di jelaskan oleh responden pertama adalah pemimpin mengajukan kebijakan kemudian dievaluasi oleh MPKU lalu di jalankan oleh pimpinan klinik, sedangkan responden kedua menjelaskan bahwa

kebijakan ditetapkan oleh Polda kemudian dijalankan di institusi klinik polres. Dalam proses pengawasan internal dan eksternal responden pertama menjelaskan hanya dilakukan oleh MPKU dan AUM pendidikan karena terkendala biaya, sedangkan pada klinik polres responden kedua menjelaskan saling mengawasi antara personil aktif dan TKK disertai Polda Jatim.

4. Hasil Wawancara Responden FKTP Pemerintahan

a. Gambaran pembiayaan di era JKN FKTP Pemerintahan

“Kalau di puskesmas gondang ini sejak di berlakukannya BPJS itu maka kita harus mengikuti aturan jadi gratis, walaupun di dalam perjalannya ada monitoring evaluasi karena kita harus melakukan bagaimana kebijakan ini apakah berjalan dilapangan kan gitu. Jadi e.. awal ketika BPJS ini di launching dikeluarkan, fase perubahan ini fase perubahan dari yang semula umum, bayar dan sebagainya itu, menyiapkan tim yang siap dengan cara itu pun butuh waktu.

Kalau dia rawat jalan gratis full, tapi kalau rawat inap perdanya bayar, berapa pasang infus, berapa apanya, bayar. Ada jasa makan, itu bayar. Itu pasein umum yah. IGD paket rawat jalan, jadi gratis. Kecuali kalau IGD di masukan ke dalam rawat inap, maka bayar di rawat inap kalau pasien itu pasien umum. Kalau BPJS semua gratis, nanti BPJS yang akan mengganti kita. Tidak, tidak menarik biaya lagi, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Kalau puskesmas gondang ini untuk pemeriksaan USG kandungan ada, kemudian laboratnya sudah menggunakan fotometer, sudah menggunakan kimia darah, jadi semuanya sudah beralih dari konvensional menjadi moderan sarananya. Gratis semuanya, gratis semuanya betul. Kita prosedur operasional jadi yang menentukan periksa dan perlu priksa itu dokter bukan pasien. Jadi kita kembalikan, kita sosialisasikan. Jadi pasien tidak boleh meminta tetapi dokterlah yang memang meminta ke petugas laborat, gitu.

Kalau komplain tidak ada, hanya ternyata ada selalu di fase evaluasi akhir tahun itu kesenjangan antara tugas BPJS dimana dan kami dimana, itu yang selalu jadi masalah.” –Responden 3

“Untuk... untuk pasien yang rawat jalan dan rawat inap semuanya gratis, tidak ada mbayar. Gratis, kecuali rawat inap. Itu sudah termasuk kapitasi, gratis. Kalo umum kalo hanya perawatan nganu ya nggak masalah, tapi kalo BPJS gratis.

Iyo pasti tetep mbayar, kalo rawat inap tetep harus mbayar juga. Jadi kalo mungkin rawat inap kan ada aturan ada di perda kan ada ya. Jadi yang mbayar sama nggak mbayar kalo hanya pemeriksaan ndak papa tapi kalo ada tindakan tetep mbayar juga. Kualitas kita standar dari yang sudah ada. Jadi dari Fornas, kita tidak bisa lepas dari Fornas, Forkep kita sudah terpatok sama itu. Dan itu sesuai dengan yang sudah ada di Doen, jadi kan sudah standar, yang ngatakan nggak standar kan karena kebutuhan kita kadang-kadang aja. Relatif sama, karena tidak bisa melebihi yang tertulis di Fornas, memungkinkan di luar Fornas tapi khusus kasus jiwa segala macam mungkin, tapi selama ada di Fornas pake Fornas.

Selama itu di lab sederhana, menurut lab pemeriksaan laboratorium semua gratis, kita tercukupi dari sini. Ya darah lengkap kemudian pemeriksaan widal kalo seandainya rawat inap dan juga pemeriksaan daripada gula darah kemudian asam urat dan kolestrol.

Tergantung hasil pemeriksaan, kita kembalikan hasil pemeriksaan selama hasil pemeriksaan tidak mengharuskan atau tidak memerlukan lagi pemeriksaan laborat kita tidak bisa memberikan. Bukan berarti kita menolak permintaan pasien, tapi kita sesuai dengan SOP bahwa pemeriksaan itu hanya dibutuhkan bagi yang benar-benar memang di secara indikasi medis diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium.

Ndak ada selama ini (Komplain). Semua semua karena semua tidak membayar kan. Gratis.” –Responden 4

“Kalau untuk pembiayaan BPJS gratis semuanya, jadi kita e... untuk PPK satu ini semua itu di apa... di anukan oleh BPJS jadi nanti, e.. ada namanya dengan Kapitasi dan ada yang namanya dengan Non Kapitasi. Kalau yang kapitasi ini sesuai dengan jumlah, jumlah peserta, jumlah peserta yang ada dikalikan dari berapa yang di anukan apa sudah dengan ketentuannya kita mendapatkan dana, dana dari kapitasi.

Kalau BPJS engga. Sama sekali engga, kecuali kalau memang dia pasein pasein umum, kalau BPJS semua sudah terfasilitasi, jadi sudah kita siapkan, karena dari kapitasi inikan obat-obatan,

penyediaan anu kan semuanya sudah di bayar. Tenaga juga sudah dibayar dengan jasa pelayanan jadi ga anu.

Pelayanan, pelayanan peserta BPJS yah, kemudian kalau yang non kapitasi, ini khusus misalnya untuk kegiatan kegiatan yang persalinan, kemudian mungkin ada kegiatan IVA Test yah, kemudian mungkin ada pemeriksaan yang hubungannya dengan Prolanis. Ini sistemnya ini klem, mengajukan ke BPJS. Pemeriksaannya ada di ada pemeriksaan di awalnya dari loket, urut urutannya ini yah. Dari loket dibawa ke BP, dari BP atau ke KIA misalnya, kalau ke KIA yang megang adalah bidan, kecuali ada hal hal tertentu yang harus di konsulkan ke dokter. Kalau yang di BP, di pelayanan, itu langsung dilayani dokter. Laborat itu nanti lewatnya tapi. Kemudian kalau misalnya itu kapasitasnya sudah memang kapasitasnya kita sudah sekali atau dua kali biasanya mereka sudah dipriksa oleh dokter ternyata tidak ada ini biasanya di rujuk nanti atas persetujuan dari dokter.

Dokter yang menentukan, dia pasiennya ini perlu ga untuk priksa gula darah atau priksa kolesterol, trigliserid dan sebagainya. Disini punya alat untuk analisa kimia sudah ada, sudah lengkap, jadi kita ga dasarnya dari pasein yang meminta priksa asam urat, itu ga bisa jadi harus berdasarkan dari permintaan, dari dokter.

E.. komplainnya biasanya tersering yah itu, harapannya kan kepinginnya dia, kepinginnya apa yang dipriksa itu. Tapi dasarnya kan kita bukan berdasarkan dari permintaan dari pasien, tapi berdasarkan dari indikasinya apa. Kalau ada indikasinya baru kita priksa, nah ini yang jadi masih sementara ini kadang kadang menjadi problem para. Ini kan kita di puskesmas Nganjuk, puskesmas Nganjuk kan puskesmas perkotaan, dulu rata rata pesertanya adalah peserta ASKES.

Yah, jadi peserta ASKES ini mereka kebanyakan dulu itu larinya kan langsung dengan rumah sakit. Jadi masih kita masih kesulitan sekali, kadang kadang kita sudah ngasih tau obat disini ada, cukup dengan obat yang ada tapi di tetep kepengannya ketemunya dengan dokter spesialis.” –Responden 5

Tabel 10. Gambaran pembiayaan di FKTP Pemerintahan

Pembiayaan	Responden 3	Responden 4	Responden 5
Biaya pemeriksaan	Seluruh pasien rawat jalan gratis. Pasin umum rawat	Pemeriksaan rawat jalan semua untuk tindakan	Pasien BPJS sudah gratis kecuali pasien sesuai

	inap bayar sesuai perda. BPJS gratis	Pasein semua	tertentu bayar dengan nya.	ada sesuai Perda	dengan tindakannya
Pemeriksaan penunjang	Pemeriksaan Darah dan kimia sudah menggunakan fotometer. Serta ada kandungan	USG	Pemeriksaan darah, asam kolesterol, gula darah pemeriksaan standar lainnya	widal, urat, dan pemeriksaan standar lainnya	Pemeriksaan darah sudah dengan fotometer, sudah lengkap sesuai dengan permintaan dokter
Komplain peserta	Belum komplain	ada	Tidak ada		Banyak yang meminta rujukan karena ingin bertemu dokter spesialis

Dari pembiayaan di FKTP pemerintahan ketiga responden menyatakan biaya pemeriksaan BPJS gratis, untuk pasien umum sesuai dengan Perda. Untuk pemeriksaan penunjang, ketiga responden sudah menggunakan alat fotometer yang lengkap, sehingga bisa melakukan pemeriksaan darah hingga kimia. Dalam komplain kepesertaan belum ada, hanya responden kelima menyatakan tingginya angka permintaan untuk rujukan ke dokter spesialis.

b. Kepesertaan yang dikelola oleh FKTP Pemerintahan

“Kalau jumlah kapitasinya itu secara teknis memang bendahara yang memiliki data itu, untuk bulan ini belum menerima data itu. Tetapi kita melihat dari trend KBK itu kita diberitahu secara umum bahwa ada penurunan dari nilai yang semua 6000 menjadi 5.500 kan gitu, jadi penurunan ini karena KBK itu kita ikuti. Kalau trik – trik khusus tidak ada. Kita triknya hanya memberi pelayanan terbaik saja. Jadi pelanggan yang memilih saja, jadi kalau pelanggan tidak suka sama puskesmas kita suruh untuk memilih mana puskesmas yang senang atau Faskes primer yang lain gitu. Jadi kita gada istilahnya membohongi publik yah untuk

ke kita biar fakta menguji mereka sendiri, pelanggan yang menentukan bahwa saya puas. Tidak ada, kami tidak melakukan itu, karena sebenarnya itu berada pada kalau menurut pemikiran saya itu tugas BPJS, e.. masyarakat di edukasi memilih faskes mana, jadi tidak ada kecurigaan, buruk sangka, seolah olah BPJS yang mengatur alur jumlah digeser kesana kesini begitu, tapi seharusnya BPJS lah yang fair menyampaikan ke publik gimana sebenarnya tata kelolanya supaya tidak ada fraud di kami dan fraud di BPJS.” –Responden 3

“Lima puluh... terakhir lima puluh empat ribu sekian, saya ndak ndak hapal ke belakang. Relatif stabil sih, memang ada satu dua naik turun biasanya ndak masalah, tapi relatif stabil. Lima puluh empat.... lima puluh empat ribu sekian, saya ndak hapal belakangnya. Karena setiap periode berganti-ganti.

Sebetulnya kita berusaha memberikan pelayanan sebaik mungkin, harapannya dengan pelayanan yang kita berikan sebaik mungkin itu secara otomatis nanti beberapa atau mungkin ada tambahan daripada masyarakat yang menginginkan untuk e... bernaung dalam puskesmas sebagai faskesnya di Puskesmas Tanjung Anom ini.

Ya kalo promosi kita belum pernah sih, cuman dengan memberikan pelayanan sebaik mungkin saya yakin promosi secara anu akan lebih efektif. Memang promosi dibutuhkan sebetulnya. Tapi mengingat kita sudah juga, sebetulnya lima puluh empat itu sudah melebihi daripada kuota yang dari BPJS, informasinya sekitar empat puluh ribu, bahkan kedepan kan satu dokter sepuluh ribu kita ada tiga dokter berarti kan tiga puluh ribu. Dengan jumlah yang tetep bahkan sedikit bertambah saya yakin tidak ada yang melucuti keluar, justru kita banyak pasien-pasien diluar kecamatan lain kita berusaha untuk memasukan disini, karena kita berusaha memberikan pelayanan yang baik saya yakin banyak juga yang pindah ke sini.

Oh ndak ada. Itu wewenang penuh BPJS, kayaknya seperti itu. Kita tidak pernah dikonfirmasi ada pasien masuk, tau-tau kita setiap bulan, kita ngetik jumlah pasiennya berapa, keluar, satu hari ini berapa, ada, mungkin per hari bisa berubah maksudnya berubah, tapi kita kan taunya setiap satu bulan sekali. Jadi setiap satu bulan sekali kita baru mengetahui jumlah sekitar lima belas ke atas lah, itu baru kita ketahui pengurangan atau kenaikan, tapi setiap bulan kita akan berubah. Tapi selama ini relatif ditempat

kita justru ada peningkatan sebetulnya meskipun ndak banyak.” – Responden 4

Di puskesmas Nganjuk ini pesertanya ada 37 ribu. Heeh, 37 ribu, 37 ribu peserta, naik turunlah kira kira segini lah, kira kiranya. Stabil, stabil kira kira 36 berapa, 37, naik turunnya segini lah, engga begitu hapal, tapi rata rata segini.

