

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Sesuai undang-undang kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 yang berisi tentang kesehatan di Indonesia dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, perlindungan bagi masyarakat, mengatur kewenangan serta tanggung jawab tenaga kesehatan, dengan kebijakan tersebut maka setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas, serta terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak. Upaya yang dilakukan pemerintah untuk dapat memenuhi kebutuhan kesehatan bagi setiap warga negara yaitu dengan melaksanakan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diatur dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan pelaksanaan kewajiban negara untuk menjamin kepastian perlindungan serta jaminan sosial bagi setiap warga negara. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yaitu asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan menggunakan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib bagi seluruh warga negara Indonesia.

BPJS bertugas melakukan atau menerima pendaftaran peserta, memungut serta mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayar manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, serta memberi informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan kepada peserta dan masyarakat (Setiawan et al., 2022). BPJS Kesehatan dalam melaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dituntut untuk mampu memonitoring,

mengevaluasi, serta mendorong mutu pelayanan konsep *Primary Health Care* (PHC) guna mendorong efisiensi pelayanan kesehatan. Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang berkualitas, maka dibutuhkan sumber daya kesehatan, lingkungan pelayanan dan komitmen serta kelengkapan sarana dan prasarana (Setiawan et al., 2022).

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan kesehatan tidak hanya berpusat pada rumah sakit saja, akan tetapi harus dilakukan secara berjenjang dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terdiri dari puskesmas atau yang setara, klinik pratama atau yang setara, dokter praktik perorangan atau yang setara, serta rumah sakit kelas D atau yang setara (Anggraeni et al., 2016).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dirancang untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat yang memiliki tanggung jawab besar terhadap pelayanan kesehatan, dengan berperan sebagai *gatekeeper*. *Gatekeeper* merupakan konsep sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama mampu mengoptimalkan sistem pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kompetensinya (Firdiah et al., 2017).

Puskesmas dirancang sebagai pelayanan kesehatan promotif dan preventif, agar implementasi dapat berjalan secara optimal maka puskesmas perlu melakukan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Mutu pelayanan kesehatan berpacu pada aspek keamanan peserta, kesesuaian tindakan pasien, efektifitas pelayanan, dan efisiensi biaya (Budiarto & Kristiana, 2015). Kendali mutu pelayanan kesehatan dilaksanakan menyeluruh meliputi mutu medis (pelayanan kesehatan), mutu non medis (fasilitas kesehatan) serta mutu administrasi (pelaporan) (Setiawan et al., 2022).

Peningatan mutu pelayanan di FKTP, diterapkan dengan pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Pelaksanaan pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja dinilai berdasarkan tiga rasio indikator, yaitu Angka Kontak ( $\geq 150$  per mil), Rasio Rujukan Kasus Non Spesialistik ( $\leq 2\%$ ) dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali ( $\geq 5\%$ ). Apabila Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

(FKTP) mencapai pembayaran KBK 4 (empat) maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100%.

Pada penelitian sebelumnya yang membahas tentang Analisis Faktor Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen di Puskesmas Kota Palembang, dalam kesimpulannya mengatakan bahwa capaian target indikator KBK di FKTP khususnya kota Palembang dapat dikatakan belum optimal dikarenakan pada bulan Juli hingga September 2018, dari 41 hanya 12 puskesmas yang dapat memenuhi tiga indikator dan mendapatkan pembayaran kapitasi 100%. Faktor yang mempengaruhi ketidaktercapaian KBK dikarenakan petugas mengalami kendala tidak mampu menghitung sasaran dari indikator KBK, khususnya indikator angka kontak yang harus 150 per mil agar masuk kategori aman, sehingga pembayaran kapitasi dapat dibayarkan penuh oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, petugas kesulitan dalam melakukan entri data sesuai dengan harapan BPJS yakni secara konsisten dan realtime, dikarenakan petugas harus menyelesaikan kegiatan puskesmas lainnya (Munawarah et al., 2022).

