

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Dasar Teori

2.1.1. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

2.1.1.1 Definisi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjelaskan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan sosial adalah suatu bentuk upaya perlindungan sosial untuk menjamin kebutuhan dasar hidup yang layak serta meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.1.1.2 Asas, Tujuan dan Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

A. Asas Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yaitu asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia. Asas kemanusiaan berhubungan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Asas manfaat adalah asas yang bersifat operasional yang menggambarkan pengelolaan yang efektif serta efisien. Sedangkan asas keadilan adalah asas yang bersifat ideal. Dari ketiga asas tersebut bertujuan untuk menjamin keberlangsungan program dan hak peserta.

B. Tujuan Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan

kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

C. Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan pada 9 (sembilan) prinsip, antara lain:

1. Prinsip Kegotong-royongan

Prinsip kegotong-royongan diartikan bahwa peserta JKN saling membantu satu sama lain dalam menanggung biaya jaminan, yang mampu membantu yang kurang mampu, dan yang sehat membantu yang sakit. Hal ini dapat diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilan.

2. Prinsip Nirlaba

Prinsip nirlaba adalah prinsip yang mengutamakan pengelolaan dan pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Prinsip Keterbukaan

Prinsip keterbukaan diartikan bahwa ada kemudahan dalam mengakses informasi BPJS. Informasi harus lengkap, benar, dan jelas bagi peserta.

4. Prinsip Kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tepat.

5. Prinsip Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas diartikan bahwa dalam melaksanakan program dan pengelolaan keuangan harus dengan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Prinsip Portabilitas

Prinsip portabilitas adalah prinsip yang memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial.

8. Prinsip Dana Amanat

Prinsip dana amanat adalah dana yang berasal dari titipan iuran peserta dan digunakan untuk kepentingan peserta.

9. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial adalah hasil yang berupa keuntungan digunakan untuk pengembangan program dan kepentingan peserta.

2.1.2. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah salah satu program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang dan Undang-Undang program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dijelaskan bahwa tujuan dari program JKN untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat

yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Kepesertaan yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan termasuk obat serta bahan medis habis pakai yang diperlukan. Dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diharapkan mampu meningkatkan kualitas kesehatan secara individu maupun secara kelompok.

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang No.40 tahun 2004 maka Jaminan kesehatan Nasional tepat tanggal 1 Januari 2014, pemerintah memutuskan melakukan perobakan besar dengan menyatukan semua perusahaan jaminan kesehatan yaitu Jamsostek, Asabri, Taspen, Asakes menjadi satu lembaga badan hukum bernama BPJS Kesehatan atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011. Terbentuknya BPJS Kesehatan di Indonesia merupakan penerapan dari beberapa Undang-Undang yang telah berlaku terkait pemberian jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan salah satu BUMN yang merupakan bentuk sinergi dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN harus menerapkan sistem kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu penjaminan mutu yang di implementasikan dalam program JKN adalah dengan adanya Kapitasi Berbasis Kinerja.

BPJS Kesehatan mengeluarkan sistem Jaminan sosial yang berfungsi sebagai proteksi yang diberikan kepada seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali, maka dari itu jaminan sosial hadir sebagai

salah satu pilar kesejahteraan yang bersifat operasional. Dimana tujuan dari badan hukum ini untuk memberikan jaminan atau proteksi kesehatan kepada peserta untuk mengganti biaya pengobatan yang meliputi biaya perawatan rumah sakit, biaya pembedahan, serta biaya obat-obatan. Negara bertanggung jawab terhadap penyediaan fasilitas kesehatan yang layak dan bermutu demi menjamin kesejahteraan dibidang kesehatan.

2.1.4. Puskesmas

2.1.4.1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia (Syifani & Dores, 2018). Puskesmas merupakan unit strategis dalam mendukung terwujudnya perubahan status kesehatan menuju peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, harus mampu melakukan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan dan tuntutan, kemampuan, inovasi serta kebijakan pemerintah setempat (Ekasari et al., 2017).

