

Penyelenggaraan Pembiayaan Non Kapitasi Untuk Penapisan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular di Kota Bogor, Jawa Barat

IMPLEMENTATION OF NON CAPITATION FUNDING FOR RISK FACTORS OF NON COMMUNICABLE DISEASE SCREENING IN BOGOR CITY, WEST JAVA

Mugi Wahidin^{*1,2,3}, Aan Kurniawan¹, dan Sendy Agita¹

¹Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Indonesia

²Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

³Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia PAEI)

Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

Arjuna Utara No.9, RT.1/RW.2, Duri Kepa Kb. Jeruk, Jakarta Barat 11510

Jl. Percetakan Negara No.29, RT.23/RW.7, Johar Baru

*Email: wahids.wgn@gmail.com

Submitted : 10-03-2020, Revised : 11-07-2020, Revised : 21-08-2020, Accepted : 24-09-2020

Abstract

Screening services for risk factors of non communicable diseases (NCD), namely, VIA, pap smear, cryotherapy, and blood glucose were included in the services of non-capitation from BPJS Kesehatan in the City of Bogor in West Java. This research aimed at knowing implementation of non-capitation, included realization, access, attitude, policy, resources, monitoring and evaluation. Research design was qualitative study, conducted from February until September 2018. Respondents were NCD programmers of Directorate of NCD at Ministry of Health and Bogor City, Non Capitation programmers at Central BPJS Kesehatan and City of Bogor, and 6 selected chiefs of PHCs. Data analysis was performed using descriptive-quantitative and qualitative approaches. The result showed that implementation of non-capitation was quite good but it was not optimum. Access to all PHCs was easy. The average of non-capitation realization in 2015 – 2017 was 1.49 billion rupiahs per year, with a trend of 29% increase. There was realization for VIA and cryotherapy but not for pap smear and blood glucose. All respondents agreed to non-capitation scheme. Policies and guidelines for the non-capitation were available. Human resources and equipment were available. There was no specific monitoring and evaluation for non-capitation.

Keywords: Non Capitation, Screening, NCD, BPJS,

Abstrak

Pelayanan penapisan faktor risiko penyakit tidak menular (PTM), yaitu pemeriksaan IVA, pap smear, krioterapi, dan pemeriksaan gula darah termasuk pelayanan dalam pembiayaan non kapitasi BPJS Kesehatan. Kota Bogor, Jawa Barat telah melaksanakan program penapisan tersebut. Penelitian bertujuan untuk mengetahui penyelenggaraan pembiayaan non kapitasi untuk penapisan faktor risiko PTM, meliputi realisasi, akses, sikap, kebijakan, sumber daya, dan monev. Desain penelitian adalah studi kualitatif yang dilakukan di Kota Bogor, Jawa Barat pada Februari – September 2018. Responden penelitian yaitu pengelola program PTM Kementerian Kesehatan dan Dinkes Kota Bogor, Pengelola pembiayaan Non Kapitasi BPJS Kesehatan Pusat dan BPJS Kesehatan Kota Bogor, dan 6 Kepala puskesmas terpilih. Analisis dilakukan secara deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan penyelenggaraan pembiayaan non kapitasi untuk penapisan faktor risiko PTM di Kota Bogor sudah berjalan tetapi belum optimal. Akses masyarakat terhadap seluruh Puskesmas mudah, realisasi pembayaran klaim non kapitasi 2015-2017 rata-rata 1,49 milyar rupiah per tahun dengan peningkatan 29%. Sudah ada serapan untuk IVA dan krioterapi tetapi belum ada untuk *pap smear* dan gula darah. Seluruh responden setuju dengan skema non kapitasi untuk penapisan. Kebijakan dan prosedur non kapitasi sudah ada. Demikian pula sumber daya manusia dan peralatan cukup tersedia, namun evaluasi belum dilakukan khusus untuk non kapitasi.

Kata kunci: Non Kapitasi, penapisan, PTM, BPJS,

PENDAHULUAN

Beberapa pelayanan penapisan faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) menjadi pelayanan yang termasuk dalam lingkup pembiayaan non kapitasi BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Pelayanan tersebut meliputi pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA), Pap Smear, krioterapi, dan pemeriksaan gula darah.