E.. saya kira engga, jadi kita tetap saja sesuai dengan ininya jadi tenaga yang ada di kita itu yah. Kalau sementara ini kita omongannya adanya tenaga yang kita pakai yah ini aja kita pakainya, jadi engga, engga, mau naikan juga engga, karena jumlah jumlah yang ada tenaga apa yang peserta ini kan sifatnya kita pasif kan. Iyah kita pasif, dari BPJS yang mengatur ini, nanti kalau misalnya ada yang mau keluar, ikut ke apa, FKTP yang lain yah engga masalah, sementara ini , kita ga melakukan aktivitas seperti itu karena jumlah ini saja sudah cukup, cukup besar yah. Sudah berat dengan tenaga yang ada ini cukup, sudah cukup berat. Sehari itu rata rata kunjungan sudah dua ratus

Iyah sudah dua ratus, jadi gada melakukan promosi atau apapun sementara ini yah mereka sudah tau bahwa di situ kan kartu di tuliskan peserta di puskesmas. Mereka datang ke puskesmas.” – Responden 5

Tabel 11. Gambaran kepesertaan di FKTP pemerintahan

Kepesertaan	Responden 3	Responden 4	Responden 5
Jumlah kapitasi	-	Lima puluh empat ribu sekian	Tiga puluh tujuh ribu peserta
Perubahan jumlah kapitasi	Jumlah yang tahu di bendahara	Relatif stabil hanya satu atau dua, setiap perioded berganti ganti	Hampir sama naik turunnya tidak terlalu banyak, jumlah pasti tidak hapal
Peran dalam meningkatkan kapitasi	Hanya memberikan pelayanan terbaik, seharusnya BPJS yang fair menyampaikan ke	Memberikan pelayanan terbaik saja, krena jumlah kepesertaan sudah berlebih	Berperan pasif, karena jumlah kepesertaan terlalu banyak

public tata kelola sebenarnya	sehingga promosi	tidak
----------------------------------	---------------------	-------

Dari gambaran kepesertaan di FKTP pemerintahan, responden ketiga tidak menyebutkan seberapa besar jumlah peserta, responden keempat memiliki sekitar lima puluh ribu sekian peserta sedangkan responden kelima memiliki sekitar tiga puluh tujuh ribu peserta. Perubahan jumlah kapitasi pada responden ketiga tidak tahu, yang mengetahui bendahara, sedangkan responden keempat dan kelima fluktuasi relatif stabil dan sama. Dalam perannya meningkatkan jumlah kapitasi ketiga responden berperan pasif hanya memberikan pelayanan terbaik saja, dikarenakan jumlah kapitasi sudah berlebih.

c. Pengelolaan keuangan di FKTP Pemerintahan

“Kalau kapitasinya sekitar total itu sekitar, kita total 1,2 M, kemudian kita kena penalti terhadap komitmen berbasis itu, komitmen, kapitasi berbasis komitmen itu kita hanya dapat 95 persen dari total 6000 itu, jadi penerimaannya kita turun karena kita masih berada pada dilevel kontak sehatnya belum memenuhi.

Berdasarkan perda itu kan juga gratis semua layanan, tetapi klaim untuk yang umum. Jadi pasien umum, pasien yang tidak memiliki BPJS mereka itu kita layani kemudian pemda yang mengganti uangnya, itu pendapatan kita 40 persen. Jadi dari 100 itu, 60 kembali ke pemda sebagai operasional, 40 nya di kembalikan ke kita sebagai jasa layanan. Itu pendapatan kita. Iyah, untuk rawat inap maupun rawat jalan.

Kalau saya lihat di lapangan tepat waktu (Pembayaran dari BPJS), hanya memang tadi itu komunikasi harus intens antara BPJS, pemda dan juga kami di lapangan.

Kalau pembagiannya kita buat SK penetapan, jadi dari JKN dari PMK 21 itu ditransfer ke Perbupnya terus ditransfer ke kita nanti kita pun menggunakan metode itu sama tidak berubah.

Cuman memang saya beritahu memang di puskesmas ini ada kearifan lokal. Jadi kearifan lokalnya itu begini yang perlu diketahui oleh pak dokter, jadi di sini tuh ada 15 sukwan, yang sukwan itu tidak memiliki SK bupati nah gitu, kita berempati karena mereka tidak punya nilai poin disitu di JKN sudah ga ada. Kita sudah konsul kementerian dijawab tidak bisa, selama tidak menerima SK dari pembina kepegawaian, akhirnya kita berempati disini itu setelah di distribusikan teman teman itu urunan, nah urunan itu untuk di bagikan. Saya lihat tidak ada larangan, hanya mereka di kembalikan untuk urunan. Dalam rangka memberikan support pada yang sukwan itu supaya mereka bisa merasakan. Ini tidak ada di tata kelola manapun, ini ga ada. Ini kearifan lokal, tetapi uang sudah masuk ke karyawan, lalu kemudian karyawan mengumpulkan lalu dibagikan ke adek adek sukwan itu dengan MoU internal itu, MoU pmda itu tapi sebenarnya payung hukumnya dari BKD belum ada tapi tenaganya di butuhkan.

Sistem itu sudah berjalan 2-3 tahun. Sudah ada aturan main yang di sepakati, bermaterai dan di tanda tangani oleh semua karyawan. Iyah betul, jadi di minlok itu sudah kita sampaikan bagaimana metodenya, teman teman sepakat. Kesepakatan antar karyawan gitu, jadi kami sesuai kesepakatan, tidak ada intimidasi, tidak ada paksaan. Pimpinan juga ikut di ambil, ikut juga di ambil untuk menyumbangkan itu, ada pesentase nya.

Persis sama dengan PMK itu, kita tidak memodifikasi apapun, kecuali kearifan lokal yang tidak ditangkap oleh kementerian. Dilapangan itu seni, gabisa. Beda dengan di atas meja diatas kertas. Di lapangan ada hal hal seperti itu, empati kerja tim, mereka harus di hargai juga. Dulu JKN yang pertama kali mereka dapat poin, dari SMA ijasahnya apa, sukwan ada. Sekarang sudah dikunci, nah kedepan kalau bisa diregulasi lagi PMK itu sehingga orang yang bekerja di institusi walaupun itu MoU, tenaga tenaga MoU disini, mereka juga punya kontribusi, mereka juga melayani JKN, mereka rata rata perawat di rawat inap. Mereka melayani JKN juga

Untuk 40% biaya operasional, kita masih mengacu pada sistem perencanaan, jadi setiap unit memiliki prioritas-prioritas, kemudian prioritas tersebut dibawa ke RUK, perencanaan kita. Kalau sudah jadi DPA eksekusinya kita kembalikan ke unit yang merencanakan itu.

Selalu ada dana sisa, yang Silfa-Silfa gitu. Jadi kita membuat, kita terus belajar bagaimana merencanakan sebuah kebutuhan, tetapi tadi sistem besarnya yang kadang-kadang tidak sesuai dengan

dugaan kita, contohnya sistem PAK yang di drop diakhir sehingga membuat orang harus jungkir balik, apakah bisa ini DPA nya? Ternyata bisa, hanya dikasih 3 minggu, injury time. Kita semua bukan BLUD tidak ada panitia pengadaan disini, otomatisakan bagaimana pun dinkes dengan 20 puskesmas, berapa miliar tuh pengadaan – pengadaan e-catalog dan seterusnya, kan semuanya dinas yang memegang.

Kalau menurut bendahara kemarin, yang tidak dapat diserap itu sekitar belanja sarana, seperti lemari pasien, bed. Sekitar 40-50 juta.

Iyah yang tidak diserap. Terus lagi ada sekitar 19 juta untuk CCTV, kita gunakan untuk pelanggan itu ada rasa aman yah itu juga belum bisa kita eksekusi. Ada sekitar 60-70 juta.

Kalau semua yah kita kembalikan ke kas negara, Silfa itu. Yang nanti diperiode berikutnya di PAK ulang, yang semua gagal di eksekusi akan di belanjakan lagi. Saya kira di kementerian keuangan dan kementerian kesehatan sudah ada, wong kita di pandu oleh dinkes, karena siklus pola keuangan seperti itu. Tidak sia-sia, Silfa itu masih dalam konteks milik puskesmas. Yang akan kita eksekusi ketika ada peraturan dengan PAKnya itu. PAK itu kita eksekusi nanti.” –Responden 3

Kapitasi, sebentar bentar.... sekitar tiga ratus berapa, ndak ndak... yang bulan Oktober sekitar tiga ratus lima puluhan. (subjek sambil membaca data) Iya paling rendah, iya karena kita prolanis kita mungkin kemarin laporan terlambat segala macam karena gak menurunkannya sama angka rit jadi kunjungan sehatnya, kita belum memenuhi target sesuai dengan yang diharapkan oleh BPJS lima belas persen atau seratus lima puluh per mil. Kita baru mencapai sekitar seratusan.

Itu sesuai dengan yang kita kita berikan pelayanan kepada seperti rawat inap kemudian ambulans plus e... persalinan.

Perkiraken ndak hafal saya kalo perkiraan anunya opo.. karena fluktuasi harian ndak ndak sama. Rujukan, seperti persalinan kemarin kita ada lima, enam ndak tentu kadang sembilan sepuluh itu berfluktuasi.

Iya dalam satu bulan satu bulan, itu kan dalam hitungan bulan, rawat inap kan juga gitu.

Oh ya klem, kita memberikan pelayanan dulu trus kemudian kita melaporkan ke BPJS di cross check dengan BPJS termasuk bener ndak kita bener - bener melayani apa tidak. Karena disitu kadang - kadang kita, tapi selama ini kita apa yang kita klem kan ndak

pernah ditolak ya, jadi kan sesuai. Iya (masuk ke Pemda) jasa pelayanan aja, sesuai dengan perda (sisanya) Masuk kas daerah. (Pembayaran dari BPJS) Biasanya pertengahan bulan, Rata-rata pertengahan bulan.

Kalo sesuai dengan perda dan sesuai dengan mana itu bahwa untuk jasa yang kapitasi itu ada enam puluh persen untuk jasa, iya yang non kapitasi kan kita sudah terima empat puluh persen ya langsung empat puluh persen. Tidak ada pembagian lagi. Iya, sesuai dengan permenkes dua satu itu.

Ada, permenkes dua ribu enam belas, sesuai dengan permenkes nomer dua satu tahun dua ribu enam belas, jadi sudah ada aturan segala macam, pointnya sudah jelas termasuk hari masuk kerja sebagai pengali.

Ada item itemnya. Jadi lama kerja kemudian point pendidikan, kemudian itu menjadi satu trus kemudian hari kerja ada berapa persen

Yang operasional kita mengajukan setiap tahun lewat RKA, jadi kita mengajukan dalam bentuk RKA Rencana Kegiatan Anggaran segala macam sudah sesuai dengan e.... perencanaan. Jadi tahun dua ribu delapan belas seperti ini kita sudah merencanakan pada tahun sekarang. Jadi nanti tahun berjalan kita bisa langsung menyalurkan eksekusi eksekusi yang ada dan kebutuhan - kebutuhan, tapi tidak meninggalkan permenkes. Ada aturannya. Tidak bisa digunakan sembarangan karena ada aturan permenkes dimana ini masuk ke DAU ada ini masuk ke BOK jadi kegiatan tidak tumpang tindih, tidak ada pembelian yang dobel, baik JKN dobel dengan BOK atau mungkin dengan DAU jadi ada pembagiannya sendiri-sendiri.

Dinas kesehatan acc nanti pemda tetap pemda semua, baru bisa digunakan sesuai dengan yang sudah masuk dalam RKA.

E.....masing - masing memungkinkan untuk dana sisa, seperti JKN. Ada beberapa kegiatan yang tidak mungkin atau mungkin pembelian yang tidak mungkin kita beli, karena keterbatasan waktu, penyediaan tidak ada, segala macam, akhirnya tidak bisa mengeksekusi, kemudian dari dana yang lain-lain mungkin ada sisa-sisa anggaran, kita kan plafon seperti listrik, listrik kan semua sudah ada itemnya. Kan tidak setiap bulan kita kan mengevaluasi perkiraan satu tahun umpama satu juta, ternyata setiap periode kebutuhannya sampai total tahun hanya sembilan ratus berarti kan sisa seratus ribu. Jadi tetep ada. BOK juga gitu, dana BOK juga gitu. Jadi kita hanya bisa mengusulkan apabila memang betul-

betul dikerjakan, tidak ada SPJ. Ya kalo jasa ndak mungkin ada sisa.

Kalo dana JKN itu kan tidak kemana mana tetep dibuku tabungan Biasanya pada akhir tahun seperti kemarin itu dimasukan dalam RAK..

Trus trus trus seperti itu, ini aja masih ada sisa tiga lebih. Itu tu tidak bisa kita buat sembarangan gitu loh, tetep sesuai dengan, kita ngusulkan pun harus tetep sesuai dengan yang kita kerjakan disini. Dari permenkes ya kan tetep ada. Kan ada penggunaan tetep berpandukan permenkes penggunaan dana kapitasi, kita tidak boleh melenceng dari situ.