2.1.4.2. Prinsip Penyelenggara, Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

A. Prinsip Penyelenggara Puskesmas

1. Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan agar berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat.

2. Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas menggerakkan serta bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3. Kemandirian Masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup bagi individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat.

4. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa harus membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya serta kepercayaan.

5. Teknologi Tepat Guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna sesuai kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, serta tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6. Keterpaduan dan Kesiambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung manajemen puskesmas.

B. Tugas Puskesmas

Puskesmas bertugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

C. Fungsi Puskesmas

1. Penyelenggaraan (Upaya Kesehatan Masyarakat) UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.

2. Penyelenggaraan (Upaya Kesehatan Perorangan) UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

D. Wewenang Puskesmas

Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas memiliki kewenangan diantaranya:

1. Penyelenggaraan (Upaya Kesehatan Masyarakat) UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, diantaranya:
 - a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan pada analisis masalah kesehatan masyarakat serta analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
 - b. Melaksanakan advokasi serta sosialisasi kebijakan kesehatan.
 - c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, serta pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
 - d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi serta menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor terkait.
 - e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan serta upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - f. Memantau pelaksanaan pembangunan supaya berwawasan kesehatan.
 - g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, serta evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan pelayanan kesehatan.
 - h. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini serta respon penanggulangan penyakit.

2. Penyelenggaraan (Upaya Kesehatan Perorangan) UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, diantaranya:
 - a. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, serta bermutu.
 - b. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
 - c. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi bagi individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat.
 - d. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan serta keselamatan pasien, petugas, dan pengunjung.
 - e. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif serta kerja sama inter dan antar profesi.
 - f. Melaksanakan rekam medis.
 - g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, serta evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
 - h. Melaksanakan peningkatan kompetensi bagi tenaga kesehatan.
 - i. Mengkoordinasikan serta melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
 - j. Melaksanakan penampisan rujukan sesuai indikasi medis dan sistem rujukan.

2.1.5. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai standar pelayanan yang berlaku (Ulumiyah, 2018). Mutu pelayanan kesehatan tidak dapat lepas

dari kepuasan pasien. Pasien dapat dijadikan tolak ukur keberhasilan mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan. Mutu pada pelayanan kesehatan dapat berdasarkan pada efisiensi, efektifitas, ketepatan waktu, keadilan, berorientasi pada pasien, serta keselamatan pasien (Ulumiyah, 2018).

Sesuai Permenkes No. 46 Tahun 2015, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang mengatur terkait standar dan kriteria penilaian pelaksanaan upaya kesehatan pasien sebagai bentuk strategi monitoring upaya keselamatan pasien di puskesmas. Kunci keberhasilan pelayanan kesehatan adalah kecepatan pelayanan, keramahan, efektifitas tindakan dan kenyamanan bagi pasien serta pengunjung. Komitmen serta dukungan petugas menjadi faktor pendorong dalam tahap menuju kemajuan puskesmas.

Tahun 2018, WHO memperkenalkan Framework On Integrate People-Centred Health yang menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dilihat dari tujuh dimensi mutu pelayanan kesehatan, diantaranya:

1. Aman

Dapat diartikan sebagai pelayanan yang dapat menghindari bahaya bagi orang-orang yang menjadi sasaran dari pelayanan yang diberikan.

2. Efektif

Dapat diartikan dalam menyediakan pelayanan kesehatan berbasis bukti pada pasien yang membutuhkannya.

3. Berpusat pada Orang

Dapat diartikan memberikan perawatan yang menanggapi preferensi, kebutuhan, serta nilai individu.

4. Tepat Waktu

Dapat diartikan bahwa mengurangi waktu tunggu dan terkadang terdapat penundaan yang merugikan bagi pasien dan fasilitas kesehatan.

5. Efisien

Dapat diartikan bahwa memaksimalkan manfaat dari sumber daya yang tersedia serta menghindari pemborosan.