Program IVA sebagai metode deteksi dini kanker leher rahim menjadi program nasional sejak 2008. Program juga didukung dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2015¹ dan menjadi salah satu indikator dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019.² Pelayanan krioterapi merupakan pengobatan untuk IVA positif³ Selain itu deteksi dini juga dilakukan tes pap smear. Baik IVA maupun pap smear mempunyai sensitifitas dan spesifitas yang tinggi sehingga dipercaya untuk menjadi metode penapisan.⁴ Deteksi dini diabetes mellitus dapat dilakukan di Puskesmas maupun di Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di bawah pembinaan Puskesmas.⁵ Penapisan kanker leher rahim dan gula darah juga termasuk dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.⁶

Melakukan deteksi dini merupakan salah satu perilaku dalam mengakses pelayanan kesehatan. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku berobat ke pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor kebutuhan, kebijakan pelayanan kesehatan.^{7,8} Demikian juga menurut Green faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.⁹ Faktor predisposisi antara lain sikap, faktor *enabling* seperti sumber daya kesehatan dan aksesnya, dan faktor penguat adalah dukungan orang sekitar.

Kota Bogor merupakan salah satu wilayah di Jawa Barat yang terdiri dari 6 kecamatan dan 25 Puskesmas.¹⁰ Kota Bogor telah melaksanakan program penapisan IVA dan pengobatan krioterapi serta penapisan gula darah melalui Posbindu PTM, selain penapisan di Puskesmas. Berdasarkan data dari sistem informasi PTM jumlah pemeriksaan IVA yang dilaporkan sampai tahun 2016 sebanyak 470 orang, sedangkan

pemeriksaan gula darah sebanyak 681 orang.

Pembiayaan non kapitasi BPJS untuk penapisan PTM di puskesmas perlu dimanfaatkan secara optimal untuk meningkatkan cakupan penapisan. Pengelolaan dana non kapitasi oleh puskesmas perlu dikendalikan. Selain itu, kualitas pelayanan penapisan untuk klaim non kapitasi juga perlu dijaga agar serapan dapat terus ditingkatkan. Penelitian di satu puskesmas di Surakarta menunjukkan perlunya prosedur pengendalian internal di Puskesmas.¹¹ Penelitian di salah satu puskesmas di kota Manado menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi responden tentang JKN, akses layanan, dan persepsi responden terhadap tindakan petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas.¹²

Meskipun sudah didukung dana non kapitasi, tetapi penapisan PTM di Kota Bogor masih kecil dibandingkan dengan target yang ditetapkan. Belum diketahui secara pasti bagaimana penyerapan dana non kapitasi di Kota Bogor. Oleh karena itu dilakukan penelitian untuk mengetahui penyelenggaraan pembiayaan non kapitasi untuk penapisan faktor risiko PTM, meliputi realisasi dana non kapitasi, akses, sikap, sumber daya, monitoring dan evaluasi di Kota Bogor.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi kualitatif. Penelitian dilaksanakan di Kota Bogor, Jawa Barat pada Februari – September 2018.

Responden dalam penelitian ini adalah Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian PTM Kementerian Kesehatan, Pengelola pembiayaan non kapitasi BPJS Kesehatan Pusat dan BPJS Kesehatan Kota Bogor, pengelola program Pencegahan dan Pengendalian PTM Dinas Kesehatan Kota Bogor, dan 6 kepala puskesmas terpilih. Puskesmas dipilih secara purposive dengan kriteria mewakili 6 kecamatan di Kota Bogor, yaitu Puskesmas Tanah Sereal, Puskesmas Gang Aut, Puskesmas Bondongan, Puskesmas Bogor Utara, Puskesmas Pulo Armyn, dan Puskesmas Gang Kelor. Data primer dikumpulkan dari wawancara menggunakan kuesioner terstruktur pada responden.

