

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **A. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan kesehatan nasional (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 pusat ataupun pemerintah daerah (*Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018*).

Peserta JKN adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan kesehatan. Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program Jaminan Kesehatan (*Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018*).

##### **B. Standar Tarif Kapitasi**

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (*Peraturan Bersama Sekjen Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan No. 52, 2017*)

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 52 (2016). Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan;

- b. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan;
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp2.000 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

Penetapan tarif kapitasi berdasarkan penilaian pemenuhan kriteria sumber daya manusia meliputi ketersediaan dokter umum dan dokter gigi ditetapkan (Peraturan Kementerian Kesehatan, 2016) sebagai berikut:

- a) Bagi puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara:
  - 1) Kapitasi sebesar Rp.3.000 apabila tidak memiliki dokter dan tidak memiliki dokter gigi;
  - 2) Kapitasi sebesar Rp.3.500 apabila memiliki dokter gigi dan tidak memiliki dokter;
  - 3) Kapitasi sebesar Rp.4.500 apabila memiliki satu orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi;
  - 4) Kapitasi sebesar Rp.5.000 apabila memiliki 1(satu) orang dokter dan memiliki dokter gigi;
  - 5) Kapitasi sebesar Rp.5.500 apabila memiliki paling sedikit 2(dua) orang dokter, tetapi tidak memiliki dokter gigi; atau
  - 6) Kapitasi sebesar Rp.6.000 apabila memiliki paling sedikit 2(dua) orang dokter, dan memiliki dokter gigi.
- b) FKTP selain Puskesmas :
  - 1) Bagi dokter praktik mandiri, kapitasi sebesar Rp.8.000 (delapan ribu rupiah) apabila memiliki 1 (satu) orang dokter;
  - 2) Bagi Klinik Pratama atau fasilitas kesehatan yang setara:
    - a. Kapitasi sebesar Rp.8.000 (delapan ribu rupiah) apabila memiliki 1 (satu) orang dokter dan tidak memiliki dokter gigi;
    - b. Kapitasi sebesar Rp.9.000 (sembilan ribu rupiah) apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan tidak memiliki dokter gigi; atau

- c. Kapitasi sebesar Rp.10.000 (sepuluh ribu rupiah) apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.
- c) Rumah sakit kelas D pratama memperoleh kapitasi sebesar Rp.10.000 (sepuluh ribu rupiah) apabila memiliki minimal 2 (dua) orang dokter dan memiliki dokter gigi.

### **C. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP)**

Dalam Peningkatan mutu pelayanan JKN ditingkatkan dengan sistem pembayaran berdasarkan norma kapitasi dan kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada FKTP. Norma Penetapan Besaran Kapitasi adalah kriteria mengenai tingkat kelengkapan sumber daya dan pelayanan FKTP yang digunakan untuk penetapan besaran kapitasi bagi FKTP (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2015*). Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*).

Komitmen pelayanan adalah komitmen fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang telah disepakati. Tujuan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*). Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP dilakukan setelah terjadi kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP, yaitu:

- a. Terhadap Puskesmas di wilayah Ibukota Provinsi dan di wilayah selain Ibukota Provinsi;

b. Terhadap Rumah Sakit Kelas D Pratama, Klinik Pratama milik Pemerintah, atau fasilitas kesehatan yang setara dilaksanakan dengan kriteria:

1. Telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal 1 (satu) tahun; dan
2. Minimal peserta terdaftar pada Klinik Pratama milik Pemerintah 5.000 Peserta.

Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

a. Angka Kontak (AK)

Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan. Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*):

$$AK = \frac{\text{Jumlah Peserta yang Melakukan Kontak}}{\text{Jumlah Peserta yang Terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Bentuk kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:

- 1) Tempat kontak apabila terjadi salah satu atau lebih kontak antara peserta dengan:
  - a) FKTP (Puskesmas, Klinik, DPP, RS Kelas D Pratama);
  - b) Jaringan pelayanan Puskesmas (Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan desa);
  - c) Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya);
  - d) Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Pembinaan Terpadu

(Posbindu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu Lansia;

- e) Rumah atau domisili Peserta yang dikunjungi oleh FKTP;
- f) Upaya Kesehatan Sekolah (UKS); dan
- g) Tempat kontak lainnya yang disepakati

## 2) Jenis Pelayanan

### a) Kunjungan Sakit

- Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- Pelayanan tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
- Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
- Home visit pasien sakit.
- Pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

### b) Kunjungan sehat

- Pelayanan imunisasi
- Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok
- Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB)
- Home visit
- Senam Sehat

Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan dicatatkan pada aplikasi P-Care. Pada saat dilakukan penilaian, tim penilai melakukan uji sampling terhadap kontak yang dilaporkan oleh FKTP berupa bukti daftar hadir/bukti kedatangan peserta (tanda tangan peserta), hasil pemeriksaan yang dilakukan, misalnya tekanan darah, GDP/GDPP, berat badan, dokumentasi kegiatan (foto atau video) (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*).

b. Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik (RRNS)

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP. Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*):

$$RRNS = \frac{\text{Jumlah Rujukan Kasus Non Spesialistik}}{\text{Jumlah Rujukan FKTP}} \times 100$$

Jumlah rujukan rawat jalan kasus nonspesialistik adalah jumlah Peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*). Pembahasan dan kesepakatan bersama terkait 144 diagnosa yang harus ditangani secara tuntas di FKTP serta kriteria *Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)* untuk kelayakan rujukan kasus tersebut (yang telah disepakati dapat ditangani secara tuntas) ke FKRTL, dilakukan melalui kegiatan pertemuan daerah antara BPJS Kesehatan dan FKTP yang melibatkan Dinas Kesehatan, Tim Kendali Mutu Kendali Biaya dan Organisasi Profesi wilayah setempat, yang selanjutnya disebut sebagai *Peer Review Kasus Non Spesialistik*. Hasil kesepakatan dari kegiatan *Peer Review Kasus Non Spesialistik* menjadi dasar perhitungan rasio rujukan

rawat jalan kasus non spesialisik di masing-masing FKTP. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL yang dicatatkan pada aplikasi P-Care (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*).

c. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB)

Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis. Indikator Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*):

$$RPPB = \frac{\text{Jumlah Peserta Prolanis Rutin Berkunjung}}{\text{Jumlah Peserta Prolanis Terdaftar di FKTP}} \times 100$$

Jumlah Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar dalam Prolanis (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan, baik di dalam gedung maupun di luar gedung, tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan. Jenis penyakit kronis yang termasuk dalam Prolanis yang dihitung dalam indikator adalah penyakit diabetes melitus dan hipertensi sesuai dengan kesepakatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP dan BPJS Kesehatan (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*). Aktivitas Prolanis yang akan termasuk dalam perhitungan adalah apabila terdapat salah satu atau lebih dari kegiatan Prolanis, seperti:

- 1) Edukasi Klub;
- 2) Konsultasi Medis;
- 3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang;
- 4) Senam Prolanis;

- 5) Home Visit; dan/atau
- 6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB).

Dalam hal peserta Prolanis dirujuk ke FKRTL dengan alasan kontrol ulang rutin, kondisi pasien tidak stabil atau kekosongan obat PRB, maka pasien tetap dinyatakan sebagai pasien Prolanis dan tetap masuk dalam perhitungan. Bentuk kontak/kesinambungan pelayanan bagi peserta dengan kondisi ini tetap dihitung dari aktifitas lain selain konsultasi dan pelayanan obat rutin (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*).

Target pemenuhan komitmen pelayanan adalah batasan optimal indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP. Batasan terdapat dua kategori sabagai berikut (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017*):

1. Zona aman adalah kondisi FKTP dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan.
2. Zona Tidak Aman adalah kondisi FKTP tidak dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan.