6. Adil

Dapat diartikan sebagai pemberian pelayanan yang tidak bervariasi dari segi mutu atau pelayanan yang diberikan sama.

7. Terintegrasi

Dapat diartikan bahwa pemberian pelayanan yang terkoordinasi di seluruh tingkatan.

2.1.6. Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja

Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) adalah pengembangan dari sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen (KBKP), Penerapan KBK untuk pembayaran kapitasi di FKTP bertujuan untuk meningkatkan efektivitas serta efisiensi pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. Adapun indikator KBK sebagai berikut:

2.1.6.1 Angka Kontak (AK)

Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer pada FKTP oleh peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan (BPJS, 2017)

Indikator Angka Kontak dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$AK = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Perhitungan angka kontak merupakan perbandingan antara jumlah peserta yang melakukan kontak dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

Jumlah peserta yang merupakan jumlah peserta JKN yang terdaftar pada FKTP per bulan. Bentuk kontak yang menjadi catatan penilaian yaitu:

1. Tempat Kontak

Apabila terjadi salah satu atau lebih kontak peserta dengan:

- a. FKTP (Puskesmas, Klinik, DPPP, RS Kelas D Pratama).
- b. Jaringan pelayanan Puskesmas (puskesmas pembantu, puskesmas keliling, serta bidan desa).
- c. Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotik, laboratorium, bidan, serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya).
- d. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), dan Posyandu Lansia.
- e. Rumah atau domisili peserta yang dikunjungi oleh FKTP.
- f. Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).
- g. Tempat kontak lainnya.

2. Jenis Pelayanan

Kontak antara peserta dengan FKTP merupakan kondisi terdapat salah satu atau lebih pelayanan yang diberikan oleh FKTP dalam bentuk.

a. Kunjungan Sakit

1. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, serta konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

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

b. Kunjungan Sehat

1. Pelayanan imunisasi.
2. Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
3. Pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, dan Keluarga Berencana (KB).
4. *Home visit*
5. Senam sehat

Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan yang dicatatkan pada aplikasi Pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

2.1.6.2 Rasio Rujukan Non Spesialistik

Rasio Rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah indikator untuk mengetahui optimalnya koordinasi serta kerjasama antara FKTP dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai dengan indikasi medis dan kompetensinya.

Indikator rasio rujukan non spesialistik dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100\%$$

Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah rujukan FKTP dikali 100 (seratus). Jumlah rujukan FKTP merupakan total jumlah peserta yang dirujuk ke FKRTL.

Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik merupakan jumlah peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter FKTP sesuai ketentuan perundang-undangan. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini merupakan hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada sistem BPJS Kesehatan.

2.1.6.3 Rasio Peserta Prolanis Terkendali

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) adalah indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien Diabetes Militus tipe 2 atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi. Jumlah peserta terdaftar di FKTP yang telah dengan diagnosa DM

atau HT adalah peserta yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT. Kriteria penyakit RPPT terkendali adalah:

1. Pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa. Peserta dengan capaian kadar gula darah puasa (GDP) 80-130 mg/dl
2. Pasien HT dengan capaian tekanan darah
 - I. Umur 18-65 tahun, systole 120-130 mmHg dan diastole 70-79 mmHg.
 - II. Umum >65 tahun, systole 130-13 mmHg dan diastole 70-79 mmHg.

Program Prolanis merupakan pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan serta BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan peserta Prolanis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif serta efisien. Sasaran program Prolanis adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan yang menyandang penyakit kronis (Diabetes militus tipe 2 atau Hipertensi).

Manfaat program Prolanis menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Skrining Riwayat Kesehatan Dan Skrining Kesehatan Tertentu Serta Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan dan Panduan Praktis Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) (BPJS, 2019).

1. Konsultasi kesehatan dan pemeriksaan kesehatan

Konsultasi kesehatan dan pemeriksaan kesehatan diberikan oleh tim Prolanis terpadu di FKTP yaitu dokter serta tenaga kesehatan. Biaya konsultasi kesehatan dan pemeriksaan kesehatan masuk dalam komponen kapitasi.