Loh sisa kan itu dimasukan ke PAK, jadi PAK tahun ini sudah kita, kalo nggak terserap di PAK karena ndak memungkinkan kita kerjakan ya tetep tetep dibuku tabungan tetep ada.” –Responden 4

“Satu bulannya yah dari 37 ribu ini di kalikan e... kita ini 5000, jadi kemarin itu karena rujukannya yang tinggi kita dikurangi. 5000, harusnya kan 6000 kan, per anunya 6000, (tetapi) rujukannya tinggi yang tadi saya ngomong banyak pegawai negeri yang ASKES itu minta kasi rujukan, jadi yang spesilais, yang non spesialis masih cukup tinggi. Kalau ga salah saya dapetnya di kalikan 5500. Yah, 150 – 160 an

Kalo non kapitasi kecil kok ga banyak. Karena disini kan bukan rawat inap, jadi persalinan hanya paling sebulan rata rata paling berapa, mentok 20 - 30 an, terus prolanis ini pesertanya hampir 60, dapet makan, dapet anu lah, 1 juta kira kira. Dapet makan, untuk makan 60 orang, di tambah sama untuk apa, e.. instruktur dan sebagainya, kira kira satu juta. Yang IVA test ini ga banyak, karena banyak nya ini umum. Jadi hampir satu juta di tambah ini, persalinan itu 600, 600 satu, jadi 12 juta yah.

Yang sementara ini engga (tidak telat dana dari BPJS), sementara ini engga, untuk yang kapitasi ini tanggal berapa yah, 16 apa 18 yah saya ga apal, setiap tanggal ini dia keluar.

Yang kapitasi ga pernah telat. Kalau yang non kapitasi ini kan tergantung dari kita kan setor dulu ke anu, jadi kan kadang kadang 2 bulan 3 bulan

Cairnya, kadang kadang karena e.. apa, mereka juga tergantung dari semuanya juga barengan dan sebagainya, kita di dinas kesehatan di kumpulkan, di dinas kesehatan di kumpulkan, 3 bulan baru baru

100 ini, jadi ada 60: 40. Persentasenya 60 : 40. Yang 40 ini untuk operasional dan yang 60 ini jasa, jasa yah

Iyah. Ada aturannya pake PMK. Ada poinnya, misalnya dokter ada poinnya tambahan 100, kepala puskesmas tambaha berapa, itu ada. Lupa saya PKM berapa yah.

Kalau yang operasional ini nanti biasanya e... ngitungnya sama dengan dinas kesehatan. Dulu ada pengadaan obat, sekarang mungkin engga, tapi sekarang kebutuhan apa gitu, 40 persennya masih, kita kan belum apa, belum BLUD. Masih harus dengan dinas kesehatan.

Biasanya sisa, karena belum tentu bisa terserap semua

Dari operasional, dari operasional ini kan kadang-kadang tidak bisa semuanya terserap. Karena urusannya dengan pengadaan dan sebagainya itu, misalnya kan kalau dulu, obat harus masuk e-catalog, kalau masuk e-catalog ternyata belum tentu obat itu ada. Jadi uang itu kan belum tentu terserap, padahal di perencanaan kan kita sudah masukan. Dulu misalnya obat kalau ga salah ini 60 persen untuk obat lainnya untuk habis pakai dan sebagainya. Kalau ga salah dulu hitungannya gitu. Tapi kalau taun ini obat sudah engga, tapi ini fix juga persentasenya. Kalau dulu 60 : 40. 60 untuk obat. Nah obat ini kan udah di fix, nah dari ini kan sudah berapa, 150 dibagi 60 : 40 yah

Belum, biasanya hanya tercatat aja direkening aja. Kita ga make, belum make, belum ada ketentuannya sih.

Iyah, di dana ini masih ada. Yang habis yang jasa pelayanan otomatis setiap bulan ada terus keluar.

Heeh, nanti kalau misalnya anu diatur biasanya ada PAK, perubahan anggaran. Diakhir bulan ini, tapi perubahan anggaran juga belum tentu bisa terserap karena waktunya kan juga mepet.

Ada, tiap taun pasti ada. Tapi ga apal setiap bulannya berapa Seingat saya belum pernah, jadi untuk menggunakan anggaran yang sudah ada dulu. Dulu itu pernah jamannya bukan yang BPJS yah, yang dulu itu awalnya di kembalikan ke negara, ada kok. Uang itu di kembalikan ke negara. Tapi seingat saya yang BPJS ini belum yah” –Responden 5.

Tabel 12. Gambaran pengelolaan keuangan di FKTP Pemerintahan

Pengelolaan keuangan	Responden 3	Responden 4	Responden 5
Pendapatan kapitasi	1, 2 M, turun menjadi 95%	150 – 160 juta	350 juta, turun sekitar 280 juta karena tidak memenuhi target

Pendapatan selain kapitasi	Rawat inap umum	Persalinan, prolans, IVA test dan lain	Rawat inap, ambulan, persalinan
Suplai dana dari BPJS	Tidak pernah terlambat	Tidak pernah telat	Pertengahan bulan
Pembagian dana kapitasi	Sesuai peraturan pemerintah. Ada kearifan lokal untuk membagi jasa bagi karyawan yang tidak mendapatkan poin sesuai kesepakatan karyawan lain.	60 % untuk jasa dan 40 % untuk operasional. Dana oprasional di hitung bersama Dinkes karena belum BLUD	Ada poin poin yang mengatur pembagiannya seperti lama kerja, pendidikan, absensi, dll. Dana operasional di buat dulu rencana anggaran di tahun sebelumnya
Aturan pembagiannya	PMK no. 21 Hasil musyawarah mufakat	Ada PMK nya	Ada perda dan permenkes 21 yang melandasinya
Dana sisa	Selalu ada dana sisa dari operasional	Ada dana sisa dari operasional belum ada ketentuan aturan penggunaannya.	Ada dana sisa dari dana operasional yang biasanya tidak sesuai perencanaan dan masih ada di rekening puskesmas

Gambaran pengelolaan keuangan di FKTP pemerintahan menunjukkan responden ketiga mendapat dana kapitasi sekitar 1,2 M kemudian turun menjadi 95% nya saja, sedangkan responden keempat sekitar 150 – 160 juta, berbeda dengan responden ke lima yang mendapat dana kapitasi sebesar 350 juta selanjutnya turun hanya 280 jutaan. Kemudian responden ketiga dan

kelima mendapatkan dana dari rawat inap selain kapitas tetapi responden ke empat hanya mendapat dari prolanis, IVA test dan lainnya. Dana kapitasi oleh semua responden digunakan sesuai perda dan permenkes 21, pembagiannya 60% jasa dan 40% dana operasional, pembagiannya sesuai poin poin seperti lama kerja, pendidikan, absensi dan sebagainya, ada kearifan lokal dari responden ketiga yang membagi jasa untuk karyawan sukwan yang tidak memiliki poin dari aturannya padahal merawat pasien BPJS. Dari kedua responden menyatakan memiliki dana sisa dari dana kapitasi.

d. Pelayanan kesehatan kepada peserta JKN oleh FKTP

Pemerintahan

“Kita dokternya 3, ada 3 dokter. Satu dokter di rawat jalan. Dua di poned dan rawat inap. Termasuk saya masuk di rawat inap poned gitu. Jadi ada jadwal jaga. Ada satu (Dokter gigi). Paramedis total di rawat inap ada 8, terus di rawat jalan itu ada sekitar 6, terus paramedis yang dipustu ada 4. Tenaga analis satu dan pembantu analis satu. PNS total 45. Iyah cukup besar, ditambah yang tadi seperti clining servis itu tenaga kontrak, karena kebersihan itu prioritas, karena ini sebuah layanan publik jadi harus bersih. Kita punya clining servis dua.

Yah, kita sudah kita masukan di perencanaan, disini ada manajemen administrasi yang mencoba untuk ATLS, BCLS dan seminar seminar lain kita danai, sudah. Sudah masuk di perencanaan. Untuk tahun 2017 kita masukan workshop, untuk 2018 ini belum, karena belum ada DPA nya belum muncul. Tapi kita sudah memasukan untuk melatih USG staf kita, kemudian terutama perawat itu BLS yah PPGD. Kalau tahun ini baru ada sekitar 8, 8 yang sudah ikut workshop.

Kalau di sini metodenya dengan mengukur Indek Kepuasan Publik. Kepuasan pelanggan, biasanya di lakukan akhir tahun, kemudian berikutnya ada kotak saran yang menjadi media penghubung kita,

terus ada nomor Hp pimpinan yang mudah di akses oleh publik, bagaimana mereka mencermati, mengkritisi dan sebagainya. Begitu metode komunikasi.

Kalau evalausi internal tetap mengacu pada evalausi 3 bulan sekali lakukan monitoring, untuk harian ada kegiatan TU melakukan pemantauan jam kerja. Bagaimana layanan sudah sesuai belum dengan janji ke publik, jika jam 07.30 sudah On, maka semua sudah standby di lokasi. Jika tidak ada yang standby, di cari kemana harus standby, di ingatkan, terus seperti itu untuk metode pembinaan.

Untuk skills individu di sini ada lokakarya, kalau di poned itu mereka ada jadwal drill emergensi, gimana skills teman teman dalam menangani kasus HPP, gyn atau metode persalinan preeklamsia, eklampsia dan sebagainya. Ada simulasi simulasi disana. Untuk yang di unit rawat IGDnya juga ada pelatihan simulasi simulasi bagaimana mentriase pasein, seperti itu untuk yang skills SDM.

Kalau sanksinya terhadap kita lihat SOP, kalau SOP nya tidak di patuhi maka kita panggil yang bersangkutan untuk mengingatkan kembali dan memberikan pembinaan internal untuk memberitahu dampak dampak ketidak patuhan itu, jadi di sini kalau teman teman sudah sesuai dengan SOP maka kelalaian atau tuntutan medis itu tanggung jawab kantor atau institusi. Kalau tidak patuh terhadap SOP maka itu tanggung jawab pribadi saya tidak bisa membantu. Itu metode metode efek jera yang kita berikan, sehingga mereka harus mengikuti SOP. Punishment kita jalankan, jadi kita punya SK bagaimana reward dan punishment di jalankan. Jadi tiap akhir tahun itu ada karyawan berprestasi disini. Nanti mini lokakarya ini kita launching karyawannya siapa sudah kita ukur, termasuk yang wilayah juga apa itu bidan inovatif terus karyawan terajin, sesuai dengan budayanya, ada ada rewardnya. Dan reward itu tidak masuk di sistem, itu adalah jasanya kepala puskesmas yang di hibahkan, jadi tidak mempengaruhi keuangan pemda, keuangan lain, tidak jadi itu uang pribadi kepala puskesmas, dari jasa itu secara resmi di hibahkan untuk menopang sistem itu. Tidak, tidak mengganggu dana operasional dan tidak ada kode rekeningnya. Iyah itu hibah, hibahpun tertulis seperti itu. Kalau secara administrasi teman teman bisa menyesuaikan, pasti bisa menyesuaikan walaupun di tengah tengah pasti ada persoalan, saya kira wajar semua bisa terselesaikan. Tidak ada masalah berat semua bisa terselesaikan. Jadi ini kegiatan rutin diakhir tahun itu adalah melakukan perubahan tim, setiap

perubahan tim ada SK, setiap SK ada lampiran tentang tugas fungsi mereka, jadi mereka bekerja sesuai koridor tugas fungsi, jadi mereka, jadi mereka tidak ada satupun yang tidak tahu tugas saya apa, itu distribusi lewat SK, sehingga SK itu diberikan agar mereka tahu sebenarnya tugas mereka itu letaknya sebenarnya dimana berkerja tugas nya apa dan tugas tambahannya apa. Semua sudah tersistem.

Ada kesulitan, layanan jadi lama. Tapi pemda sudah berupaya terutama dinkes ini untuk bagaimana mengawinkan dua sistem ini menjadi satu agar lebih efisien. Sudah di upayakan, tahun depan kita sudah, dinas sudah MOU dan kita sudah memasukan pada perencanaan biaya, biaya bandwidht atau program yang terintergrasi P-care dan casemix itu, sehingga nanti kedepan lebih efisien, hanya masalahnya kita butuh waktu, karena SDM perlu dilatih, di dampingi sampai bisa berjalan.” –Responden 3

Ada tiga, dokter umum satu dokter gigi. Paramedis lain cukup lengkap, bidan ada sekitar tiga puluhan, trus perawat sekitar ya hampir hampir sama ya dua puluhan. Disini ada ranap, kemudian ada poned juga melayani persalinan dua puluh empat jam sama UGD. Gizi ada lengkap, kesling juga ada, ya sama kita juga melayani konsultasi kenakalan remaja.

Belum ada (anggaran khusus pelatihan), jadi kita berusaha swadaya dulu. Jadi rekan - rekan dengan adanya kompetensi yang meningkat dengan biaya sendiri. Terus terang kita belum sampai mengarah kesana karena pembagian itu juga tidak mudah ya, khawatirnya nanti kan kita harus membagi personilnya. Tapi kalo memang nanti memungkinkan untuk itu kita berusaha untuk peningkatan SDM lewat sekolah-sekolah khusus, juga kita butuh rehabilitasi atau yang memang belum ada mungkin memungkinkan untuk itu ya kita dan memang disetujui kita belum ada gambaran secara riil costnya yang kita belum berani, seperti ACLS, ATLS sementara dari mereka, dari rekan-rekan juga membutuhkan ya sementara dari biaya rekan-rekan sendiri. Kalo semua masuk kesitu khawatirnya nanti e... mempertanggungjawabkannya lebih sulit meskipun di dalam permenkes dimungkinkan untuk itu.