Data sekunder bersumber laporan data BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Puskesmas. Data yang dikumpulkan adalah laporan pembayaran klaim non kapitasi di BPJS Kesehatan Kota Bogor tingkat Puskesmas tahun 2018,

Analisis data secara deskriptif-kuantitatif yaitu akses ke puskesmas, dan realisasi non kapitasi untuk penapisan kesehatan. Analisis data kualitatif untuk mengetahui sikap petugas tentang skema non kapitasi, pendapat terkait kekuatan, kelemahan, peluang, dan hambatan tentang kebijakan dan prosedur, sumber daya, monitoring dan evaluasi, serta pendapat tentang rencana tindak lanjut.

HASIL

1. Akses

Berdasarkan wawancara, seluruh responden dari puskesmas mengatakan bahwa akses masyarakat ke puskesmas di Kota Bogor secara umum mudah, dapat dijangkau menggunakan kendaraan bermotor dengan roda 2 maupun roda 4. Waktu tempuh dari wilayah terjauh ke puskesmas rata-rata 30 menit.

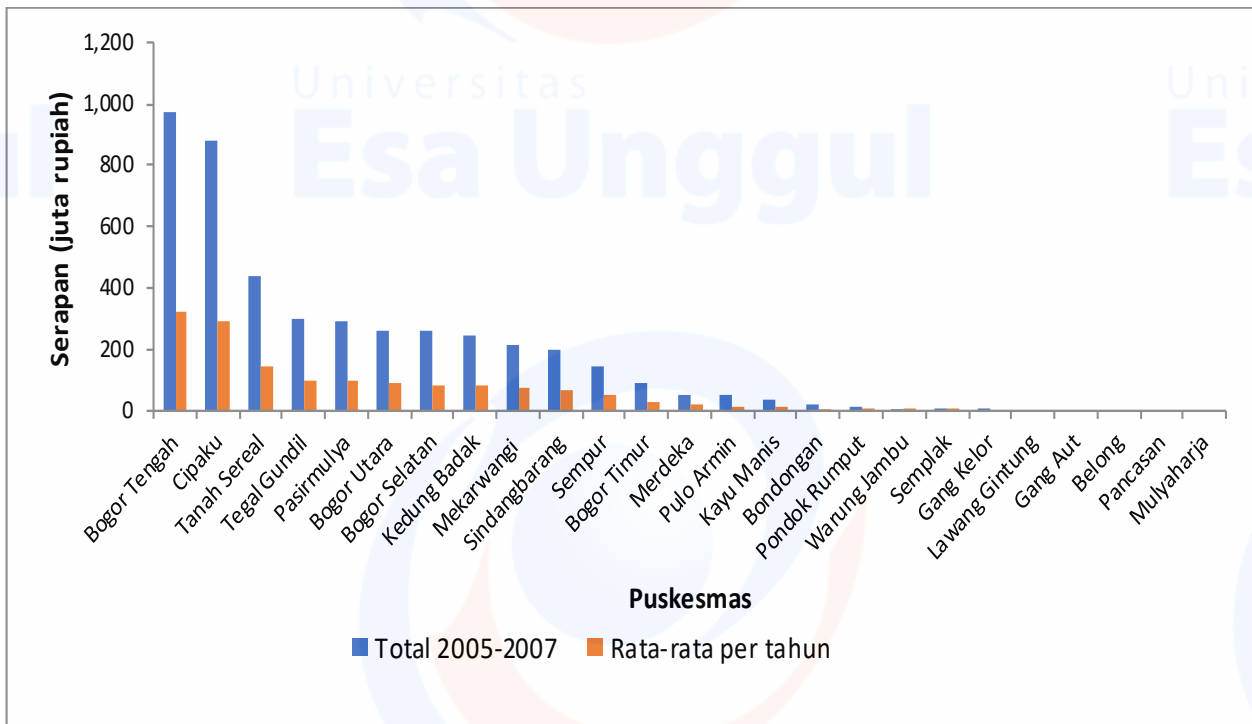
2. Realisasi Non Kapitasi untuk Skrining