2. Pelayanan obat

- a. Peserta Prolanis yang terdaftar sebagai peserta Program Rujuk Balik, obat yang diberikan mengacu dalam ketentuan pemberian obat Program Rujuk Balik.
- b. Peserta Prolanis yang tidak terdaftar sebagai peserta Program Rujuk Balik, obat yang diberikan sesuai indikasi medis mengacu dalam formularium nasional.

3. Pemeriksaan penunjang

Pembiayaan pemeriksaan penunjang bagi peserta prolanis dalam komponen non kapitasi.

- a. Prolanis Diabetes Militus

Pemeriksaan penunjang meliputi:

- a) Gula darah puasa, dengan frekuensi pemeriksaan 1 (satu) bulan sekali.
- b) HbA1c, dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali.
- c) Kimia darah, dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali.

- b. Prolanis Hipertensi

Jenis pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah, dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali. Pemeriksaan darah meliputi:

- a) Mikroalbuminuria
- b) Ureum
- c) Kreatinin
- d) Kolesterol total
- e) Kolesterol LDL
- f) Kolesterol HDL
- g) Trigliserida

4. Kegiatan kelompok

Kegiatan kelompok adalah kegiatan penunjang Prolanis berupa aktifitas fisik dan edukasi kesehatan dengan melibatkan peserta dalam bentuk klub prolanis. Aktivitas fisik dan edukasi kesehatan dilakukan secara periodik oleh FKTP yang dilaksanakan mandiri oleh masing-masing klub Prolanis yang dibina.

Indikator rasio peserta prolanis terkendali dihitung menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RPPT = \frac{\text{rasio Prolanis DM terkendali} + \text{rasio Prolanis HT terkendali}}{2}$$

Rasio Peserta Prolanis Terkendali ke FKTP adalah capaian peserta Prolanis DM terkendali ditambah capaian peserta Prolanis HT terkendali dibagi 2.

$$RPPT\ DM = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

$$RPPT\ HT = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis HT terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

2.1.7. Perhitungan Capaian Pembayaran KBK

Perhitungan capaian pembayaran KBK Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nomor 7 Tahun 2019, pencapaian target indikator kinerja terbagi menjadi:

1. Angka Kontak

Bobot indikator kinerja pembayaran KBK adalah 40% (empat puluh persen), dan target indikator kinerja paling sedikit 150%

(seratus lima puluh permil), dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

- a. Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak ≤ 140 ‰
- b. Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak > 140 ‰ - 145 ‰
- c. Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak > 145 ‰ - 150 ‰
- d. Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak ≥ 150 ‰

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik

Bobot indikator kinerja pembayaran KBK adalah 50% (lima puluh persen), dan target indikator kinerja paling sedikit 2% (dua persen), dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

- a. Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS $> 3\%$
- b. Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS $> 2,5\%$ - 3%
- c. Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS $> 2\%$ - $2,5\%$
- d. Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS $\leq 2\%$

3. Rasio Peserta Prolanis Terkendali

Bobot indikator kinerja pembayaran KBK adalah 10% (sepuluh persen), dan target indikator kinerja paling sedikit 50% (lima puluh persen), dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

- a. Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$
- b. Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT 3% - $< 4\%$
- c. Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT 4% - $< 5\%$
- d. Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT ≥ 5

Tabel 2.1 Penilaian Kapitasi Berbasis Kinerja

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai capaian f = bxd
				Rating	Deskripsi	
	A	B	C	D	E	
1	Angka Kontak	40%	≥150%	4	≥ 150%	1.6
				3	>145 – 150 ‰	1.2
				2	> 140 – 145 ‰	0.8
				1	≤ 140 ‰	0.4
2	RRNS	50%	≤ 2%	4	≤ 2%	2
				3	> 2 – 2,5%	1.5
				2	> 2,5 – 3%	1
				1	> 3%	0.5
3	RPPT	10%	≥ 5%	4	≥ 5%	0.4
				3	4 – < 5%	0.3
				2	3 – < 4%	0.2
				1	< 3%	0.1

Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 201

Tabel 2.2 Penyesuaian Kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian KBK

No.	Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
		Puskesmas	Klinik Pratama/ RS D Pratama
1	4	100%	100%
2	3 - < 4	95%	97%
3	2 - < 3	90%	96%
4	1 - < 2	85%	95%

Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

Pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi serta efektifitas penyelenggara pelayanan kesehatan.

