

## PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KINERJA PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) KOTA MALANG

Anggi Ardhiasti<sup>1</sup>, Eko Rahman Setiawan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Poltekkes Kemenkes Malang

[anggi\\_ardhiasti@poltekkes-malang.ac.id](mailto:anggi_ardhiasti@poltekkes-malang.ac.id)

### *Performance-Based Capitation Payment At First Level Health Facility In Malang*

**Abstract:** JKN applies the performance-based capitation payment or called KBKP (Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan) in Primary health Care or FKTP, with 3 indicators, namely Contact Rate, Non-Specialistic Referral Ratio, and Routine Visiting Prolanis Participant Ratio. The preliminary study for January - July 2019, the KBKP of Malang City is still low. The purpose of this research is to explore the application of KBKP from the point of view of policy implementation theory. The research method is a mix method with informants 8 FKTP, Malang Health Office, and BPJS Kesehatan KC Malang. The results showed that no one FKTP had received full capitation in 2019. The implementation of the socialization and evaluation policy has been running. Constraints in the availability of resources related to the operation of the p-care application. The implementation of budgeting is adequate both from capitation, BOK and BLUD. The FKTP heads play a role in encouraging the fulfillment of the KBKP by motivating them to achieve targets, but there are FKTP heads who do not care much about the implementation of the KBKP. The Health Office has not implemented a reward and punishment policy in encouraging efforts to fulfill the KBKP. The fulfillment of the 2019 KBK at the FKTP in Malang City is still not optimal, competence in the FKTP is still an obstacle, and the Health Office has not implemented incentive and disincentive policies in fulfilling the KBKP indicators.

**Keywords:** Performance-based capitation payment, First Level Health Service, National Health Insurance

**Abstrak:** JKN menerapkan pay for performance KBKP di FKTP, dengan 3 indikator yakni Angka Kontak, Rasio Rujukan Non Spesialistik, dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung. Studi pendahuluan bulan Januari - Juli 2019 capaian indikator KBKP Kota Malang masih rendah. Tujuan dari penelitian ini adalah mengeksplorasi penerapan KBKP dalam sudut pandang teori implementasi kebijakan. Metode penelitian adalah mix method dengan informan 8 FKTP, Dinas Kesehatan Malang, dan BPJS Kesehatan KC Malang. Hasil penelitian menunjukkan belum ada FKTP yang memperoleh pembayaran kapitasi secara penuh pada tahun 2019. Implementasi kebijakan sosialisasi dan evaluasi telah berjalan, namun terdapat kendala ketersediaan sumber daya terkait operasional aplikasi p-care. Implementasi penganggaran sudah memadai baik bersumber dari kapitasi, BOK dan BLUD. Kepala FKTP berperan dalam mendorong pemenuhan KBKP dengan memotivasi untuk mencapai target, namun ada kepala FKTP yang kurang peduli terhadap pelaksanaan KBKP. Dinkes belum menerapkan kebijakan reward and punishment dalam mendorong upaya pemenuhan KBKP. Kesimpulannya adalah Capaian Pemenuhan KBKP 2019 pada FKTP di Kota Malang masih belum optimal, kompetensi Sumber Daya di FKTP masih menjadi kendala, serta Dinas Kesehatan belum menerapkan kebijakan insentif dan disinsentif dalam pemenuhan indikator KBKP.

**Kata kunci:** Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Jaminan Kesehatan Nasional

## PENDAHULUAN

Berbagai jenis pengukuran, standar dan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan telah tersedia dan terus berkembang. Salah satunya adalah dengan metode pembayaran berbasis komitmen pelayanan, dimana metode ini merupakan salah satu konsep strategis yang paling banyak dibahas, bahkan berbagai kalangan di Amerika sejak tahun 2003 telah mendorong agar pembayaran berbasis komitmen pelayanan atau *pay for performance* menjadi prioritas utama nasional dan program asuransi Medicare (Peraturan bersama Nomor 2 tahun 2017).

Pembayaran berbasis kinerja (*pay for performance*) menjadi pendekatan yang cukup populer di beberapa negara dalam mendorong perbaikan dan mutu layanan kesehatan diantaranya yaitu Inggris, Denmark, Kanada, Jerman, Swedia, Norwegia dan Belanda (Ertok, 2015). Pembayaran berbasis kinerja merupakan pendekatan pembayaran yang dirancang untuk memberi penghargaan pada penyedia layanan kesehatan untuk mencapai kinerja tinggi (Briesacher et al., 2009). Adanya pembayaran berbasis kinerja ini diharapkan mampu mengendalikan output dari pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada pelayanan yang diperoleh oleh pasien (Eijkenaar, 2013).

