

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, 2009). Setiap orang berhak atas perlindungan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 28 H UUD 1945, yang mengatur bahwa setiap orang berhak untuk hidup lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak atas pelayanan kesehatan. Sebagai kebutuhan yang mendasar, pemenuhan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab setiap orang namun juga menjadi tanggung jawab pemerintah. Pemerintah berkawajiban untuk menjamin seluruh warganya agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standart.

Untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sejak diundangkannya undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-undang No.24 tahaun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) ditetapkan bahwa BPJS Kesehatan mulai beroperasi tanggal 1 januari 2014.

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di rumah sakit, namun harus dilakukan secara berjenjang dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai penyedia pelayanan kesehatan dasar yang disesuaikan dengan kebutuhan medis. (BPJS Kesehatan, 30 Oktober 2014).

Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki tanggung jawab yang besar terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian puskesmas berperan sebagai *gatekeeper* (Rosdiana et al., 2017b).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berperan sebagai gatekeeper sangatlah penting, menurut B.Starfield (1998) hal ini dikarenakan bahwa fungsi

Puskesmas sebagai kontak pertama dan penepis rujukan serta pada konsep *gatekeeper* tersebut juga meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara menyeluruh. Sedangkan untuk kendali mutu dan biaya akan berjalan ketika implementasi keempat fungsi pelayanan primer tersebut telah optimal.

Mutu pelayanan kesehatan berpacu pada aspek keamanan peserta, efektifitas pelayanan, kesesuaian tindakan pasien, serta efisiensi biaya. Kendali mutu pelayanan dilaksanakan secara menyeluruh meliputi mutu medic (pelayanan kesehatan), mutu non medis (fasilitas kesehatan) dan mutu administrasi (pelaporan).

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan dituntut untuk dapat memonitoring, mengevaluasi dan mendorong mutu pelayanan Konsep *Primary Health Care (PHC)* dapat mendorong efisiensi pelayanan kesehatan. Untuk mencapai pelayanan kesehatan berkualitas perlu dibantu dengan sumber daya kesehatan, lingkup pelayanan dan komitmen serta kelengkapan sarana dan prasarana.

Implementasi JKN pada pelayanan primer maupun lanjutan menganut prinsip *managed care* yang bertumpu pada kendali mutu dan biaya. Salah satu strategi pemerintah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu dengan menerapkan pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), konsep strategi KBK ini sudah banyak diperbincangkan.

Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) sudah dilakukan di beberapa negara seperti Amerika Serikat, Selandia Baru, Jerman Perancis dan Turki dengan sebutan "*pay for performance*". Dimana *pay for performance* sendiri merupakan sistem pembayaran berdasarkan dengan kualitas dan Tujuan tercapainya kinerja yang dilakukan serta sudah menjadi prioritas utama dalam program asuransi *medicare*.

Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja dinilai berdasarkan tiga rasio indikator yang meliputi, Angka Kontak (≥ 150 per mil), Rasio Rujukan Kasus Non Spesialistik ($\leq 2\%$) dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali ($\geq 5\%$). Apabila Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) total nilai capaian pembayaran KBK 4 (empat), Maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100%, jika total nilai capaian pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95%, namun apabila total nilai capaian KBK 2-<3 maka FKTP menerima pembayaran

kapitasi sebesar 90%, sedangkan Fasilitas Tingkat Pertama (FKTP) total nilai capaian KBK $1 < 2$, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85%.

Berdasarkan beberapa jurnal dan penelitian sebelumnya yang dilakukan diantaranya, pada penelitian yang dilakukan Nadea Innayatin Syarofi tahun 2021 yang membahas tentang tinjauan pencapaian indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) pada Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Ngaliyan Kota Semarang, dalam kesimpulannya mengatakan bahwa capaian indikator RPPT di Puskesmas Ngaliyan belum memenuhi target ($\geq 5\%$). Apabila dilihat dari capaian indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM Tipe 2 selama 5 bulan belum mencapai target indikator, disebabkan oleh kurangnya jumlah peserta Prolanis yang terdaftar di Puskesmas Ngaliyan yang memiliki hasil pemeriksaan spesifik yang terkendali selama 5 bulan pengamatan (SYAROFI; & SYAROFI, 2020).

Kemudian pada jurnal oleh Anton Kristijono pada tahun 2020 yang menjelaskan capaian indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Puskesmas di Kota Semarang yang dimana di jurnalnya mengatakan bahwa Rata-rata capaian Angka Kontak Puskesmas di kota Semarang pada tahun 2018 mencapai 156,43 per mil dan 157,08 per mil lebih besar dari target indikator. Pada semester 1 tahun 2019 adalah 144,99 per mil, di bawah target indikator.

Sedangkan untuk capaian rata-rata peserta Prolanis pada tahun 2018 serta semester 1 tahun 2019 berturut-turut adalah 68,68%; 40,22%; 63,93% semuanya di atas target indikator, kemudian untuk rata-rata capaian rasio rujukan rawat jalan non spesialisistik pada semester 1 dan semester 2 tahun 2018 serta semester 1 tahun 2019 berturut-turut adalah 0,16%; 0,10%; 0,13% semuanya di atas target indikator. Rata-rata capaian pembayaran KBK di Kota Semarang pada semester 1 dan semester 2 tahun 2018 serta semester 1 tahun 2019 berturut-turut adalah 97,74%; 98,07%; 98,07%. Angka tersebut belum mencapai 100%. (Anton Kristijono, 2020).