2.1.8. Kapitasi

Kapitasi merupakan besaran pembayaran per bulan yang dibayarkan dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (BPJS, 2019). Sistem pembayaran kapitasi adalah sebuah metode pembayaran pelayanan kesehatan dimana penyedia layanan dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang diberikan.

Sistem pembayaran di era JKN menggunakan sistem pembayaran *prospektif paymen* yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. FKTP dibayar oleh BPJS Kesehatan dengan menggunakan kapitasi. Besaran tarif kapitasi mempertimbangkan kriteria diantaranya sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkungan pelayanan serta komitmen pelayanan. Besaran dana kapitasi yang diterima oleh puskesmas dapat dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\text{Kapitasi} = \text{Jumlah Peserta Terdaftar} \times \text{Besaran Tarif Kapitasi}$$

Ketentuan mengenai besaran tarif kapitasi di puskesmas berdasarkan ketersediaan dokter atau rasio dokter dengan jumlah peserta terdaftar dan/atau ketersediaan dokter gigi yang ditetapkan sebagai berikut (Menteri Kesehatan, 2023)

Tabel 2.3 Ketentuan Besaran Tarif Kapitasi di Puskesmas

Ketersediaan Dokter atau Rasio Dokter terhadap Jumlah Peserta	Ketersediaan Dokter Gigi	Besaran Tarif
Tersedia dokter dengan rasio 1 : \leq 5000	Tersedia dokter gigi	Rp. 7.000,00 (tujuh ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1 : \leq 5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp. 6.300,00 (enam ribu tiga ratus rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1 : $>$ 5000	Tersedia dokter gigi	Rp. 6.000,00 (enam ribu rupiah)
Tersedia dokter dengan rasio 1 : $>$ 5000	Tidak tersedia dokter gigi	Rp. 5.300,00 (lima ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tersedia dokter gigi	Rp. 4.300,00 (empat ribu tiga ratus rupiah)
Tidak tersedia dokter	Tidak tersedia dokter gigi	Rp. 3.600,00 (tiga ribu enam ratus rupiah)

Sumber: Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

BPJS Kesehatan membayar besaran tarif pelayanan kesehatan dengan menggunakan standar tarif kapitasi yang ditetapkan berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai besaran tarif kinerja FKTP ditetapkan berdasarkan tingkat kunjungan peserta ke FKTP, optimalisasi peran pemberi pelayanan kesehatan dasar (*gatekeeper*), dan optimalisasi pelayanan promotif serta preventif.

Penerapan pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggara pelayanan kesehatan. Penerapan pembayar KBK diberlakukan di seluruh FKTP yang sudah bekerjasama kecuali bagi FKTP di wilayah yang sulit mendapatkan akses jaringan komunikasi data yang ditetapkan atas kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten yang dievaluasi paling lama setiap 3 (tiga) bulan.