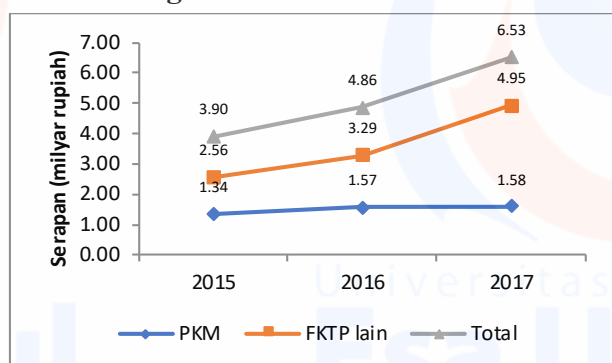
Realisasi pembiayaan non kapitasi untuk penapisan kesehatan tertinggi di Puskesmas Bogor Tengah, Puskesmas Cipaku, dan Puskesmas Tanah Sereal, Terdapat 5 Puskesmas yang tidak ada serapan yaitu Lawang Gintung, Gang Aut, Belong, Pancasan, dan Mulyaharja (Grafik 1).

Penyerapan dana non kapitasi di Kota Bogor mengalami kenaikan selama 3 tahun terakhir (2015-2017), dari 3,9 milyar rupiah tahun 2015 menjadi 6,53 milyar rupiah, atau dengan rata-rata kenaikan 29% setiap tahun. Penyerapan dana non kapitasi oleh FKTP lain (klinik/dokter praktek swasta) lebih tinggi daripada puskesmas (Grafik 2).

Berdasarkan jenis layanan penapisan di Puskesmas Kota Bogor selama 3 tahun untuk IVA rata-rata per tahun 64,85 juta rupiah, dengan serapan tertinggi di tahun 2016. Adapun serapan kriteroterapi rata-rata 100 ribu rupiah per tahun. Adapun untuk pap smear dan gula darah belum ada pembayaran klaim di puskesmas (Tabel 3).

Grafik 1 Penyerapan Dana Non Kapitasi di Kota Bogor menurut Puskesmas 2015-2017



Grafik 2. Penyerapan Dana non Kapitasi Kota Bogor tahun 2015-2017

1. Sikap Petugas

Seluruh responden dalam penelitian ini menyatakan setuju dengan pembiayaan skrining kesehatan (IVA, Pap smear, krioterapi, gula darah) menggunakan skema non kapitasi untuk program penapisan kesehatan. Hal ini seperti dikatakan responden (PKM4) “Setuju penapisan masuk non kapitasi BPJS, karena pembiayaan kapitasi sudah terserap untuk kepentingan yang ada yaitu obat, reagen, dan bahan habis pakai”. Pembiayaan non kapitasi dirasa dapat meningkatkan kinerja program pencegahan PTM dan menurunkan mencegah penyakit di masyarakat.

2. Kebijakan dan Prosedur

Kekuatan terkait kebijakan dan prosedur adalah adanya regulasi yang mendukung, seperti Permenkes 52/2016 tentang standar tarif, surat edaran BPJS Kesehatan, Perda nomor 8 tahun 2014 tentang Retribusi Jasa Umum, Perwali kota No 48 tahun 2017 tentang Germas, dan adanya prosedur klaim non kapitasi di Puskesmas. Demikian juga dengan adanya Standar Prosedur Operasi (SOP) yang sudah ada baik SOP klaim maupun SOP tindakan penapisan. Kebijakan tersebut dapat meningkatkan cakupan deteksi dini, seperti dikatakan responden (KMK1) “Pembiayaan non kapitasi dapat meningkatkan cakupan pemeriksaan secara tidak langsung”.

Kelemahan dari kebijakan dan prosedur adalah kebijakan tentang klaim gula darah belum jelas apakah dapat diklaim dalam non kapitasi, karena selama ini baru klaim melalui prolanis, padahal pemeriksaan gula darah sudah banyak dilakukan di Posbindu PTM. Kesepakatan antara Dinkes dengan BPJS Kesehatan Kota Bogor belum diketahui oleh puskesmas dan pembayaran

non kapitasi sangat lama. Hal ini seperti dikatakan responden PKM2 “Pencairan klaim lama sampai 3-5 bulan”. Selain itu juga kebijakan pembayaran klaim untuk puskesmas non BLUD yang masih belum jelas. Hal lain adalah kurangnya sosialisasi tentang klaim non kapitasi untuk penapisan yang perlu ditingkatkan.