Indonesia dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga telah memperkenalkan *pay for performance* yang dinamakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP) yang diterapkan di

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). KBKP merupakan salah satu pengaplikasian dari Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, aturan tersebut menjelaskan bahwa komitmen pelayanan menjadi salah satu pertimbangan dalam pembayaran kapitasi di FKTP selain dari kelengkapan sumber daya manusia, sarana prasarana, dan lingkup pelayanan melalui proses seleksi dan kredensialing (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Indikator komitmen pelayanan menjadi salah satu indikator dalam penetapan besaran kapitasi yang diperoleh oleh FKTP.

Tanggal 31 Maret 2017 diterbitkan aturan terkait dengan KBKP yaitu Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 dan Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu layanan primer (Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, 2017). Aturan tersebut menjelaskan bahwa komitmen pelayanan yang dimaksud adalah komitmen FKTP untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati. Penerapan kebijakan ini dilakukan secara bertahap yang diawali pada FKTP di ibukota provinsi, kemudian

di tahun 2017 mulai diterapkan di FKTP Kabupaten/Kota.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional salah satunya dilakukan penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP telah mulai dilaksanakan pada tahun 2016 dengan acuan Surat Edaran Bersama Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan Nomor HK.03.03/IV/053/2016 dan Nomor 01 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan dan Pemantauan Penerapan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.02.05/III/SK/089/2016 dan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tahun 2016, terdapat adanya tantangan dan masukan yang didapatkan untuk perbaikan pelaksanaan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP). Sehubungan dengan hal tersebut, dilakukan pengembangan pelaksanaan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan tahun 2017 yang akan diberlakukan bagi seluruh Pusat Kesehatan

Masyarakat, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter, dan Rumah Sakit Kelas D Pratama, sehingga pelaksanaan dan penerapannya di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berjalan efektif dan efisien.

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK UGM tentang Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi di FKTP milik pemerintah dimana salah satu variabelnya menilai capaian indikator komitmen pelayanan menunjukkan bahwa sebagian puskesmas di lokasi studi belum mencapai indikator program KBKP seperti angka kontak, rasio rujukan kasus non spesialisik, dan rasio kunjungan prolanis (Kurniawan et al., 2016). Dari hasil kajian PKMK tersebut ditemukan bahwa pada indikator angka kontak di puskesmas pedesaan mengalami peningkatan pada kategori tidak aman pada tahun 2014-2015 yaitu dari 60% menjadi 66,67% namun pada puskesmas perkotaan mengalami penurunan dari 65,52% menjadi 57,69%. Rasio rujukan non spesialisik pada puskesmas pedesaan juga mengalami peningkatan pada kategori tidak aman yaitu dari 46,67% menjadi 53,33%, begitupun pada puskesmas perkotaan mengalami peningkatan dari 84,21% menjadi 88,46%. Hal ini mengindikasikan bahwa puskesmas sebagai *gatekeeper* sekaligus sebagai kontak pertama (*first contact*) dalam layanan kesehatan belum optimal dalam memberikan akses kesehatan kepada masyarakat di lokasi studi. Berbeda dengan indikator angka kontak dan rasio rujukan non spesialisik, indikator rasio kunjungan prolanis pada

puskesmas pedesaan 100% pada kategori prestasi dari tahun 2014 hingga 2015 (Kurniawan et al., 2016).

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Widaty (2017) di Surabaya Jawa Timur ditemukan 9,7% dari 31 Dokter Pelayanan Primer (DPP) dan 19,6% dari 97 klinik pratama yang tidak memenuhi target zona aman ketiga indikator yaitu indikator Angka Kontak, Rasio Rujukan Non Spesialistik, dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (Widaty, 2017). Tidak tercapainya indikator tersebut akan berpengaruh terhadap jumlah pembayaran kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP sehingga akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Di Kota Malang, berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, rata-rata capaian ketiga indikator KBKP dari bulan Januari sampai dengan Juli 2019 untuk indikator Angka Kontak masih sangat rendah, yaitu dari 85 FKTP yang memenuhi target hanya sebesar 43,53%. Sedangkan indikator Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung hanya sebesar 49,92%.