Banyaknya kasus Covid-19 yang semakin menyebar di Indonesia, pencapaian Angka Kontak (AK) pada Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Srandol mencapai status tidak aman dengan capaian terendah yaitu sebesar 48.39 permil pada bulan Agustus 2021 (Mahesti; & Mahesti, 2021).

Faktor penyebab belum tercapainya target pemenuhan indikator Angka kontak yang paling dominan disebabkan oleh terlalu tingginya target yang harus dicapai ≥ 150 permil, pasien berpindah tempat tinggal atau faskes, tidak optimalnya petugas p-care dan BPJS hanya menghitung 1 kali kunjungan dalam setiap bulan. Sedangkan factor penyebab belum tercapainya RRNS yang paling dominan disebabkan oleh meningkatnya permintaan rujukan, terlalu sedikit pasien yang diperbolehkan untuk dirujuk $< 5\%$ dan kurangnya ketersediaan sarana dan prasarana. Dan faktor penyebab belum tercapainya RPPT yang paling dominan disebabkan oleh jadwal prolanis yang tidak sesuai dengan peserta prolanis, tingginya target yang ditetapkan $\geq 50\%$ dan kurangnya dana operasional kegiatan prolanis (Darmawan et al., 2020).

Bagi Puskesmas dengan capaian indikator tidak berada pada zona aman dan capaian pembayaran kapitasi tidak mencapai 100% perlu dilakukan upaya monitoring terhadap input data pada aplikasi p-care agar diketahui angka capaiannya untuk dilakukan upaya-upaya perbaikan sebelum data dikirimkan ke BPJS Kesehatan.

Penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dilakukan secara bertahap dengan melibatkan puskesmas yang berada di wilayah ibukota provinsi. Sedangkan untuk puskesmas di wilayah selain ibukota provinsi, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik dokter dan fasilitas kesehatan yang setara dilakukan setelah terjadi kesepakatan antara BPJS kesehatan dengan FKTP, selambatnya pada 1 Januari 2017, kecuali FKTP di daerah terpencil dan sangat terpencil (B. Kesehatan, 2015).

Blitar merupakan salah satu Kota yang berada di Provinsi Jawa Timur, Kota Blitar sendiri terbagi dalam tiga wilayah kecamatan, yaitu Sananwetan, Kepanjen Kidul, Dan Sukorejo. Di setiap wilayah kecamatan terdapat Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan masyarakat yaitu Puskesmas Sananwetan, Puskesmas Kepanjenkidul dan Puskesmas Sukorejo. Dengan adanya puskesmas di setiap wilayah yang tempatnya luas, ada fasilitas rawat inap kelas 1,2,dan 3,fasilitas UGD (Unit Gawat Darurat) atau IGD (Instalasi Gawat Darurat), Bersalin, banyak dokter spesialis serta banyak poliklinik, dapat memudahkan masyarakat untuk mengakses dan berobat di puskesmas tersebut.

Dengan berbagai jenis pelayanan yang ada tentunya Puskesmas di Kota Blitar harus menerapkan upaya pengendalian mutu dan biaya. Tentunya diketiga Puskesmas

yang berada di Kota Blitar sudah menerapkan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) namun sampai saat ini memasuki tahun keenam program JKN, belum ada penelitian terkait pencapaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada puskesmas di Kota Blitar tersebut. Adapun kecapaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kota Blitar diketahui belum mencapai target yang telah ditetapkan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti ingin mengambil judul penelitian tentang “Studi Kasus Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Puskesmas Di Kota Blitar”.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Dari latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pencapaian indikator Angka Kontak di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021?
2. Bagaimana pencapaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021?
3. Bagaimana pencapaian indikator rasio Peserta Prolanis Terkendali di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021?
4. Bagaimana faktor yang melatarbelakangi pemenuhan capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021
5. Bagaimana mekanisme pencatatan terkait indikator kapitasi berbasis kinerja di Puskesmas Kota Blitar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (Angka Kontak, Rasio Rujukan Kasus Non Spesialistik, Rasio Peserta Prolanis Terkendali) pada Puskesmas di Kota Blitar pada tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui capaian indikator rasio Angka Kontak (AK) di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021.
2. Untuk mengetahui capaian indikator rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik (RRNS) di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021.

3. Untuk mengetahui capaian indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021.
4. Untuk mengetahui capaian Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021.
5. Untuk mengetahui faktor yang melatarbelakangi pemenuhan capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kota Blitar tahun 2021.
6. Untuk mengetahui mekanisme pencatatan terkait indikator Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kota Blitar

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Mahasiswa

Hasil laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan Mahasiswa mengenai capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (angka kontak, rasio rujukan non spesialisistik, rasio peserta prolanis terkendali) pada puskesmas di Kota Blitar.

1.4.2 Bagi Institusi

Hasil laporan tugas akhir ini dapat menjadi sumber kepustakaan khususnya dalam prodi D3 Asuransi Kesehatan terhadap capaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

1.4.3 Bagi Puskesmas

Hasil laporan tugas akhir ini diharapkan menjadi acuan dalam penyempurnaan yang perlu dilakukan Puskesmas dalam menerapkan KBK, dan dapat mengembangkan kebijakan Puskesmas yang berkaitan dengan pelaksanaan JKN.

1.4.4 Bagi BPJS Kesehatan

Hasil laporan tugas akhir ini diharapkan sebagai bahan masukan untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).