Peluang terkait kebijakan adalah perlunya kebijakan non kapitasi untuk Puskesmas Non BLUD, klaim gula darah non prolanis. Adapun hambatan yang ada adalah pencairan dana non kapitasi masuk kas daerah, klaim yang masih rumit, dan adanya data klaim yang tidak sesuai di puskesmas.

3. Sumber daya

Dalam hal sumber daya manusia (SDM) skrining, kekuatan yang ada adalah kuantitas dan kualitas SDM terkait pelayanan penapisan dan klaim non kapitasi cukup. Kelemahannya adalah adanya perpindahan SDM terlatih, dan kurangnya motivasi untuk melakukan penapisan dan mengajukan klaim non kapitasi, beban kerja yang besar. Hal ini seperti dikatakan responden (PKM2) “Beban SDM terlalu banyak, termasuk untuk proses klaim”. Peluang terkait SDM adalah dengan meningkatnya program penapisan maka SDM perlu ditambah, dan pelatihan untuk program penapisan dan klaim non kapitasi. Adapun hambatan terkait SDM adalah pembayaran non kapitasi sering tidak turun kepada SDM yang sudah melakukan pemeriksaan (IVA dan krioterapi).

Sedangkan terkait peralatan skrining, kekuatan dalam peralatan penapisan adalah peralatan penapisan secara umum yang murah dan mudah, peralatan sudah terpenuhi sebagian besar. Kelemahan yang ada adalah gas CO₂ dan N₂O mahal, BPJS tidak menyediakan peralatan. Peluang terkait peralatan adalah Pemda dapat mengadakan peralatan penapisan, peralatan mobile, dan Kerja Sama operasional (KSO) dengan pihak ke-3. Adapun hambatan adalah sulitnya mendapat CO₂ dan N₂O dan masalah sterilisasi di puskesmas untuk peralatan yang dibawa ke lapangan.

4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi pemanfaatan dana non kapitasi sudah dilakukan oleh BPJS, dinas

kesehatan, dan puskesmas. Akan tetapi, monev khusus non kapitasi untuk penapisan belum ada. Jadwal monev juga tidak pasti serta tindak lanjutnya belum berjalan dengan baik sehingga permasalahan terkait klaim non kapitasi masih terjadi.

Kekuatan dari monev adalah adanya pertemuan rutin utilisasi oleh BPJS Kesehatan dengan Puskesmas, dan monev berjenjang dari Kementerian Kesehatan RI, dinas kesehatan, dan puskesmas. Hal ini seperti dikatakan responden (PKM1) "Pembinaan teknis ada dari dinkes kota, monev setiap bulan dari kepala PKM untuk semua program, evaluasi 3 bulan". Kelemahan monev adalah tidak ada monev khusus non kapitasi, monev pembiayaan tidak rutin, kurangnya sosialisasi. Peluang terkait monev adalah pembuatan laporan bulanan klaim non kapitasi oleh BPJS Kesehatan, umpan balik dari dinkes, dan kerja sama dengan LSM. Adapun hambatan dalam monev adalah diagram (alur) monev tidak tersedia, Tidak adanya penyelesaian atas keluhan yang dialami puskesmas, dan komunikasi puskesmas dengan BPJS kurang.

PEMBAHASAN

Akses ke puskesmas secara keseluruhan mudah, dapat dijangkau dengan kendaraan roda 2 dan roda 4 rata-rata 30 menit. Dengan demikian seharusnya tidak ada masalah masyarakat dan petugas dalam melaksanakan program penapisan. Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor *enabling* yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan.⁹

Penyerapan dana non kapitasi selama 3 tahun (2015-2017) mengalami kenaikan rata-rata 29%. Berdasarkan jenis layanan penapisan realisasi untuk IVA. Adapun serapan krioterapi total 300 ribu rupiah dan untuk pap smear dan gula darah belum ada pembayaran klaim di puskesmas. Serapan IVA tertinggi tahun 2016 kemungkinan disebabkan oleh gencarkan program yang dicanangkan oleh ibu negara dan istri-istri menteri kabinet Indonesia kerja pada tahun 2015. Rendahnya serapan krioterapi karena kurangnya SDM yang mampu melakukan krioterapi di puskesmas. Adapun belum adanya serapan pap smear dan gula darah karena belum adanya kejelasan kebijakan klaim dan tidak

adanya peralatan untuk pap smear.