Penyesuaian pembayaran kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan hasil capaian target kinerja FKTP bulan sebelumnya. Tujuan penerapan KBK untuk meningkatkan performa FKTP yang diukur melalui indikator kinerja yang telah ditetapkan. Jika dalam pemenuhan indikator kinerja bernilai buruk, maka terjadi pengurangan jumlah besaran kapitasi yang disesuaikan dengan tingkat pencapaian indikator kinerja yang diperoleh FKTP. Sebaliknya, jika indikator kinerja bernilai baik, maka FKTP akan mendapat reward dan berpengaruh pada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

Adapun langkah-langkah dalam pembayaran kapitasi sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan memberikan daftar nama peserta yang terdaftar di FKTP dan akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui sistem informasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
2. Dalam hal akses data peserta terdaftar ke FKTP melalui sistem informasi yang ditetapkan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a tidak dapat dilakukan karena tidak terdapat/tersedia jaringan internet, data peserta dapat diberikan dalam media lain yang memungkinkan.
3. FKTP memberikan pelayanan kepada peserta, selanjutnya melakukan input data pelayanan melalui sistem informasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan secara real time.
4. Penilaian capaian kinerja dan penyesuaian kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan data luaran sistem informasi BPJS Kesehatan (BPJS, 2019).

Manfaat dari adanya sistem kapitasi yaitu:

1. Adanya jaminan tersedianya anggaran untuk pelayanan kesehatan yang diberikan.

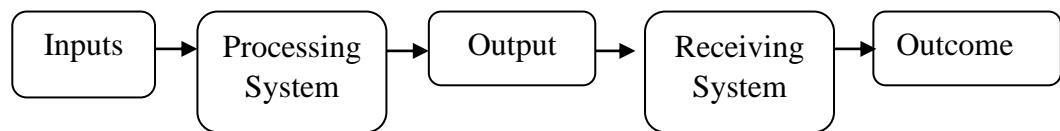
2. Adanya dorongan untuk merangsang perencanaan yang baik dalam pelayanan kesehatan , sehingga dapat dilakukan:
 - a. Pengendalian biaya pelayanan kesehatan per anggota.
 - b. Pengendalian tingkat penggunaan pelayanan kesehatan.
 - c. Efisien biaya dengan penyerasian upaya promotif-preventif dengan kuratif-rehabilitatif.
 - d. Rangsangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien.
 - e. Peningkatan pendapatan untuk PPK yang bermutu.
 - f. Peningkatan kepuasan anggota yang akan menjamin tersedianya kesehatan di Indonesia (Maramis et al., 2018).

2.1.9. Teori

Menurut Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang petunjuk pelaksanaan pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dijelaskan bahwa capaian pembayaran KBK dilihat dari ketercapaian indikator Angka Kontak, Rasio Rujukan Non Spesialistik, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (BPJS, 2019). Indikator Angka Kontak (AK) dilihat dari kunjungan sakit dan kunjungan sehat peserta JKN, indikator Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) dilihat dari seberapa mampu puskesmas menjalankan tugasnya dalam menyaring kasus rujukan non spesialistik, dan indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dilihat dari pelaksanaan kegiatan prolanis di puskesmas seperti konsultasi kesehatan, pelayanan obat serta pemeriksaan penunjang. BPJS Kesehatan akan melihat seberapa mampu puskesmas dalam mengoptimalkan kinerjanya melalui ketiga indikator tersebut

Dalam mencapai target pembayaran KBK 100% tentunya terdapat proses sistem yang harus dijalankan. Sistem merupakan suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul

bersama-sama dengan tujuan melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran tertentu (Taty & Yulianto, 2016). Menurut (Brown & Svenson, 1988) syarat yang harus terpenuhi sebuah sistem adalah harus memenuhi unsur pembentuk sistem yaitu:



Input adalah sebuah data atau informasi yang dibutuhkan oleh sebuah sistem untuk selanjutnya akan diproses dengan sebuah ketentuan yang telah ditentukan kemudian akan keluar sebuah keluaran data dan data tersebut akan diolah terlebih dahulu sebelum pada akhirnya akan menghasilkan hasil outcome.

Dalam sebuah sistem selalu berhubungan dengan konsep dasar manajemen. Tujuan pokok dari manajemen adalah untuk mendapatkan sebuah cara dalam melakukan sebuah usaha dengan sebaik-baiknya dengan menggunakan sumber daya yang ada dan diperoleh hasil semaksimal mungkin.