Jadi kita ada tim sebetulnya untuk menilai kinerja masing-masing tim. Jadi.. dan juga e... skill dari masing-masing kita berusaha untuk meningkatkan itu. Kita punya audit interna, jadi interna kita berusaha untuk sesuai dengan SOP yang ada, jadi kita berusaha untuk apakah sudah sesuai dengan SOP atau belum nanti kita harapkan untuk seperti itu. Untuk evaluasi di akhir tahun ini

sebetulnya, harusnya memang tiga bulan tapi sementara ini kita baru akhir tahun ini yang kita rencanakan untuk progressnya. Ada jadi seperti contohnya dulu di persalinan, kita sudah menjalin kerjasama dengan menugaskan untuk training ya, jadi untuk peningkatan keilmuan, jadi kita ada... perawat ada bidan untuk training di rumah sakit, peningkatan keilmuan selama sepuluh hari. Bukan berarti itu sanksi lho ya, tapi kita berusaha untuk e.... istilahnya untuk dalam arti sanksi ndak tapi peningkatan keilmuan. Iya, itu yang jadi masalah sebetulnya ingin kita mengarah kesana... cuman yok belum apakah nanti ... karena aturan permenkes kan tidak ada untuk untuk itu, yang ada kan aturan pembagian jasa kapitasi, tidak ada bagaimana reward atau segala macam, mungkin nanti arahnya ke masalah pendidikan mungkin. Cuman itu kan diatur costnya segala macam, repotnya kita disitu. Jadi belum sampe ke pembagian reward secara resmi, dalam arti tidak ada cost yang bisa kita keluarkan yang untuk reward bagi mereka yang bekerja baik, belum, belum ada, belum ada. Iya nanti timnya yang berjalan mengevaluasi.

Nanti ada tim yang mungkin di UGD, bagaimana cara penanganan ada pasien, mulai dari opo e... menjaga e... mencuci tangan, mulai dari cara mengerjakan segala macam dah benar atau belum, termasuk di lab juga seperti itu, pemeriksaan lab seperti itu.

Ada, jadi kita berusaha untuk yang pertama kita melaksanakan, jadi sekaligus untuk musyawarah masyarakat desa, kita hadirkan mungkin ada keluhan-keluhan atau SMD, kalo MMD waktu musyawarahnya mungkin ada keluhan satu, mungkin yang kedua kita ada kotak saran, kemudian lewat sms, kita juga berusaha memberikan sms, jadi ada keluhan segala macam bisa. Banyak juga waktu itu keluhan-keluhan masalah pelayanan. Sudah banyak yang masuk, dan itu setelah masuk, kita berusaha memberikan jawaban lewat papan pengumuman. Jadi sms yang masuk ini, ada analisa, jadi masuk setelah bulan ini, sms ini ini, tidak semua kita jawab. Perbaikan-perbaikan kita usulkan termasuk sistem antrian segala macam, laborat. Kita berusaha mengadakan laborat kemarin, kita fotometer kita rusak tahun ini, tapi karena kebutuhan, tahun ini kita sudah membelikan fotometer yang baru.

Untuk SDM kita selalu berusaha untuk mengikutkan ya, untuk membimbing, dalam arti memang diawal dulu kesulitan ya, tapi dengan bertambahnya waktu kemudian segala macam semua sudah, sudah mulai lancar, yo memang ada beberapa kendala yang pertama kesulitan kita diawal kemarin sampai tahun ini itukita harus mengisi dua, p-care juga ngisi sistem informasi

puskesmas ini juga harus ngisi. Nah untuk tahun depan kita berusaha untuk bekerjasama dengan lembaga anu di fasilitas dinas, dimana kita bisa ngetik hanya satu kali nanti bisa diblecing, jadi bisa ke p-care bisa tanpa kita harus ngulang kembali, kita mungkin akan lebih mudah dan itu sudah berjalan untuk insya allah nanti kita ini juga sudah pasang untuk tower sendiri tidak melalui e.... apa sistem informasi lewat apa speedy segala macam karna akan banyak troublenya kita berusaha untuk nembus itu dan kita sekali ngetik bisa kita masukan ke p-care kita juga butuh ke sini juga bisa, kalo kemarin kan kita harus ngetik dua kali setiap pasien kita harus ngetik dua kali ya itu yang butuh waktu yang lama untuk terus terang administrasi yang disitu yang kita agak lama karena di p-care ngetik disini sebagai kebutuhan kita sendiri kita juga harus ngetik tapi nanti dengan kedepan ini ada lembaga khusus yang bisa e.... memfasilitasi itu kita bekerjasama an itu difasilitasi oleh dinas kesehatan kita berusaha untuk mempermudah jadi dengan sekali kita mengetik bisa dimasukan p-care diblecing lewat sini juga bisa, jadi lebih mudah. Ya.... sistem tidak ada yang tidak ribet, semua sistem ribet ya, tapi bagi kita ya berusaha untuk menyesuaikan karena itu sudah aturan itu, yang menjadi susah karena e.... ketidaktaatan daripada pasien untuk membawa kartu itu juga menghambat kecepatan pelayanan kita Dengan sistem yang ini kita berusaha dengan cukup ktp saja sebetulnya kita sudah bisa masukan bisa mencari sendiri.” –Responden 4

“Tenaga dokternya itu ada tiga, saya kemudian dokter fungsional yang ada di anu 2, berarti tiga orang terus dokter gigi satu. Para medisnya banyak, saya ga apal paramedisnya berapa. Petugas laborat ada. Farmasi ada. Kalau di hitung dengan PMK 75 tenaga saya kurang, terutama tenaga tenaga administrasi karena tenaga administrasinya banyak yang pensiun tapi kita ga bisa ada tambah tenaga administrasi, yang ada tenaga tenaga paramedis, bidan atau anu, yang masuk kan bidan perawat terus padahal mereka ini bukan yang kita butuhkan. Misalnya loket, tenaga loket sudah tidak lagi tenaganya, supir akhirnya kerja disitu, tukang bersih-bersih sudah selesai bantu bantu disana, belum lagi kita mencari tenaga administrasi yang membantu di BP itu, untuk masukan Pcare itu yang tenaga itu yang ga ada Di operasional ini ada dana untuk peningkatan SDM. Pelatihan, kalau ada itu simposium atau apa gitu. Jadi misalnya di perawat, misalnya ada pelatihan PPGD yah, nah nanti dia kita bayari. Iiyah

belum pernah. Baru mulai tahun kemarin. Saya sediakan anu, nanti ada perawat kegaitan ini, kalau misalkan bidan ikut APN atau apa gitu, tapi nanti sistemnya sharing, ga kita bayar penuh karena jumlah uangnya kan masih terbatas. Jadi misalnya PPGD, ikut pelatihan itu misalnya 2 juta, mungkin kita bantu satu juta. Jadi nanti kita ada 2 juta misalnya untuk 2 orang. Sementara masih sharing.

Kinerja disini apa yah, sistem itungan apa yah, sistem itungan SKP yah iyah. Apa yah normatif. Kita lihatnya sementara dari evaluasi harian saja melihat mereka dari pekerjaan saja.

Absensi ada, tapi kalau kinerja kita kan gabisa, kalau absensi kan yah datang tetapi kinerjanya seberapa kan kita ga bisa, kita ngeliat aja apa, di masing masing bagian jalan kegaitannya apa anu, jadi ngeliatnya dari situ. Belum bisa pake alat apa, belum bisa.

Belum bisa. Yah ada, ada tools nya, tapi toolsnya sifatnya, kalau di hitung perbandingan kan misalnya kalau dokter, dokter itu e.. menurut SKP kan sehari hanya 30 pasien, tapi nyatanya disini pasiennya 200 itu gimana

Tidak bisa di hitung, padahal kan harusnya 1 orang kan maksimal paling banyak itu 30orang sehari. Terus saya harus ngitungnya seperti apa, kan gabisa. Kinerjanya harus kita itung kan ga bisa.

Di sini selalu ada ini, jadi setiap bulanan selalu mereka ada, ada apa, yah ada ini pertemuan, pertemuan di masing masing, UGD ada, terus di Poned juga ada, jadi ada, ada reportnya perbulan. Pertemuan itu membahas ada masalah itu, kalau di BP sementara ini cenderungnya yah apa yah, langsung. Kalo sementara ini kasus anu yang apa kan engga, engga ada sih. Mereka belum ada kasus yang anu, laporan kasus yang masa nya anu, tapi kalau misalkan ada laporan kemarin di BP, kemarin ada pasien di kirim atau apa anu terus kenapa, di evaluasi sama mereka.

Sementara ini belum ada (sistem reward punishment). Belum ada, hampir sama saja.

Yah, sistemnya kan ini di PMK tidak disebutkan ada rewardnya. Yah warnanya yah, mereka dianukan oleh sesama apa yah, sesama staf yang lain. Bisa dilihat kualitas kerjanya tapi engga ada reward khususnya.

Nah biasanya kan ada, kita punya tim, namanya tim sistem informasi puskesmas, jadi tim SIP sitem informasi puskesmas. Jadi tim itu, mereka nanti kalau misalnya ada pelatihan tentang Pcare dan sebagainya mereka dilatih, setelah itu nanti pulang ngajari, ngajari yang lain. Tim SIP dan pelaku langsung.

E... kemarin evaluasi saya belum liat anu nya yah, tp sudah ada kok masing masing ruangan, jadi kita make yang, disini ada kotak saran ada, kotak kepuasan juga ada. Ada di datanya, tapi saya belum, belum evaluasi sampai itu, tapi hasilnya bagus. Tapi berapa persen berapa persennya saya belum anu.

Sejauh ini sih engga (kendala), namun kadang sistemnya tuh sistem BPJS itu kan kadang kadang ganti ganti, merak tidak memberikan informasi.

Softwaranya, kadang kadang berubah, belum tentu kan kita tau dan kadang kadang mengerti, harus sering sering kan. Kalau mau merubah sistem kan harusnya kita kan ada petugas BPJS yang disini, mengerjakan BPJS, harusnya kan dikasih tau diajari secara langsung atau kontak, nah itu yang tidak pernah. Lewatnya kan kepala puskesmas, kepala puskesmas kan kadang kadang pekerjaannya numpuk dan sebagainya paling akhirnya lewat WA ya udah selesai. Belum tentu mereka tau dan sebagainya, harusnya kan ada link BPJS tuh sama petugas BPJSnya puskesmas yang selalu mengupdate, karena kan kadang kadang mereka mengupdate data berubah, ga ngasih tau terus ternyata dimasukan akhirnya ga bisa kalau ada perubaha itu. Yang jadi masalah banget itu kalau sekarang itu adalah Pcare sama anu nya belum nyambung, Pcare sama data Casemix istilahnya sistim manajemen infomasi kesehatan belum jalan, belum digabung, jadi terpaksaanya pekerjaanya harus dua kali, masih masukan ke casemix sebagai datanya dasarnya dinas kesehatan untuk 10 besar penyakit, dan sebgaianya, BPJS masih sendiri.

Harusnya dari pihak BPJS sudah bisa menggandengkan data itu semua, jadi kita sekali kerja yah sudah bisa masuk BPJS atau pasien umum. Mana yang di anu kan harus link dengan apa, dengan kependudukan, kita buka NIK nya orang kan sudah masuk ini sebagai pasien apa, pasien umum atau pasien apa. Langsung saja data itu jadi satu, kalau untuk sementara kan casemix tetap kita ngerjakan casemix untuk kebutuhan kedinasan, BPJS minta Pcare tersendiri, harusnya kan kalau satu data kan terserah itu mau masuk ke BPJS atau casemix itu kan masuknya satu langkah. Sementara ini belum terkoneksi. Itu kadang – kadang yang bikin ribetnya temen-temen” –Responden 5

Tabel 13. Gambaran pelayanan kesehatan di FKTP Pemerintahan

Pelayanan kesehatan	Responden 3	Responden 4	Responden 5
---------------------	-------------	-------------	-------------

Jumlah dokter dan paramedis	Dokter umum 3, dokter gigi 1. Di rawat inap ada 8, rawat jalan ada 6 dan pustu ada 4	Dokter 2, dokter gigi 1, karyawan lainnya jumlahnya lupa	Dokter umum 3 dan 1 dokter gigi, paramedis lengkap, bidan 20 dan perawat 30an. Ada Gizi, kesling dan lainnya
Pembinaan dan pengelolaan SDM	Ada anggaran untuk pelatihan karyawan, terutama pelatihan internal.	Ada anggaran di bagian operasional untuk pelatihan, dana masih sharing dengan karyawan.	Masih swadaya dari karyawan.
Evaluasi kinerja pelayanan	Ada evaluasi agar tindakan selalu sesuai SOP. Ada sistem reward dan punishment. Menggunakan indeks kepuasan public untuk evaluasi kinerja.	Tidak ada sistem penghargaan untuk karyawan karena tidak ada anggaran untuk itu. Sistem evaluasi masih harian dan pertemuan bulanan.	Ada tim yang melakukan evaluasi kinerja, belum ada sistem reward, sanksi belum ada hanya di training lagi.
Kesulitan pelaporan ke BPJS	Setelah proses pelatihan dan evaluasi menjadi lebih mudah	Ada tim Sistem Informasi Puskesmas, kemudian mengajari karyawan lain.	Perlu adaptasi agar bisa menyesuaikan sistem

Gambaran pelayanan kesehatan di FKTP pemerintahan menunjukkan bahwa responden ke tiga dan ke lima memiliki 3 dokter umum, dan satu dokter gigi, sedangkan paramedisnya lengkap sesuai kebutuhan, sedangkan responden ke empat memiliki 2 dokter umum, 1 dokter gigi, paramedis lainnya lengkap. Dalam pembinaan dan pengelolaan SDM responden ke tiga dan ke empat memiliki programnya yang telah dianggarkan, sedangkan

responden ke lima belum dimasukkan dalam anggaran sehingga masih swadaya karyawan saja. Dalam evaluasi kinerja pelayanan responden ke tiga memiliki sistem reward dan punishment untuk memacu karyawan dalam bekerja sedangkan responden ke empat dan ke lima tidak memiliki karena tidak ada anggarannya. Ketiga responden memiliki sistem dalam melakukan evaluasi kinerja pelayanan masing-masing. Dalam pelaporan kegiatan ke BPJS ketiga responden perlu beradaptasi dan mengikuti pelatihan agar memudahkan dalam mengoperasikan sistemnya.

e. Manajemen pengelolaan FKTP Pemerintahan

“Kalau tata kelola keuangan kita punya tim, kita punya tim dan mereka kita SK kan. Dan mereka saya suruh untuk mempelajari semua peraturan perundang undangan, jadi fungsi mereka membuat telaah dan membuat rekomendasi gitu. Jadi sistemnya terbuka, sitem terbuka bisa di audit dan sistemnya bisa dipresentasikan di publik, jadi artinya di publik internal, di publik internal. Tapi kalau publik eksternal karena mereka bukan keluarga kita, tidak, tidak, jadi kalau mereka butuh yah kita berikan asalkan ada surat resmi. Tapi di keluarga internal ini tidak ada satu pun yang tidak tahu keuangan kita semuanya tahu. Mencermati lalu menelaah sesuai paket dan juknisnya, setelah itu merekomendasikan pimpinan untuk di ACC.