Penyerapan dana non kapitasi penapisan belum optimal, terdapat gap yang sangat besar yaitu total 431 juta yang tidak diklaim dari potensi yang dapat diklaim. Persentase gap untuk IVA 65%, krio 92%, dan gula darah 100%. Hal ini mengindikasikan bahwa proses klaim masih sangat minimal, padahal kegiatan penapisan sudah cukup berjalan dengan baik. Program penapisan di Kota Bogor telah mendapat dukungan penuh pemerintah daerah melalui Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2014 tentang Retribusi Jasa Umum. Berdasarkan wawancara dengan petugas BPJS Kota Bogor didapatkan informasi bahwa Puskesmas masih enggan melakukan klaim. Di sisi lain, petugas Puskesmas mempunyai kendala terkait kelengkapan data klien yang tidak sesuai ketika melakukan klaim dan mempunyai waktu yang terbatas dalam memperbaiki data yang kurang lengkap. Selain itu, pembayaran ke Dinas Kesehatan melalui kas daerah menyebabkan Puskesmas tidak mendapatkan pembayaran secara cepat dan sesuai klaim yang diberikan.

Seluruh responden yang diwawancarai (BPJS, Direktorat P2PTM, Dinkes Kota Bogor, puskesmas) mendukung skema non kapitasi BPJS. Skema ini dapat mendukung program akselerasi pencegahan PTM dan agar penyakit tidak jatuh menjadi berat.

Pelaksanaan jaminan sosial bidang kesehatan sudah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan¹³ dimana seluruh warga negara Indonesia harus menjadi anggota BPJS. Sedangkan skema non kapitasi termasuk besaran tarifnya untuk program penapisan telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan.¹⁴ Sikap merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.⁹ Demikian juga dengan teori Andersen yang menyatakan sikap merupakan salah satu faktor predisposisi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.⁷ Sejalan dengan teori Green, penelitian terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Kota Manado tahun 2015 menunjukkan bahwa persepsi terhadap tindakan petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas.¹²

Kebijakan terkait skrining dan klaim non kapitasi di Kota Bogor sudah ada, yaitu Perda

nomor 8 tahun 2014 tentang Retribusi Jasa Umum, Perwalikota No 48 tahun 2017 tentang Germas, dan adanya prosedur klaim non kapitasi di puskesmas. Akan tetapi belum ada kejelasan kebijakan klaim gula darah, belum ada kebijakan khusus puskesmas non BLUD untuk pembayaran klaim, dan kurangnya sosialisasi. Kebijakan dan prosedur merupakan hal yang sangat penting dalam penggunaan dana non kapitasi. Penelitian Kurniawan dkk tentang pemanfaatan kapitasi oleh menunjukkan bahwa sebagian besar puskesmas menggunakan SK Bupati/Peraturan Daerah (Perda) sebagai dasar hukum utama dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi, namun, banyak kebijakan dari Perda yang tidak sepenuhnya sejalan dengan kebijakan Pusat dan BPJS Kesehatan dianggap belum terlalu terlibat dalam perencanaan dan penganggaran dana kapitasi di daerah.¹⁵

Kebijakan non BLUD, kejelasan klaim gula darah, kebijakan pap smear, kelengkapan data peserta, kurangnya monev, kurangnya peralatan (krioterapi) dan pelatihan terkait krioterapi menjadi faktor yang berpengaruh terhadap penyerapan dana non kapitasi penapisan. puskesmas hendaknya menjadi BLUD agar mempunyai fleksibilitas pembiayaan untuk meningkatkan pelayanan agar semakin efisien sesuai dengan Permendagri Nomor 79 tahun 2018.¹⁶ Penelitian hubungan penerimaan non kapitasi dengan kinerja di Lombok menunjukkan bahwa penerimaan insentif jasa pelayanan non kapitasi JKN berkorelasi dengan produktifitas bidan desa.¹⁷