Target Pemenuhan Komitmen Pelayanan terdiri dari 3 indikator sebagai berikut:

- a) Angka Kontak (AK) Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP sebesar paling sedikit 150‰ (seratus lima puluh permil) setiap bulan.
- b) Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)  
Target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik oleh FKTP sebesar kurang dari 5% (lima persen) setiap bulan.
- c) Rasio Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP (RPPB)  
Target pemenuhan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP, sebesar paling sedikit 50% (lima puluh persen) setiap bulan.

Penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan pencapaian target indikator komitmen pelayanan bagi FKTP, sebagai berikut:

- 1) Apabila 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan tercapai, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 2) Apabila 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan tercapai, dan 1 (satu) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 3) Apabila 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan tercapai dan 2 (dua) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% (Sembilan puluh dua koma lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 4) FKTP yang tidak memenuhi seluruh target indikator komitmen pelayanan, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

#### **D. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya (Peraturan Bersama Sekjend Kemenkes RI dan Direktur Utama BPJS Kesehatan, 2017). Berdasarkan Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2016 FKTP terdiri dari:

- 1) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Pusat Kesehatan Masyarakat atau puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014).

- 2) Klinik Pratama

Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.

3) Praktik Mandiri Dokter

Praktik Mandiri Dokter adalah praktik dokter perorangan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar umum dalam rangka upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama.

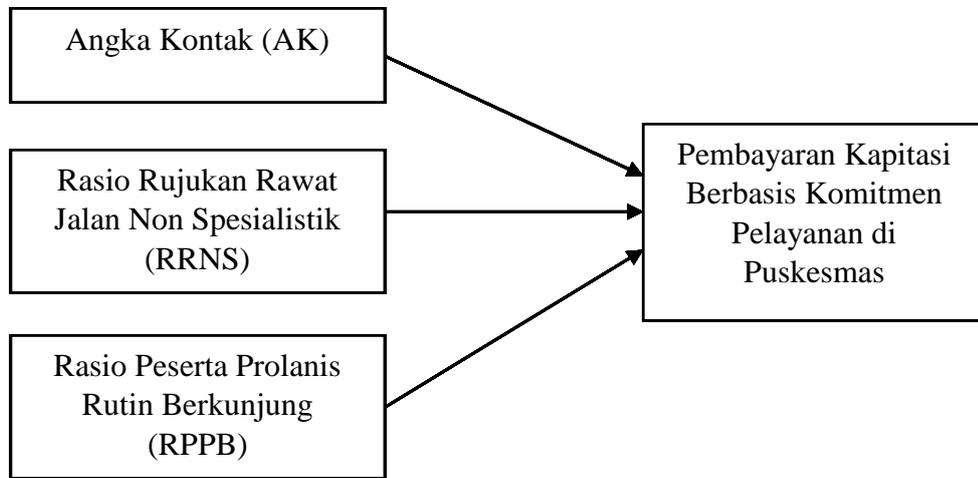
4) Rumah Sakit Kelas D Pratama

Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya.

## **2.2 Penelitian Terdahulu**

Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Nainggolan, Regina Fransisca (2019) Angka kontak Puskesmas Sidomulyo tidak mencapai target pada zona aman 150 permil. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan sumber daya manusia dan persepsi masyarakat mengenai puskesmas yang hanya sebagai tempat berobat atau pelayanan kuratif. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik Puskesmas Sidomulyo mencapai target pada zona prestasi (kurang dari 1%). Hal ini disebabkan karena dokter dituntut untuk lebih selektif dan memahami kompetensinya dalam memberikan rujukan. Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP terlaksana dan belum tercapai. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sumber daya manusia dalam melakukan kegiatan prolanis. Kunjungan rumah sudah dilaksanakan di Puskesmas Sidomulyo. Hal ini disebabkan oleh sarana transportasi yang belum memadai dan sulitnya masyarakat untuk dijumpai.

### 2.3 Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

Sumber: Peraturan Bersama Sekjen Kesehatan RI dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor 2. 2017. *Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*