Kalau pengawasannya kita menggunakan tadi monitoring dan evaluasi. Sehingga monitoring dan evaluasi itu sebagai alat pantau kita, baku nya lagi tim audit juga yang bertanggung jawab melihat buku kas bendahara, keuangan dan lainnya. Jadi di sini tidak ada, karena berlapis, bendahara tidak bisa menyalahgunakan keuangan, karena disini pengawasannya berlapis. Ada audit, monitoring dan evaluasi internal, semua mencermati, sehingga kemungkinan itu kecil. Tetap ada kalau kita punya inspektorat sebagai pengawas internal kita, dan di

dinkes sendiri kita ada pembinaan – pembinaan rutin setiap bulan. Dari pemda, dari dinas kesehatan ada.” – Responden 3

“Kita diskusikan kita rapatkan secara forum kita rapatkan di minlok, apa kebutuhan masing-masing mungkin masalah alat atau yang lain kebutuhan yang lain kita sudah rapatkan. Jadi rapat itu sebetulnya ada tim perencanaan itu membuat usulan, tapi tidak membuat usulan sendiri tapi berdasarkan rapat rapat usulan daripada seluruh pengguna yang disini, maksudnya seluruh staf ya mungkin hanya UGD diwakili, tetap kebutuhan. Ada tahapan, tadi mulai dari usulan dari bawah tetep kita usulkan jadi apa kegiatan tahunan apa kebutuhan bahan, mungkin reagen segala macam untuk laborat segala macam termasuk peralatan, jadi seperti apa peralatan alat segala macam kita tetep harus harus untuk di... mungkin servis, mungkin standarisasikita tetep melakukan.

Trus... pengawasan trus, kita cek. Seperti contohnya untuk kita pembelian kan ada juga tim penerima barang itu kita cek barangnya, kualitasnya, segala macam kita cek. Oh ada (Pengawasan internal) ada, kalo sistem disini kan memang ada tim PHP kan ada, penerima hasil pekerjaan kan tetep ada, jadi ada tim khusus tiga orang, tim penerima hasil pekerjaan PHP, tetep ada.

Oh ya pasti ada, setiap tahun kita ada pemeriksaan atau pengawasan dari dinas, setiap yang kita ajukan pasti diverifikasi oleh dinas. Kita sering konsultasi sama dinas. Kemudian kita rutin pemeriksaan dari Bawasda aja kita juga ada pemeriksaan, pengawasan dari inspektorat Bawasda lah badan pengawas daerah atau mungkin inspektorat.

Insyallah terkontrol, kita berusaha tetep sesuai dengan itu, tidak ada yang lepas. Kita pun saya ke bawah pun setiap bulan kita harus berapa perencanaannya sudah teranu berapa, penggunaannya bagaimana termasuk itu.” – Responden 4

“Dari arus dana kapitasi sementara ini saya sistemnya hanya memfasilitasi anu yah, memfasilitasi mereka, terutama yang 40 persen ini, 40 persen kan untuk obat obatan nanti saya kerjasamanya dengan bagian farmasi, bagian farmasi kebutuhan obatnya seperti apa, kira kira 60 persennya dari 40 persen itu coba jenengan bikin, kan dia sudah punya perencanaan dalam satu tahun. Terus yang barang, pengadaan barang dan sebagainya, jasa dan sebagainya, barang barang ini, nah itu

tergantung dari bendahara barang, bendahara barang kan mereka sudah tahu, puskesmas kurang ini butuh ini untuk pengadaanya seperti apa, mereka sudah anu nya disini. Jadi saya cenderungnya yah mengkoordinir aja ditingkat ini, kebutuhannya yang 40 persen ini kira kira bisa engga ter anu kan. Ini sistemnya ada tim nya, misalnya jasa pelayanan saya punya tim, nah tim ini nanti tinggal ngitung berapa konsultasi ke saya, sudah deal, berarti jalan, berarti sudah jalan saya tanda tangani, ambil uang langsung bagi. Nah ini nanti kebutuhan dari masing masing itu apa, untuk obat apa, untuk sarana prasarana apa, sudah deal nanti tinggal masukan ke bendahara JKN ini, ada bendahara JKN. Ada bendahara JKN. Bendahara JKN ini yah sementara yah tenaga rangkap bukan tenaga seperti bendahara. Dia sebagai tenaga kesling merangkap bendahara JKN karena orangnya juga ga ada di puskesmas.

Pengawasannya kita pembukuannya, ada laporan dengan pembukuannya, laporan tiap bulanan berapa yang terserap dan sebagainya, itu ada, ada ini. Ini ada pertanggungjawaban sendiri untuk yang apa, untuk jasa pelayanan itu ada pertanggung jawabannya jasa pelayanan. Terus yang ini apa yang di anukan apa saja, perlu pengadaan langsung atau lelang, ini ada dia atur di bendahara. Jadi intinya seperti itu pengawasannya kan dari seperti itu, kan pengambilan berdasarkan dari uang yang ada kemudian berapa yang dipakai untuk ini kan 60 persen kan untuk ini ada kuitansi, terus kalau pengeluaran biasanya untuk pembelian kan mereka sudah ada fakturnya, di faktur membayar segini, jadi kita ngambil tanda tangan, ngambil untuk pengambilan itu. Juga yang tanda tangan di anu, engga saya saja atau bendahara saja tetapi dua duanya.

Kalau kita kan ga anu yah, kita ga anu yah. Ya sudah pekerjaanya kaya gitu yah kita ga harus ada membuktikan ini pasien ditarik atau engga. Kalau misalnya pun, misalnya kita tarik, uang itu kan masuknya ke, kan percuma kita ga dapet apa apa, masuknya kan masuk kas negara juga kas daerah. Di dinas kesehatan kita laporannya tiap bulan, jadi kalau misalnya untuk mengajukan, bisa mengambil uang ini itu kalau kita SPJ sudah, sudah clear semua. Clear yang bulan lalu, sudah clear bulan ini baru kita bisa ambil. Iyah, jadi sistemnya ada verifikasi dulu dari sana kalau sudah anu baru kita bisa ambil, jadi ga langsung uang ada langsung kita ngambil engga, tapi biasanya dinas kesehatan clear dulu laporan laporan untuk bulan itu sudah

selesai baru bisa untuk pengambilan yang selanjutnya.” – Responden 5

Tabel 14. Manajemen pengelolaan FKTP Pemerintah

Manajemen pengelolaan	Responden 3	Responden 4	Responden 5
Peran pimpinan	Mencermati, menelaah sesuai paket dan juknis. Ada tim yang mengatur tata kelola keuangan dan sistemnya terbuka	Memfasilitasi dan mengkoordinir tim dalam menyusun kebutuhan anggaran. Ada bendahara dan buku laporan keuangan sebagai double check anggaran.	Mengevaluasi dan menyetujui tim dalam membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan. Di bicarakan dalam Minlok.
Pengawasan internal dan eksternal	Sistem monitoring dan evaluasi untuk pengawasan internal. Inspektorat, Pemda dan pembinaan rutin dinkes sebagai pengawasan eksternal.	Ada laporan bulanan ke dinas kesehatan	Ada tim penerima hasil pekerjaan untuk di audit. Laporan ke dinas kesehatan dan inspektorat

Gambaran manajemen pengelolaan di FKTP pemerintahan menunjukkan peran pimpinan sesuai yang di jelaskan oleh responden ke tiga

adalah mencermati, menelaah sesuai paket dan juknis, kemudian ada tim yang mengatur tata kelola keuangan yang sifatnya terbuka. Responden ke empat menjelaskan peran pimpinan adalah memfasilitasi dan mengkoordinir tim dalam menyusun kebutuhan anggaran, ada bendahara dan buku keuangan sebagai *double check* anggaran. Responden ke lima menjelaskan peran pimpinan mengevaluasi dan menyetujui tim dalam membuat perencanaan sesuai kebutuhan dalam minilokakarya. Dalam pengawasan internal responden ke tiga dan ke lima memiliki tim dan sistem evaluasi dalam monitoring hasil pekerjaan atau kinerja. Pengawasan eksternal ketiga responden menyebutkan adanya laporan berkala ke dinas kesehatan, kemudian ada pengawasan dari inspektoran dan pemda.

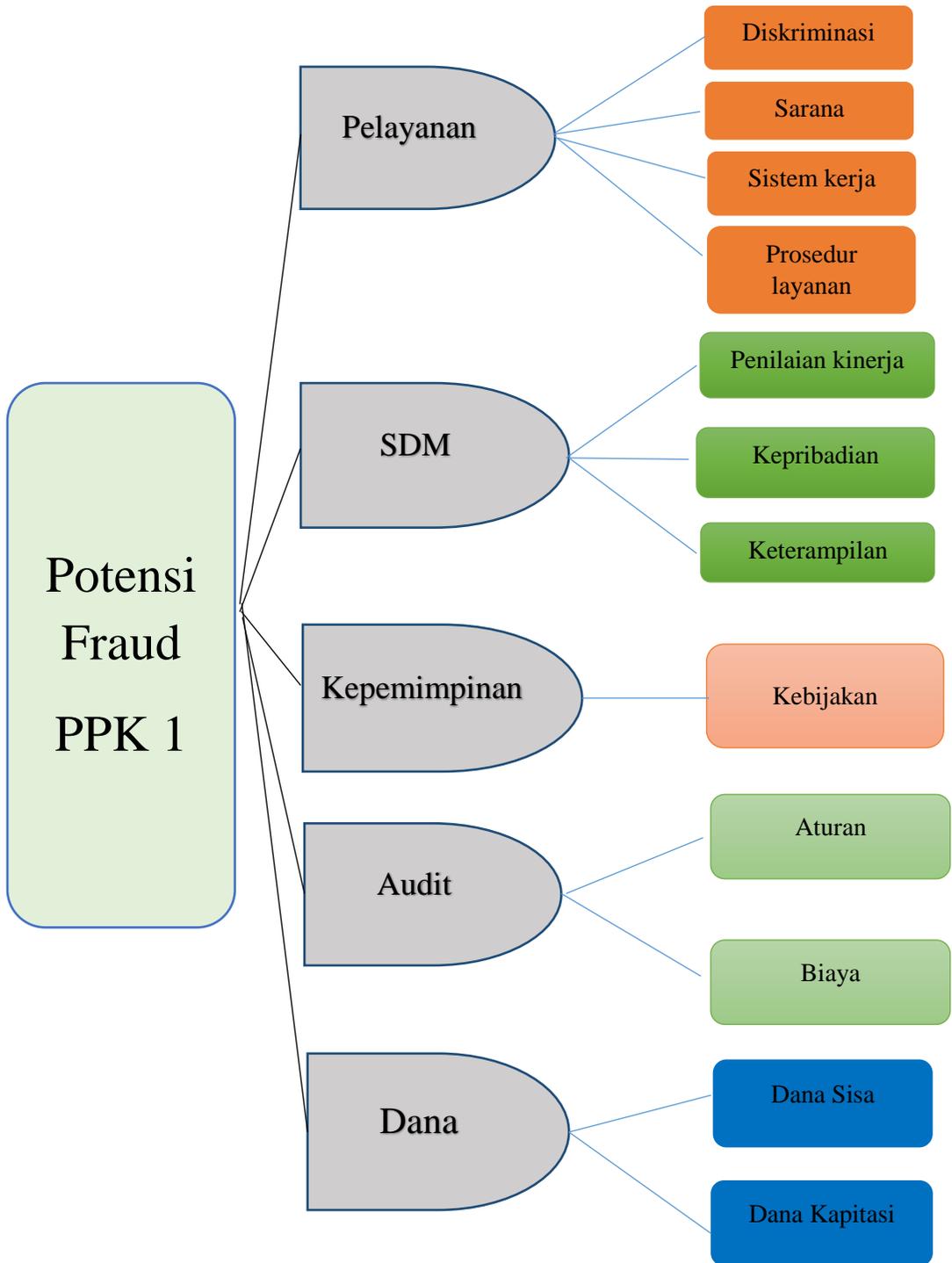
5. Hasil Analisa Data Wawancara

Tabel 15. Hasil Analisa Data Wawancara

No.	Kategori	Intrepretasi
1.	Pengelolaan sumber daya manusia	- Penilaian kinerja - Kepribadian - Keterampiln
2.	Prosedur layanan kesehatan	- Diskriminasi - Sarana - Sistem kerja - Prosedur layanan
3.	Kepemimpinan	- Kebijakan
4.	Audit	- Aturan - Biaya
5.	Dana	- Dana kapitasi - Dana sisa

Dari data tersebut menunjukkan rangkuman hasil wawancara dengan kepala/direktur/pimpinan FKTP di kabupaten Nganjuk baik itu pemerintah dan swasta. Pengelolaan sumber daya manusia (SDM) berpotensi terjadi fraud pada penilaian kinerja, kepribadian SDM dan keterampilan SDM di lapangan. Prosedur pelayanan kesehatan dapat berpotensi terjadi fraud dengan adanya diskriminasi, sarana dan prasarana, sistem kerja serta prosedur layanan kesehatan. Kepemimpinan berpotensi menjadi fraud pada kebijakan kebijakan yang di buat. Sistem audit berpotensi menimbulkan fraud pada bagian aturan dan biaya untuk menyenggarakan audit. Dana berpotensi menimbulkan fraud dengan adanya dana sisa kapitasi dan dana kapitasi.