Sumber daya, termasuk SDM dan peralatan merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan skrining. Kekurangan SDM dapat menyebabkan berkurangnya minat petugas dalam melaksanakan pelayanan IVA dan dapat menurunkan minat masyarakat. Pengobatan krioterapi merupakan 1 paket dengan kegiatan IVA.¹ Ketersediaan krioterapi merupakan faktor yang berhubungan dengan cakupan pemeriksaan IVA.¹⁸ Penelitian di Jember menunjukkan kegiatan Prolanis di puskesmas belum terlaksana karena ketersediaan SDM yang kurang dan dana untuk Prolanis yang tidak keluar.¹⁹

Rendahnya klaim non kapitasi untuk skrining terkait dengan administrasi yang cukup rumit. Dana tidak langsung ke puskesmas tetapi

ke kas daerah terlebih dahulu. Hasil penelitian²⁰ pada FKTP bidan praktek mandiri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tentang proses pengklaiman dana non kapitasi yaitu respons bidan dalam prosedur administrasi rumit. Klaim di Kota Bogor sudah cukup baik meski perlu ditingkatkan. Hasil penelitian di Surakarta memperlihatkan bahwa administrasi klaim non kapitasi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Surakarta sudah terstruktur dengan baik dan rapi. Standar tarif sudah mengacu pada peraturan Permenkes nomor 52 tahun 2016 dan menggunakan aplikasi yang ada.²¹

Belum adanya klaim pemeriksaan gula darah memerlukan intervensi dari berbagai pihak, mulai dari dinas kesehatan, puskesmas, dan BPJS Kesehatan, Klaim penapisan gula darah dalam pelaksanaannya hanya diperuntukkan bagi pelayanan Prolanis. Padahal dalam pasal 9 Permenkes 52/2016 disebutkan bahwa kegiatan penapisan gula darah untuk dibiayai non kapitasi berbeda dengan pemeriksaan gula darah untuk rujuk balik pada pasal 8. Dengan demikian perlu pembahasan lebih lanjut mengenai klaim non kapitasi pemeriksaan gula darah karena penapisan sudah banyak dilakukan di Posbindu PTM sebagai bagian dari program P2PTM^{5,22} dan menjadi target dalam SPM.⁶ Kebijakan tentang Pap smear juga perlu diperjelas apakah dapat dilakukan di Puskesmas. Dalam Permenkes 52 tahun 2016 pap smear dapat diklaim sebagai non kapitasi oleh FKTP termasuk puskesmas, tetapi fasilitas di Puskesmas belum semua tersedia.

Dalam hal monitoring dan evaluasi pemanfaatan dana non kapitasi, BPJS, Dinas Kesehatan, dan puskesmas sudah melakukan. Akan tetapi, monev khusus non kapitasi untuk penapisan belum ada. Jadwal monev juga tidak pasti serta tindak lanjutnya belum berjalan dengan baik sehingga permasalahan terkait klaim non kapitasi masih terjadi. Monitoring dan evaluasi merupakan bagian tidak terpisahkan dari manajemen program kesehatan.²³

Rencana tindak lanjut dari BPJS Kesehatan, Direktorat P2PTM, dan puskesmas sesuai hasil penelitian perlu didorong untuk direalisasikan. Adanya rencana tindak lanjut tersebut menunjukkan bahwa semua pihak berkomitmen untuk meningkatkan upaya penapisan dan pembiayaannya agar mencapai

target yang diharapkan. Pelaksanaan rencana tindak lanjut perlu dikawal dan difasilitasi oleh Kementerian Kesehatan (Direktorat P2PTM) dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat maupun Kota Bogor.

KESIMPULAN

Penyelenggaraan pembiayaan non kapitasi untuk penapisan PTM di Kota Bogor sudah berjalan tetapi belum optimal. Akses masyarakat ke puskesmas secara umum mudah. Realisasi pembayaran klaim non kapitasi masih rendah tetapi meningkat 29% per tahun. Sudah ada realisasi IVA dan krioterapi tetapi belum ada untuk pap smear dan gula darah. Seluruh responden setuju dengan skema non kapitasi untuk program skrining, Kebijakan dan prosedur non kapitasi sudah ada, tetapi belum ada kejelasan klaim untuk gula darah dan puskesmas non BLUD. Sumber daya manusia dan peralatan cukup tersedia, tetapi ada masalah terkait migrasi dan mahalnya CO₂ dan N₂O. Monitoring dan evaluasi sudah ada tetapi belum khusus untuk non kapitasi.