Menurut (Rohman, 2021), unsur manajemen terdiri dari 5M, yaitu:

1. Man

Merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki perusahaan. Faktor ini merupakan faktor yang paling menentukan karena manusia yang membuat tujuan dan melakukan proses untuk mencapai sebuah tujuan.

2. Money

Merupakan aspek terpenting setelah manusia karena dalam kegiatannya dapat dipastikan akan membutuhkan uang sebagai alat dalam mencapai tujuan karena segala sesuatu akan diperhitungkan secara rasional.

3. Material

Bahan-bahan juga merupakan hal terpenting karena material dan manusia merupakan 2 hal yang tidak dapat dipisahkan tanpa adanya material maka tidak akan tercapai hasil yang akan dikehendaki.

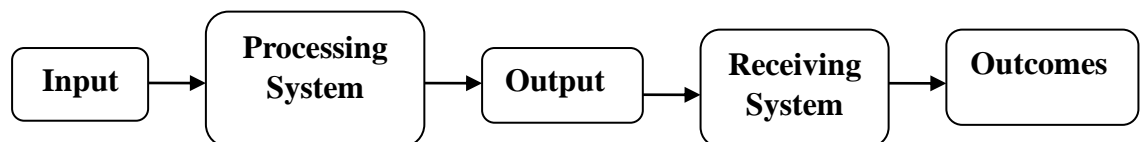
4. Methods

Metode merupakan cara pelaksanaan kerja. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan pertimbangan sarana dan prasarana, penggunaan waktu serta uang.

5. Mechine

Penggunaan mesin akan berkembang sejalan dengan perkembangan teknologi. Penggunaan mesin biasanya dilakukan untuk mencapai efisiensi kerja.