B. Skema



Gambar 2.4 Skema Hasil Penelitian

C. Pembahasan

1. Pengelolaan Pelayanan Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai diberlakukan di seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia pada tanggal 1 Januari 2014. Uji coba BPJS sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 2012 dengan rencana aksi dilakukan pengembangan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dan perbaikan pada sistem rujukan dan infrastruktur. Fasilitas pelayanan kesehatan untuk peserta BPJS ada 2 yaitu Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu puskesmas atau klinik dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yaitu Rumah Sakit.

Dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang di lakukan oleh PPK 1 terdapat beberapa peluang timbulnya fraud yang dapat merugikan peserta BPJS dan membatasi layanan maupun akses kesehatan, kondisi tersebut diantaranya diskriminasi layanan kesehatan bagi peserta dan bukan peserta, keterbatasan sarana layanan dasar yang seharusnya di dapatkan oleh peserta, sistem kerja yang kurang terkelola dengan baik sehingga merugikan pasien atau peserta BPJS dan prosedur layanan yang membuat peserta kesulitan atau terhambat dalam mendapat layanan kesehatan.

Pada dasarnya menurut Fulthoni, *et.al* (2009) diskriminasi adalah perlakuan yang tidak adil dan tidak seimbang yang dilakukan untuk membedakan terhadap perorangan atau kelompok, berdasarkan sesuatu, biasanya dikategorikan atau atribut-atribut khas. Secara teoritis, menurut Doob dalam Liliweri (2005:18) diskriminasi dapat dilakukan melalui kebijakan untuk mengurangi, memusnahkan, menaklukkan, memindahkan, melindungi secara legal, menciptakan pluralism budaya dan mengasimilasi kelompok lain. Dalam hal ini membedakan pelayanan terhadap pasien BPJS maupun terhadap pasien umum termasuk salah satu contoh diskriminasi.

Pada wawancara yang dilakukan oleh peneliti di PKU Muhammadiyah Kertosono dengan Mochamad Burhanudi selaku Dokter/Kepala PKU Muhammadiyah Kertosono yang menggambarkan adanya diskriminasi yang berpeluang menghasilkan fraud:

“Waktu 24 jam, 24 jam. Tapi memang untuk pelayanan BPJS kita batasi, pagi jam 7 sampai jam 2”

Dalam kondisi tersebut adanya peluang diskriminasi yang dilakukan oleh FKTP yang membedakan waktu pelayanan untuk peserta JKN.

Sarana dan prasarana yang kurang lengkap memicu terjadinya fraud, sehingga contohnya cukup banyak peserta JKN yang di kirim ke laboratorium swasta untuk pemeriksaan penunjang.

Menurut Permenkes No. 75 tahun 2014, fasilitas puskesmas harus standar dalam memberikan layanan kesehatan minimal fasilitas yang harus disediakan adalah ruang pemeriksaan umum, ruang tindakan, ruang KIA, KB dan imunisasi, ruang kesehatan gigi dan mulut, ruang ASI, ruang promosi kesehatan, ruang farmasi, ruang persalinan, laboratorium dan sebagainya. Sedangkan untuk sarana yang harus dilengkapi klinik adalah ruang tunggu / pendaftaran, ruang konsultasi, ruang administrasi, ruang obat / bahan habis pakai, ruang tindakan, ruang ASI, kamar mandi dan sebagainya. (Permenkes No.9, 2014)

Menurut Mayangsari & Wandanarum (2013) dalam Soleman (2013) pengendalian internal adalah penggunaan semua sumber daya organisasi atau perusahaan untuk meningkatkan, mengarahkan, mengendalikan dan mengawasi berbagai aktivitas dengan tujuan untuk memastikan bahwa tujuan organisasi atau perusahaan tercapai. Untuk itu, sistem kerja yang baik perlu di ciptakan demi tercapainya tujuan klinik atau puskesmas tersebut, maka prosedur dan kebijakan harus dilakukan oleh perusahaan dengan cara setiap aktivitas yang dilakukan dalam perusahaan harus melalui sebuah sistem yang didesain untuk dapat mengarahkan, dan mengendalikan dan mengawasi rangkaian aktivitas sehingga tujuan perusahaan dapat dicapai secara efisien dan efektif, sehingga di harapkan dapat

mempermudah masyarakat atau peserta BPJS mendapatkan layanan kesehatan.

Pengendalian internal menciptakan dasar deskripsi pekerjaan yang harus dilakukan oleh individu sesuai dengan fungsinya karena diharapkan dapat menjamin perlindungan dana organisasi, memastikan bahwa ada pengelolaan aset yang efektif dan efisien, serta laporan keuangan yang telah akurat.

Oleh karena itu untuk mencapai tujuan dan sasaran puskesmas atau klinik atau organisasi apapun harus mampu merancang sistem pengendalian internal yang baik, sehingga dapat meningkatkan aspek pengendalian atas reabilitas pelaporan keuangan guna memenuhi tanggung jawab suatu laporan keuangan, serta efisiensi dan efektifitas operasional dalam pemakaian sumber daya yang dimiliki oleh puskesmas, klinik atau organisasi untuk menghasilkan informasi keuangan dan non keuangan dalam rangka pengambilan keputusan, dan ketaatan pada hukum dan peraturan.

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*). Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia

terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

Publik kesehatan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan yang semakin kompleks. Selain harus beradaptasi dengan berbagai regulasi yang terkait dengan pembangunan kesehatan, pada saat yang sama juga harus menyesuaikan dengan beberapa perubahan strategis di bidang kesehatan dan menyelesaikan permasalahan kesehatan di era desentralisasi. Salah satu perubahan lingkungan strategis nasional yang turut mempengaruhi arah dan kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Adapun tujuan dasar dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan perlindungan keuangan (financial protection) kepada peserta agar mereka tidak mengalami kesulitan biaya ketika sakit.
- 2) Meningkatkan akses peserta ke pelayanan kesehatan
- 3) Membantu meningkatkan status kesehatan penduduk.

Sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 1960 Tentang Pokok-Pokok Kesehatan yang menyebutkan

bahwa kesehatan rakyat adalah salah satu modal pokok dalam rangka pertumbuhan dan kehidupan bangsa dan mempunyai peranan penting dalam penyelesaian revolusi nasional dan penyusunan masyarakat sosialis Indonesia. Sehingga pemerintah harus mengusahakan bidang kesehatan dengan sebaik-baiknya, yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai dan dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat umum.

Kualitas kesehatan masyarakat sangat didukung oleh peran serta pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan yang baik dan terjangkau untuk seluruh kalangan. Penyediaan pelayanan pemerintah yang berkualitas akan memacu potensi publik ekonomi warga masyarakat yang merupakan bagian dari demokrasi.

Berdasarkan penemuan dilapangan yang ada menunjukkan bahwa adanya ketidakpastian pelayanan dimana transparansi pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tergolong rendah karena informasi mengenai keberadaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), waktu pelayanan, lama penyelesaian pelayanan, persyaratan teknis dan administrasi tidak diinformasikan secara jelas kepada masyarakat banyak sehingga pengunjung atau pasien baru tidak mengetahui informasi yang ada

pada pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tersebut sehingga tidak mendapatkan pelayanan yang tepat sejak awal.

Seperti hasil wawancara yang dilakukan peneliti di Klinik Polres dengan Sholeh hamid selaku PAORKES/ AMK di Klinik Polres Nganjuk:

“Oh ndak. Tidak ada promosi keluar tidak ada himbauan harus masuk, tidak. Mereka dari mulut ke mulut pelayanan di klinik itu bagaimana di klinik polres, cuman yang jadi masalah kalo sore mereka takut masuk sini kan polisi satu pintu”.

Sejalan dengan wawancara yang dilakukan di Puskesmas Tanjunganom dengan Arief Subyanto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Tanjunganom yang menjelaskan bahwa:

“ Memang promosi dibutuhkan sebetulnya. Tapi mengingat kita sudah juga, sebetulnya lima puluh empat itu sudah melebihi daripada kuota yang dari BPJS, informasinya sekitar empat puluh ribu, bahkan kedepan kan satu dokter sepuluh ribu kita ada tiga dokter berarti kan tiga puluh ribu”.

Terlihat dari hasil wawancara yang telah dilakukan dengan beberapa responden menegaskan bahwa rata-rata tidak melakukan sosialisasi karena kuota sudah cukup bahkan telah melebihi kuota dari BPJS. Tetapi dengan kuota yang selalu meningkat dana kapitasi juga meningkat, terkadang pasien tidak mendapat penanganan dengan baik terutama di FKTP pemerintah. Dalam mengevaluasi kinerja SDM di FKTP pemerintah cukup sulit karena pasien yang datang melebihi standar pelayanan dokter dalam sehari nya. Seperti yang di

sampaikan dalam wawancara dengan Ilham Pramudani selaku Dokter/Kepala puskesmas Nganjuk yang menjelaskan :

” Belum bisa. Yah ada, ada tools nya, tapi toolsnya sifatnya, kalau di hitung perbandingan kan misalnya kalau dokter, dokter itu e.. menurut SKP kan sehari hanya 30 pasien, tapi nyatanya disini pasiennya 200 itu gimana.”

Dukungan pemerintah sangat diperlukan untuk mewujudkan transparansi pelayanan publik. FKTP swasta perlu di berdayakan dalam membagi angka kapitasi, sehingga masyarakat terfasilitasi dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari adanya peraturan-peraturan yang dibuat oleh pemerintah untuk mendorong peningkatan pelayanan publik. Penyelenggaraan pelayanan publik secara umum didasarkan pada filosofi dari Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah. Khusus untuk kebijakan transparansi dalam penyelenggaraan pelayanan publik dijabarkan dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor. KEP/26/M.PAN/2/2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik adalah undang-undang yang mengatur tentang prinsip-prinsip pemerintahan yang baik yang merupakan efektivitas fungsi-fungsi pemerintahan itu sendiri. Pelayanan publik yang dilakukan oleh

pemerintahan atau koorporasi yang efektif dapat memperkuat demokrasi dan hak asasi manusia, mempromosikan kemakmuran ekonomi, kohesi publik, mengurangi kemiskinan, meningkatkan perlindungan lingkungan, bijak dalam pemanfaatan sumberdaya alam, memperdalam kepercayaan kepada pemerintah dan administrasi publik (Nurhannis, 2017).

Pada wawancara yang telah dilakukan di Puskesmas Gondang dengan Suryanto Cipto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Gondang yang menjelaskan bahwa:

“Kalau trik – trik khusus tidak ada. Kita triknya hanya memberi pelayanan terbaik saja.”

Selain itu pada Puskesmas Gondang memiliki cara sendiri untuk melakukan evaluasi public:

“Kalau di sini metodenya dengan mengukur Indeks Kepuasan Publik. Kepuasan pelanggan, biasanya di lakukan akhir tahun”.

Hal tersebut menunjukkan bahwa kepuasan konsumen tetap dipertimbangkan dengan terukur, sehingga memberikan dampak positif pada pelayanan kesehatan.

Pada wawancara yang dilakukan oleh peneliti di PKU Muhammadiyah Kertosono dengan Mochamad Burhanudi selaku Dokter/Kepala PKU Muhammadiyah Kertosono yang menggambarkan adanya pencurangan dari petugas kesehatan:

“2 tahun kemarin kita mengeluarkan dua orang dari petugas apotik dan admin, dikarenakan apa, sewaktu pembelian obat itu ada penambahan sejumlah uang dan ternyata setelah di cek barangnya tidak ada”.

Hal diatas dapat disebut dengan kecurangan (Fraud). Kasus fraud semakin marak terjadi di Indonesia akhir-akhir ini. Fraud adalah suatu istilah umum yang di dalamnya termasuk semua sarana, kegiatan, dan kecerdikan yang dilakukan oleh seorang individu untuk mendapat keuntungan dari pihak lain, tetapi dengan representasi yang salah (Albrecht dkk., 2011: 31 dalam Wicaksono, 2015). Pada dasarnya, tidak ada definisi atau aturan pasti mengenai dalil umum dalam mendefinisikan fraud, karena fraud meliputi tindakan yang mengejutkan, tak terduga, menipu, licik, dan cara-cara yang tidak adil lainnya, dimana pihak lain tercurangi. Siapa pun dapat melakukan dan terlibat dalam fraud, karena pelaku fraud biasanya tidak dapat dibedakan dari orang lain atas dasar demografi atau karakteristik psikologis.