Pada penelitian lain yang membahas tentang Analisis Faktor yang Mempengaruhi KBK di Puskesmas Cikancung Dinas Kabupaten Bandung, dalam kesimpulannya mengatakan bahwa indikator KBK yaitu angka kontak di Puskesmas Cikancung tidak mencapai target. Hal ini dikarenakan oleh belum terorganisirnya petugas yang bertanggung jawab memantau proses penginputan data kunjungan sakit dan kunjungan sehat serta persepsi masyarakat mengenai puskesmas yang sebagai tempat berobat (pelayanan kuratif) saja, padahal puskesmas merupakan pelayanan promotif serta preventif yaitu masyarakat dapat berkonsultasi mengenai status gizi, sanditerian, dan pelayanan hidup bersih dan sehat (PHBS). Rasio peserta PROLANIS Hipertensi di Puskesmas Cikancung mencapai target aman, akan tetapi untuk kasus peserta Diabetes Mellitus perlu ditingkatkan pemantauan kesehatan peserta agar mencapai standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan komunikasi antara pemegang program PROLANIS dengan masyarakat agar pelaksanaan

pemantauan kondisi peserta PROLANIS berjalan sesuai protokol kesehatan diantaranya, Edukasi Klub, Konsultasi Medis, Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang dan pelayanan obat secara rutin (obat PRB) (Khoeriyah et al., 2021).

Faktor penyebab belum tercapainya target pemenuhan Angka Kontak (AK) yang paling dominan disebabkan oleh tingginya target yang harus dicapai yaitu  $\geq 150$  per mil, pasien berpindah faskes atau tempat tinggal, tidak optimalnya petugas *p-care*, dan BPJS hanya menghitung 1 kali kunjungan dalam setiap bulan. Sedangkan faktor yang menyebabkan tingginya RRNS dikarenakan adanya rujukan berulang, kecukupan obat, kecukupan alat kesehatan dipuskesmas, serta jarak puskesmas fasilitas rujukan (Firdiah et al., 2017). Dan faktor penyebab belum tercapainya RPPT yang paling dominan dikarenakan tingginya target yang ditetapkan  $\geq 50\%$  dan kurangnya dana operasional kegiatan prolanis.

Bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan capaian indikator tidak berada pada zona aman dan capaian pembayaran kapitasi belum mencapai 100% perlu dilakukan monitoring terhadap input data pada aplikasi *p-care* agar mengetahui angka capaiannya untuk dilakukan upaya perbaikan sebelum data dikirim ke BPJS Kesehatan. Masalah dalam peningkatan target KBK di puskesmas, dikarenakan penginputan data kunjungan aplikasi *p-care* harus dilaksanakan oleh tenaga komputer atau paling tidak oleh tenaga yang pernah dilatih input data kontak yang ada di wilayah kerja puskesmas tersebut (Dachi et al., 2022).

Puskesmas Kampak merupakan salah satu puskesmas yang berada di Kabupaten Trenggalek. Sebagian besar puskesmas di Kabupaten Trenggalek telah mencapai target KBK 100%, namun hingga saat ini capaian KBK di Puskesmas Kampak belum mencapai target yang ditetapkan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilaksanakan dengan mewawancarai Kepala Tata Usaha Puskesmas Kampak terdapat indikator Angka Kontak (AK) yang tidak tercapai dimana kunjungan Posyandu dan beberapa

kunjungan lainnya tidak dimasukkan kedalam kunjungan sehat dalam Aplikasi P-Care.

Berdasarkan latar belakang diatas, pada kesempatan kali ini peneliti tertarik untuk meneliti “Analisis Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Di Puskesmas Kampak Kabupaten Trenggalek”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

Bagaimana capaian pembayaran KBK di Puskesmas Kampak pada tahun 2023?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan umum**

Mengetahui capaian pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (Angka Kontak, Rasio Rujukan Kasus Non Spesialistik, Rasio Peserta Prolanis Terkendali) di Puskesmas Kampak Tahun 2023.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui capaian indikator Angka Kontak di Puskesmas Kampak Pada tahun 2023.
2. Untuk mengetahui capaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik di Puskesmas Kampak Pada tahun 2023.
3. Untuk mengetahui capaian indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali di Puskesmas Kampak Pada tahun 2023.
4. Untuk mengetahui capaian Kapitasi Berbasis Kinerja di Puskesmas Kampak Pada tahun 2023.
5. Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan ketidaktercapaian indikator KBK.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi Puskesmas**

Hasil laporan tugas akhir ini diharapkan bisa menjadi salah satu acuan puskesmas dalam penyempurnaan penerapan sistem pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

### **1.4.2. Bagi BPJS Kesehatan**

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

### **1.4.3. Bagi Institusi**

Hasil laporan tugas akhir ini dapat menjadi sumber kepustakaan khususnya dalam prodi D-III Asuransi Kesehatan terhadap pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

### **1.4.4. Bagi Penulis**

Penelitian ini diharapkan bisa menambah wawasan serta pengetahuan terkait capaian indikator Kapitasi Berbasis Komitmen (angka kontak, rasio rujukan non spesialis, rasio peserta prolanis terkendali) dan sistem pembayaran pada Puskesmas Kampak Kabupaten Trenggalek.