Sumber daya manusia dan peralatan cukup tersedia. Monitoring dan evaluasi sudah ada tetapi belum khusus untuk non kapitasi.

Saran dari hasil penelitian ini adalah sinergi program promotif preventif JKN BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan, peningkatan monitoring dan evaluasi, dan sosialisasi, kenaikan tarif IVA dan krioterapi, peningkatan SDM, peralatan dan cakupan penapisan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor, Kepala Puskesmas di wilayah Kota Bogor yang memberikan izin dan membantu pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 34 tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Paudara dan Kanker Leher Rahim. 2015.
2. Kemenkes. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015

- tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan R.I. tahun 2015-2019. 2015.
3. Kemenkes. Pedoman Teknis Pengendalian Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. 2013;
4. Wiyono S, Iskandar TM, Suprijono. MEDIA MEDIKA. Media Med Indones. 2008;43(18):116–21.
5. Kemenkes. Pedoman Umum Pos Pembinaan Terpadu PTM. 2014.
6. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan No.43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 2016;
7. Andersen R. A behavioral Model of Families' use of Health Services. Res Ser No 25 Chicago, Cent Heal Adm Stud Univ Chicago. 1968;25.
8. Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Meml Fund Quarterly Heal Soc <http://dx.doi.org/102307/3349613>. 1973;51:95–124.
9. Green L, Kreuter M, Deeds S, Partridge K, Bartlett E. Health education planning: a diagnostic approach. California: Mayfield Publishing; 1980. xvi, 306 p.
10. BPS KB. Kota Bogor dalam Angka (Bogor City in Figures) 2015. 2015.
11. Widayani sindhy I. Evaluasi Prosedur Pengendalian Internal Piutang Non Kapitasi Pelayanan Kesehatan BLUD pada Puskesmas Gilingan. Fak Ekonpmi dan Bisnis Univ Sebel Maret Surakarta. 2017;
12. Rumengan DSS, Umboh JML, Kandou GD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. JIKMU, Suplemen. 2015;5(1):88–100.
13. Presiden RI. Peraturan Presiden R.I. Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. 2013.
14. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
15. Kurniawan MF, Siswoyo BE, Mansur F, Aisyah W, Revelino D, Gadistina W.

- Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *J Kebijakan Kesehat Indones*. 2016;05(03):122–31.
16. Kemdagri. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah. 2018;
 17. Hartawan IMPS, Putra IGL, Putra SP. Korelasi antara Proporsi Penerimaan Insentif Jasa Pelayanan Non Kapitasi Pogram JKN dengan Produktifitas Bidan Desa di Kabupaten Lombok Utara tahun 2016. *J ARSMA*. 2016;1(1):1–11.
 18. Wahidin M. Factors Associated with Cervical and Breast Cancer Screening Coverage in Indonesia, 2015. *J Pengendali Penyakit dan Pengendali Lingkungan [Internet]*. 2016;6. Available from: <http://p2p.orniptech.com/p2p-jurnal>
 19. Witcahyo E, Wardani AP, Utami S. Efektifitas biaya Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas. *Higeia J Public Heal Res Dev*. 2018;2(3):622–33.
 20. Ansari A. Respons Bidan Praktek Mandiri Yang Bekerjasama Dengan BPJS Tentang Proses Pengklaiman Dana Non Kapitasi Di Kecamatan Hutaimbaru Kota Padang Sidempuan Tahun 2017. Universitas Sumatera Utara; 2017.
 21. Syofaah L. Administrasi Klaim Non Kapitasi di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Utama Surakarta. Skripsi. Universitas Sebelas Maret Surakarta; 2017.
 22. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehtan R.I. Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. 2015;
 23. Terry G. Principle of management. New York: RD Irwin; 1960.