Menurut Tuanakotta (2007: 162) pencegahan fraud dapat dilakukan dengan mengaktifkan pengendalian internal. Pengendalian internal yang aktif biasanya merupakan bentuk pengendalian internal yang paling banyak diterapkan. Ia seperti pagar yang menghalangi pencuri masuk ke halaman rumah orang. Seperti pagar,

bagaimanapun kokohnya tetap dapat ditembus oleh pelaku fraud yang cerdik dan mempunyai nyali untuk melakukannya.

Banyak organisasi tidak memiliki upaya untuk menghadapi fraud dengan pendekatan proaktif. Ketika fraud terjadi dalam suatu organisasi harus menghadapi suatu dilema. Apabila terjadi dugaan fraud, umumnya banyak organisasi menyelesaikannya secara internal tanpa mau dipublikasikan. Selanjutnya kasus ditutup dan masalahnya dianggap selesai.

Seperti hasil wawancara yang peneliti lakukan di Puskesmas Gondang kepada Suryanto Cipto Atmoso selaku Dokter/Kepala Puskesmas Gondang seperti berikut:

“Kalau sanksinya terhadap, kita lihat SOP. Kalau tidak patuh terhadap SOP maka itu tanggung jawab pribadi saya tidak bisa membantu. Itu metode metode efek jera yang kita berikan”.

Berbagai kecurangan atau kasus korupsi yang terjadi umumnya dilakukan karena adanya peluang atau kesempatan. Peluang ini dimanfaatkan oleh palaku korupsi karena lemahnya sistem pengendalian internal dan juga kurangnya loyalitas terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh individu.

Ditinjau dari korbannya, fraud dapat dibedakan antara fraud yang mengakibatkan kerugian dalam entitas organisasi dan yang mengakibatkan kerugian pihak lain (Karyono, 2002):

- 1) Fraud yang mengakibatkan kerugian dalam organisasi dapat dilakukan oleh orang dalam atau luar organisasi misalnya sebagai berikut:
 - a) Kecurangan yang dilakukan oleh rekanan atau pemasok dengan cara mengirim barang kurang dari yang seharusnya, atau merendahkan kualitas barang yang dikirim, atau melakukan penagihan ganda.
 - b) Manipulasi dengan menciptakan piutang fiktif atau meninggikan jumlahnya yang kemudian diperoleh keuntungan pada pembayaran piutang tersebut.
 - c) Manipulasi dengan meninggikan biaya.
- 2) Fraud yang mengakibatkan kerugian pihak lain, misalnya berikut ini:
 - a) Meninggikan nilai asset atau laba perusahaan pada laporan keuangan sehingga merugikan pemegang saham atau kreditor.
 - b) Meninggikan (*mark up*) nilai kontrak sehingga merugikan pemberian kerja.
 - c) Memperkecil pendapatan atau meninggikan biaya agar laba perusahaan lebih kecil dari yang seharusnya

sehingga merugikan negara berupa berkurangnya penerimaan pajak.

- d) Melaporkan penjualan ekspor yang sebenarnya tidak dilakukan (ekspor fiktif) agar PPN masukan lebih kecil dibandingkan PPN keluarannya sehingga dapat merestitusi pajak yang merugikan negara.

Dengan demikian, guna mencapai tujuan dan sasaran organisasi apapun harus mampu merancang sistem pengendalian internal yang baik, sehingga dapat meningkatkan aspek pengendalian atas reabilitas pelaporan keuangan guna memenuhi tanggung jawab suatu laporan keuangan.

2. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)

Dalam pengelolaan sumber daya manusia yang menjalankan peran dalam melayani pasien dan menjalankan program kerja di PPK 1 di dapatkan beberapa potensi terjadinya fraud dalam penyelenggaraan program BPJS diantaranya terkait dengan tingkat keterampilan SDM dalam menangani pasien atau kasus-kasus yang terjadi di PPK 1, kepribadian SDM dalam berinteraksi dengan pasien serta penilaian kinerja yang harus dilakukan berkala agar selalu mendapatkan layanan terbaik untuk pasien atau peserta BPJS.

Dalam era globalisasi saat ini, dimana ditandai dengan adanya perubahan yang begitu cepat, suatu organisasi dituntut untuk mengadakan penyesuaian-penyesuaian dalam semua segi yang ada pada organisasi tersebut. Dengan terbatasnya sumber daya manusia yang ada, organisasi diharapkan dapat mengoptimalkannya sehingga tercapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Dalam mendukung hal tersebut organisasi memberikan fasilitas pelatihan guna mencapai keberhasilan visi dan misi. Elfrianto (2016) menyatakan bahwa pelatihan sumber daya manusia merupakan kemestian bagi setiap organisasi maupun lembaga, karena penempatan sumber daya manusia secara langsung tanpa pembekalan atau pelatihan dalam menjalankan tugasnya berpeluang tidak akan berhasil. Sumber daya manusia yang baru sering merasa tidak pasti tentang peranan dan tanggung jawabnya dalam lembaga tempat dia bekerja. Oleh karena itu, pegawai atau karyawan semestinya diadakan pembekalan berupa pelatihan yang sesuai dengan kompetensi dan keahliannya sehingga dapat meningkatkan kemampuan dan tanggung jawabnya dalam melaksanakan tugas dan kewajiban di puskesmas atau klinik.

Sejalan dengan wawancara yang pernah dilakukan peneliti di PKU Muhammadiyah Kertosono dengan responden Mochamad Burhanudin selaku Dokter/ Kepala PKU Muhammadiyah Kertosono:

“Oh, tetap kita berikan pelatihan, Contoh tanggal 3-4 besok ada pelatihan keperawatan di Malang“

Berbeda dengan yang dilaksanakan pada petugas PKU Muhammadiyah Kertosono yang selalu mendapatkan pelatihan, di Puskesmas Tanjunganom yang di pimpin oleh Arief Subyanto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Tanjunganom yang menegaskan bahwa:

“Belum ada, jadi kita berusaha swadaya dulu. Jadi rekan - rekan dengan adanya kompetensi yang meningkat dengan biaya sendiri”.

Undang Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Sumber Daya Manusia Kesehatan, bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut (Putri, 2017):

- 1) Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan

dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

- 2) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian.
- 3) Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

Sumber daya manusia tidak terlepas dari kegiatan atau proses strategi lainnya seperti strategi perencanaan, pengembangan manajemen dan pengembangan organisasi. Berikut terdapat hasil wawancara pada Arief Subyanto selaku Dokter/kepala puskesmas Tanjunganom yang menggambarkan masih perlu adanya peningkatan pada petugas kesehatan:

“kita sudah menjalin kerjasama dengan menugaskan untuk training ya, jadi untuk peningkatan keilmuan”.

Oleh karena itu, evaluasi kinerja sumber daya manusia perlu dilakukan berkala kepada setiap petugas kesehatan agar pelayanan kesehatan sesuai dengan standar prosedur yang berlaku.

Sumber daya manusia adalah faktor penentu daya saing yang sudah tidak dapat dipungkiri lagi, salah satunya pada pelayanan kesehatan. Menurut (Freshka, 2015) menegaskan bahwa sumber daya manusia merupakan potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptis dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Sumber Daya Manusia yang kompeten dan berkualitas sangat dibutuhkan dalam upaya mendukung produktivitas dan aktivitas agar tujuan negara atau organisasi dapat tercapai.

Mangkunegara (2011) menyimpulkan perencanaan sumber daya manusia sebagai suatu proses menentukan kebutuhan akan tenaga kerja berdasarkan peramalan, pengembangan, pengimplementasian dan pengontrolan kebutuhan tersebut yang berintegrasi dengan rencana organisasi agar tercipta jumlah pegawai, penempatan pegawai secara tepat dan bermanfaat secara ekonomis.

Keterampilan sumber daya manusia menjadi peran penting dalam pengelolaan layanan terhadap masyarakat, sumber daya manusia yang berkualitas merupakan salah satu faktor penting bagi kelangsungan hidup dan kemajuan organisasi, karena dapat secara langsung mempengaruhi kinerja organisasi itu sendiri. Salamete, dkk., (2014) berpendapat bahwa fokus utama manajemen sumber daya manusia adalah memberikan kontribusi pada suksesnya organisasi. Kunci untuk meningkatkan kinerja organisasi baik itu klinik maupun puskesmas adalah dengan memastikan aktivitas sumber daya manusia mendukung usaha organisasi yang terfokus pada produktivitas, pelayanan dan kualitas.

Penilaian kinerja SDM sangat berperan dalam meningkatkan kinerja organisasi. Penilaian kinerja sangat penting, terutama layana yang diberikan oleh SDM yang mendukung terciptanya pelayanan kesehatan yang holistic. Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional yang mempunyai peranan penting dengan pendekatan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang diberikan secara kontinyu selama 24 jam masa perawatan klien (Depkes RI,2004). Sebagai bentuk pelayanan profesional, keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kinerja dalam memberikan asuhan keperawatan, baik itu bersifat promotif, preventif, kuratif dan

rehabilitatif. Hal tersebut tertuang dalam Undang - Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang dilakukan dengan pengobatan dan perawatan. Undang - Undang tersebut menekankan bahwa pelayanan asuhan keperawatan merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dalam pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Dalam hal ini pemberian *reward* dan *punishment* sangat diperlukan untuk memotivasi perawat atau karyawan dalam melaksanakan kinerja.

Menurut Mas'ud (2017) dalam konsep manajemen, *reward* merupakan salah satu alat untuk meningkatkan motivasi kinerja para pegawai. Metode ini bisa mengasosiasikan perbuatan dan kelakuan seseorang dengan perasaan bahagia, senang, dan biasanya akan membuat mereka melakukan suatu perbuatan yang baik secara berulang - ulang. *Reward* juga bertujuan agar seseorang menjadi semakin giat dalam usaha memperbaiki atau meningkatkan prestasi yang telah dicapainya.

Punishment adalah penderitaan yang diberikan atau ditimbulkan dengan sengaja atau seseorang sesudah terjadi suatu pelanggaran, kejahatan atau kesalahan. Dari beberapa pendapat diatas, *punishment* adalah suatu perbuatan yang kurang menyenangkan, yang berupa hukuman atau sanksi yang diberikan kepada pegawai yang diberikan kepada pegawai secara sadar ketika terjadi pelanggaran agar tidak

mengulangi lagi (M. Ngalim, Purwanto, 2006 dalam Mas'ud, dkk., 2017).

Pada wawancara yang dilakukan di Puskesmas Tanjunganom dengan Arief Subyanto selaku Dokter/kepala puskesmas Tanjunganom yang menggambarkan bahwa belum adanya reward untuk petugas kesehatan di Puskesmas Tanjunganom sebagai berikut:

“Iya, itu yang jadi masalah sebetulnya ingin kita mengarah kesana... Jadi belum sampe ke pembagian reward secara resmi, dalam arti tidak ada cost yang bisa kita keluarkan yang untuk reward bagi mereka yang bekerja baik”.

Berbeda dari wawancara yang dilakukan di Puskesmas Gondang kepada Suryanto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Gondang yang menegaskan bahwa:

“Reward dan punishment kita jalankan, jadi kita punya SK. Dan reward itu tidak masuk di sistem, itu adalah jasanya kepala puskesmas yang di hibahkan.”.

Sejalan dengan wawancara yang dilakukan di PKU Kertosono dengan Mochamad Burhanudi selaku Dokter/ Kepala PKU Muhammadiyah Kertosono:

“Untuk saat ini sistem reward yang diberikan pada karyawan yaitu berupa uang dan barang”

Reward dan punishment sama - sama dibutuhkan untuk merangsang karyawan agar meningkatkan kualitas kerja dan memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan pekerjaannya. Kedua sistem

tersebut digunakan sebagai bentuk reaksi pemimpin terhadap kinerja para bawahannya. Meskipun sekilas fungsi dari reward dan punishment berlawanan, namun pada dasarnya reward dan punishment sama-sama memiliki tujuan agar seseorang menjadi lebih baik, lebih berkualitas, dan lebih bertanggung jawab terhadap tugas yang diberikan kepadanya. Dalam melaksanakan tugasnya tenaga kerja memerlukan adanya imbalan atau kompensasi atas kerja yang mereka lakukan sebagai salah satu bentuk motivasi yang diberikan terhadap hasil kerjanya. Manajemen kompensasi penting untuk meningkatkan motivasi tenaga kerja mencapai prestasi yang terbaik. Prinsip penting dalam sistem manajemen kompensasi adalah prestasi yang tinggi harus diberikan penghargaan (*reward*) yang layak dan apabila melanggar aturan dalam organisasi harus diberikan sanksi (*punishment*) yang setimpal dan adil. Dengan diberlakukannya reward dan punishment maka petugas kesehatan dapat lebih meningkatkan kinerja dengan baik sehingga tidak melakukan suatu hal seperti kecurangan dalam pekerjaannya.

3. Pengelolaan Dana Kapitasi

Jaminan Kesehatan Nasional yang disingkat JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. 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. Pembagian jasa pelayanan kesehatan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan dan kehadiran (Samino, dkk, 2015).