2.1.10. Kerangka Teori

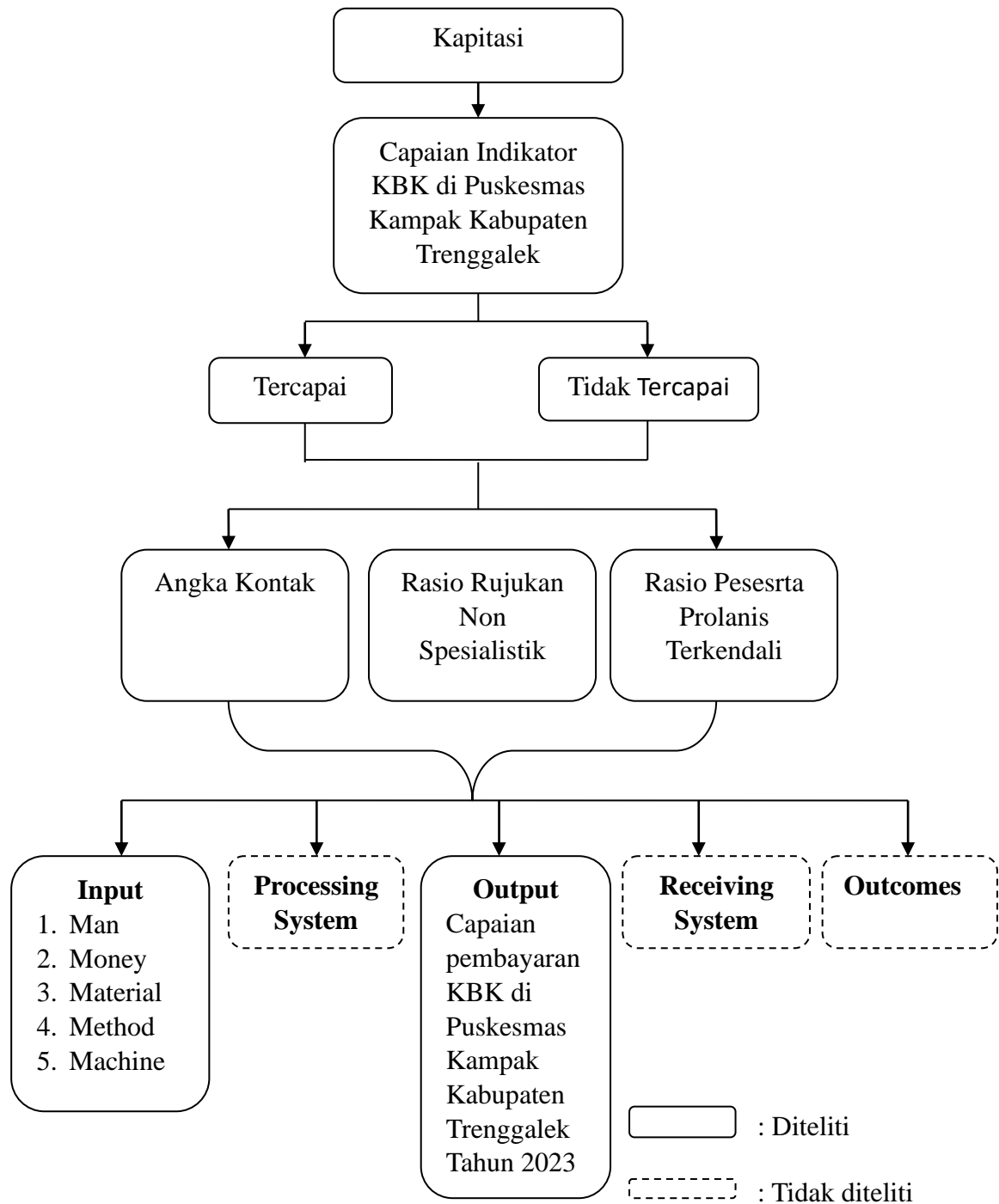


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Teori Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988

2.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK), maka kerangka konsep untuk penelitian analisis pembayaran KBK di Puskesmas Kampak Kabupaten Trenggalek dapat ditunjukkan dalam gambar berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan No.7 Tahun 2019 yang dimodifikasi dengan Teori Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988 dan Khofifah Rohman 2021

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui capaian pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen di Puskesmas Kampak berdasarkan indikator Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT).

Indikator Angka Kontak (AK) dilihat dari kunjungan sakit dan kunjungan sehat peserta JKN, indikator Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) dilihat dari seberapa mampu puskesmas menjalankan tugasnya dalam menyaring kasus rujukan non spesialistik, dan indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dilihat dari pelaksanaan kegiatan prolanis di puskesmas seperti konsultasi kesehatan, pelayanan obat serta pemeriksaan penunjang. BPJS Kesehatan akan melihat seberapa mampu puskesmas dalam mengoptimalkan kinerjanya melalui ketiga indikator tersebut. Pada penelitian ini menggunakan 5 unsur sistem kerja menurut (Brown & Svenson, 1988), yaitu *Inputs, Prosesing System, Outputs, Receiving Sistem, dan Outcome* namun pada penelitian ini yang diteliti hanya *Input* dan *Output* saja.

Aspek Input yang diteliti dalam penelitian ini menurut (Rohman, 2021) meliputi faktor *Man, Money, Material, Methode, dan Mechine* dan aspek Output yang diteliti pada penelitian ini adalah capaian pembayaran KBK di Puskesmas Kampak Kabupaten Trenggalek tahun 2023. Faktor *Man* meliputi kecukupan dari sumber daya manusia, faktor *Money* berkaitan dengan adanya pendanaan yang berhubungan dengan program KBK, faktor *Material* berkaitan sarana dan prasarana yang berhubungan dengan program KBK, faktor *Methode* meliputi peraturan atau pedoman dalam pelaksanaan program KBK, Dan faktor *Machine* dilihat dari hambatan atau pemanfaatan aplikasi P-Care dalam kaitannya dengan program KBK di Puskesmas. Capaian KBK inilah yang menjadi dasar BPJS Kesehatan dalam menentukan besaran capaian pembayaran KBK yang diterima oleh Puskesmas Kampak.