Sistem pembayaran pelayanan di FKTP menggunakan sistem kapitasi. Kapitasi adalah jumlah uang yang tetap per pasien per unit waktu dibayar di muka untuk dokter untuk pemberian pelayanan kesehatan. Jumlah aktual uang yang dibayarkan ditentukan oleh rentang layanan yang disediakan, jumlah pasien yang terlibat, dan periode waktu di mana jasa tersebut diberikan.(Alguire, 2016). Pengelolaan Dana Kapitasi JKN menurut Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi

yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari BPJS Kesehatan.

Perkembangan perekonomian dunia yang semakin kompleks juga diiringi dengan semakin berkembangnya fraud atau biasa dikenal dengan istilah kecurangan dalam bidang keuangan. Praktik-praktik fraud yang sering terjadi antara lain, penyalahgunaan kepentingan, penyuapan, penerimaan yang tidak sah, korupsi, dan lain sebagainya. Praktik kecurangan dalam bidang keuangan tidak hanya terjadi pada sektor swasta saja melainkan terjadi pula pada sektor publik atau pemerintahan, yang tentunya merugikan bagi masyarakat dan Negara (Trisnawati, dkk, 2014).

Sistem pembiayaan kesehatan di pengaruhi oleh beberapa fungsi yaitu pengurusan dan pengawasan oleh pemerintah/pimpinan, sumberdaya fisik dan manusia, pelayanan kesehatan dan pembiayaan. Secara spesifik pada fungsi sistem pembiayaan kesehatan, mencakup pengumpulan pendapatan, penggabungan dalam anggaran dan belanja anggaran yang secara langsung bermanfaat untuk pelayanan sesuai dengan kebutuhan, efisiensi, kualitas serta transparansi dan akuntabilitas. (Kutzin, 2013)

Kasus fraud dewasa ini terjadi di berbagai bidang, termasuk dalam hal pengadaan barang/jasa. Proses pengadaan barang dan jasa,

diperlukan upaya dan strategi untuk mencegah, mendeteksi dan mengungkap kecurangan terjadi pada pengadaan barang dan jasa.

Kiswara (2011 dalam Trisnawati, dkk, 2014) mengutarakan fraud yang terjadi dalam kegiatan pengadaan barang/jasa pemerintah dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Barang/jasa tidak sesuai dengan kebutuhan organisasi/masyarakat, baik secara jenis, kualitas maupun kuantitas.
- 2) Spesifikasi barang/jasa berbeda antara yang dijanjikan dalam kontrak dengan yang selesai dikerjakan.
- 3) Volume (kuantitas) barang/jasa yang telah diselesaikan oleh penyedia tidak sesuai dengan perjanjian/kontrak.
- 4) Mengandung unsur penggelembungan harga (mark-up), karena perbedaan harga dengan pasaran.
- 5) Penyelesaian pekerjaan yang tidak tepat waktu, terlambat dari perjanjian dalam kontrak.

Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan. BPJS menjamin obat-obatan

dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan kebutuhan medik, ketersediaan, efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Pemerintah Negara Republik Indonesia, 2004).

Pengadaan barang atau jasa menimbulkan beberapa risiko yang dapat menimbulkan kerugian bagi negara. Risiko tersebut berupa penyupaan, menggabungkan atau memecah paket pekerjaan, penggelembungan harga, bahkan mengurangi kuantitas atau kualitas barang atau jasa.

Pengadaan obat pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sangatlah mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di Puskesmas Nganjuk dengan Ilham Pramudani selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Nganjuk:

“Dulu ada pengadaan obat, sekarang mungkin engga, tapi sekarang kebutuhan apa gitu”

Proses pengadaan barang dan jasa, diperlukan upaya dan strategi untuk mencegah, mendeteksi dan mengungkap kecurangan yang terjadi pada pengadaan barang dan jasa. Hal tersebut dijelaskan juga oleh Ilham Pramudani selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Nganjuk bahwa apabila terdapat sisa dana operasional:

“Dari operasional ini kan kadang-kadang tidak bisa semuanya terserap. Karena urusannya dengan pengadaan dan sebagainya itu”

Selain hal tersebut juga menjelaskan:

“Uang itu di kembalikan ke negara. Tapi seingat saya yang BPJS ini belum yah”.

Cukup banyaknya dana sisa yang terjadi di Puskesmas Nganjuk sesuai dengan hasil wawancara dengan Suryanto Cipto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Gondang yang menjelaskan bahwa:

“Selalu ada dana sisa, yang Silfa-Silfa gitu. Jadi kita membuat, kita terus belajar bagaimana merencanakan sebuah kebutuhan, tetapi tadi sistem besarnya yang kadang-kadang tidak sesuai dengan dugaan kita”

Selain hal tersebut menjelaskan juga :

“yang tidak dapat diserap itu sekitar belanja sarana seperti lemari pasien, bed. Sekitar 40-50 juta, ada sekitar 19 juta untuk CCTV”

Para pelaku fraud meyakini bahwa tindakannya bukan merupakan suatu fraud tetapi adalah suatu yang memang merupakan haknya, bahkan kadang pealku merasa telah berjasa karena telah berbuat banyak untuk organisasi. Pengelolaan dana kapitasi puskesmas memungkinkan untuk terjadinya fraud dari unsur rasionalisasi untuk melakukan kecurangan, diantaranya :

- a. Penambahan poin bagi petugas puskesmas yang melakukan tugas rangkap
- b. Melakukan penggunaan dana bantuan operasional puskesmas yang juga didanai oleh dana BOK serta APBD.

- c. Memanfaatkan sisa dana kapitasi masuk ke dalam dana jasa pelayanan. (Setiaji,dkk, 2015)

Pengelolaan dana sisa di FKTP pemerintahan masih belum ada kejelasan, dana sisa setiap tahun nya semakin bertambah namun belum ada kejelasan peraturan pengelolaannya. Dana operasional yang seharusnya di gunakan untuk keperluan pelayanan FKTP tidak dipergunakan dengan baik. Seharusnya FKTP yang baik adalah yang dikelola secara transparan, mandiri, akuntabel, bertanggungjawab dan wajar sehingga kinerja keuangan dapat dicapai sesuai dengan visi misinya.

4. Faktor Kepemimpinan FKTP

Fraud dalam pelayanan kesehatan merupakan segala bentuk kecurangan dan ketidak wajaran yang dilakukan berbagai pihak dalam mata-rantai pelayanan kesehatan untuk memperoleh keuntungan sendiri yang melampaui keuntungan yang diperoleh dari praktek normal.

Menurut Fullerton dan Durtschi (2004) risiko fraud dapat diklasifikasikan dalam tiga kategori besar yaitu:

- a. Risiko yang berhubungan dengan lingkungan perusahaan, yang meliputi gaya kepemimpinan, sistem insentif, etika

keseluruhan perusahaan, tekanan industri, dan hubungan kerja dengan pihak lain.

- b. Risiko yang berhubungan dengan pelaku, seperti setiap tekanan keuangan atau pekerjaan yang berhubungan, peluang untuk melakukan penipuan dan rasionalisasi.
- c. Risiko yang berhubungan dengan catatan keuangan dan praktek akuntansi.

Beberapa contoh bentuk fraud yang ada pada pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 36 tahun 2015 adalah sebagai berikut:

- a. Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- b. Manipulasi Klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi
- c. Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL
- d. Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan
- e. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu.

Kepemimpinan merupakan bagian dari fungsi-fungsi manajemen yang menduduki posisi strategis dalam sistem dan hirarki kerja dan tanggung jawab pada sebuah organisasi. (Baidan & Aziz, 2014).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di Puskesmas Gondang dengan Suryanto Cipto selaku Dokter/Kepala Puskesmas Gondang menyampaikan bahwa memiliki cara untuk pencegahan adanya fraud dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Gondang tersebut:

“Tadi itu kita punya media kotak saran, kita punya nomor telpon pimpinan semua kita punya”

Selain hal tersebut hasil wawancara dari Arief Subyanto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Tanjunganom juga menjelaskan bahwa pada Puskesmas Tanjunganom benar-benar tidak adanya kecurangan dalam pelayanan kesehatan:

“Selama ini saya katakan iya, kalo mbayar pasti komplain. Jadi selama ini alhamdulillah tidak ada komplain harus mbayar.”

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di PKU Kertosono dengan Mochamad Burhanudi selaku Dokter/Pimpinan PKU Muhammadiyah Kertosono yang menegaskan bahwa:

“Jadi kita setiap ship ada penanggung jawab perawatan yang melapor pada pimpinan keperawatan. Pimpinan keperawatan itu akan melapor kepada kita. Makannya setiap bulan kita akan adakan rapat untuk mengevaluasi semuanya. Termasuk kinerja,”

Kebijakan pimpinan dalam merumuskan program kerja dan anggaran berperan penting mengelola dana kapitasi yang diberikan untuk FKTP. Kontrol arus kas serta realisasi anggaran sangat penting mengevaluasi penggunaan dana kapitasi. Selain itu poin kinerja yang diperlukan oleh SDM di FKTP pemerintah berfungsi menambah jasa medis, sehingga pimpinan harus memiliki kebijakan yang transparan dalam mengelola poin kebijakan tersebut. Faktor kesengajaan menjadi kondisi yang sulit untuk ditemukan jika tidak di analisa lebih mendalam dilapangan, sehingga potensi adanya penyalahgunaan wewenang masih bisa terjadi.

5. Kurangnya peran dan kualitas audit

Puskesmas dapat dijadikan bukti nyata adanya komitmen dari pemerintah daerah dan dari tim manajerial puskesmas serta seluruh tenaga kerja puskesmas di dalam upaya melakukan peningkatan kesehatan bagi masyarakat luas. Puskesmas sebagai unit dari pelayanan kesehatan masyarakat yang terstruktur memiliki kewenangan yang cukup besar untuk menciptakan inovasi di dalam pelayanan kesehatan agar kegiatan pelayanan dapat lebih efektif, efisien dan terpadu.

Setiap unit pelayanan kesehatan diuntut untuk menjadi organisasi jasa yang berfokus pada konsumen sehingga memiliki kemampuan untuk dapat mempertahankan kelangsungan usahanya. Selain itu juga dituntut untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang baik, dengan begitu diperlukan serangkaian kegiatan pemeriksaan dan evaluasi atas kegiatan operasional yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berupa audit operasional. Hasil audit tersebut dapat digunakan sebagai bahan perbaikan ke depan sehingga dapat selalu memberikan pelayanan yang efektif dan efisien.

Audit operasional secara umum bertujuan untuk memeriksa apakah pelaksanaan suatu kegiatan yang telah dilaksanakan telah sesuai dengan yang diharapkan dan apabila didalam audit tersebut ditemukan hal-hal yang menyimpang, maka pemeriksa melaporkan temuan- temuan tersebut kepada manajemen dan memberikan rekomendasi untuk tindakan perbaikan dan penyempurnaan. Pihak manajemen yang berkepentingan langsung dengan pemeriksaan tersebut harus menerima setiap hasil pemeriksaan dan segera melakukan tindakan perbaikan yang diperlukan, sehingga setiap kegiatan yang dilaksanakan dapat berjalan secara efektif dan efisien. (Divianto, 2012).

Pada hasil wawancara yang dilakukan peneliti di Klinik Polres Nganjuk dengan Sholeh Hamid selaku PAORKES/ AMK yang menggambarkan bahwa masih kurang efektif dalam hal pengawasan:

“Kami ini kan tenaganya dua yang satu personil aktif macam saya yang kedua tenaga kontrak kerja TKK ya yang kami ini sebagai pengawas yang aktifnya, nah kita sebagai pengawas tapi kerja sama-sama”.

Jadi dalam pengawasan internal pada Klinik Polres saling mengawasi antara personil aktif dan tenaga kontrak. Berbeda pada hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tanjunganom dengan Arief Subyanto selaku Dokter/ Kepala Puskesmas Tanjunganom yang menegaskan bahwa telah adanya petugas audit internal di Puskesmas Tanjunganom sehingga tim tersebut selalu mengevaluasi agar pelayanan harus sesuai SOP, berikut pernyataannya:

“Iya, jadi misalnya pagi musimnya bersih semua nggak ada yang heh nggak ada yang oh kamu harus gini nggak ada semua kerja sama. Nggak ada istilahnya oh ini yang diawasi ini yang mengawasi, nggak, cuman yang mengawasi kan otomatis ada tanda tangan di absen oh pengawasnya hari ini siapa, ada”.

Sesuai dengan hasil wawancara yang pernah dilakukan pada PKU Kertosono dengan Mochamad Burhanudi selaku Dokter/ Pimpinan PKU Muhammadiyah Kertosono yang memberikan penjelasan berikut:

“Tiap bulan rapat dengan pimpinan cabang dan pimpinan MPKU, Majelis Pembina Kesehatan Umat. Evaluasi baik itu

dari segi nuwun sewu saya sendiri ataupun dari segi karyawan secara keseluruhan.

Berdasarkan hal tersebut terlihat bahwa peran auditor sangatlah besar manfaatnya karena dapat mencegah timbulnya kecurangan yang lebih besar, seperti yang diungkapkan oleh Wardhini (2010), yaitu: semakin efektifnya peran internal audit, maka pencegahan kecurangan dapat dijalankan sehingga pelayanan kesehatan dapat berjalan secara efektif, efisien dan terpadu. FKTP harus membuat aturan atau kebijakan yang jelas serta di dukung oleh pendanaan dalam menyelenggarakan audit berdasarkan atas tingginya manfaat yang akan diterima.