Adanya kesenjangan yang terjadi antara tujuan kebijakan yang akan dicapai dengan output dari suatu kebijakan, memunculkan berbagai model dan kerangka untuk menganalisis implementasi suatu kebijakan. Kerangka/model tersebut nantinya menjadi acuan dalam melihat faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu kebijakan (Mctigue et al., 2017). Adanya kesenjangan antara kebijakan yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan dengan outcome yang dihasilkan di tingkat

layanan primer di Kota Malang menjadi acuan bagi peneliti untuk meneliti lebih lanjut mengenai penerapan kapitasi berbasis komitmen pelayanan dalam sudut pandang teori implementasi kebijakan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kesuksesan suatu pelaksanaan kebijakan.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan pada FKTP dalam penyelenggaraan Program JKN salah satunya dilakukan dengan penerapan pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. Hasil evaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada tahun 2016 menyebutkan adanya tantangan dalam pelaksanaannya. Beberapa FKTP di daerah Jawa Timur belum semuanya mencapai indikator yang ditetapkan sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait hal ini agar diketahui apa saja yang dapat dikaji sehingga pelaksanaan dan penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di FKTP berjalan efektif dan efisien.

#### **METODE PENELITIAN**

Metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus dipilih untuk mengeksplorasi pemenuhan indikator KBKP di FKTP Malang pada tahun 2019, informan secara purposif dipilih untuk menggali bagaimana sosialisasi dan umpan balik, ketersediaan sumber daya, perencanaan dan penganggaran, keterlibatan kepala puskesmas, serta kebijakan insentif dan disinsentif dari dinas kesehatan dalam pemenuhan indikator KBKP di FKTP pada Kota Malang.

Data dikumpulkan melalui *indepth interview* dengan panduan wawancara terstruktur terhadap 1 (satu) orang pengelola JKN pada 8 (delapan) FKTP, 1 (satu) orang Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan KC Malang, dan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Kota Malang. Data dianalisis menggunakan pendekatan analisis konten kualitatif, yaitu salah satu metode untuk menganalisis dan menginterpretasi konten data tekstual melalui proses klasifikasi koding dari transkrip verbatim, dan mengkategorikannya.

## **METODE**

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode campuran kuantitatif-kualitatif. Tahap pertama yaitu pengumpulan data kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui pemenuhan indikator-indikator KBK yang ada di FKTP Kota Malang selama

tahun 2019. Tahap kedua adalah pengumpulan data kualitatif untuk menggali lebih dalam mengenai kasus atau permasalahan pada implementasi pemenuhan indikator KBK di FKTP pada Kota Malang dalam konteks teori implementasi kebijakan, yang dilaksanakan pada Juni-November 2020.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN**

### **1. Karakteristik Informan Penelitian**

Obyek Penelitian terdiri dari 8 Puskesmas dengan wawancara mendalam melibatkan 10 orang informan terdiri dari 8 orang pengelola JKN FKTP, Pengelola Kapitasi Berbasis Kinerja di Dinas Kesehatan Kota Malang dan Pengelola KBKP di BPJS Kesehatan Malang.

Tabel 1. Karakteristik Informan

No	Instansi	Jenis Kelamin	Jabatan	Lama Bekerja (tahun)
1	Puskesmas Arjowinangun (Non Rawat Inap)	Laki-laki	Pengelola JKN	5
2	Puskesmas Mojolangu (Non Rawat Inap)	Laki-laki	Pengelola JKN	11
3	Puskesmas Gribig (Non Rawat Inap)	Perempuan	Pengelola JKN	2
4	Puskesmas Kendalkerep (Rawat Inap)	Perempuan	Pengelola JKN	5
5	Puskesmas Kendalsari (Rawat Inap)	Perempuan	Pengelola JKN	4
6	Puskesmas Mulyorejo (Rawat Inap)	Laki-laki	Pengelola JKN	6
7	Puskesmas Janti (Non Rawat Inap)	Perempuan	Pengelola JKN	10
8	Puskesmas Pandanwangi (Non Rawat Inap)	Perempuan	Pengelola JKN	2
9	BPJS Kesehatan KC Malang	Perempuan	Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Primer	7
10	Dinas Kesehatan Kota Malang	Perempuan	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Primer	20

Berdasarkan Tabel 1 di atas diketahui informan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 3 orang dan informan perempuan sebanyak 7 orang. Berdasarkan lama bekerja terendah yaitu 2 tahun dan paling lama 20 tahun, dan seluruhnya terkait erat dengan program JKN.

2. Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan.

Terdapat 3 indikator penilaian pada KBKP meliputi Angka Kontak, Rujukan Kasus Non Spesialistik, dan Kunjungan Kegiatan

Prolanis. Hasil penilaian KBKP dari 8 puskesmas yang menjadi obyek penelitian menunjukkan persentase kapitasi yang diperoleh pada tahun 2019 dari bulan Januari hingga Oktober 2019 (tidak termasuk bulan November dan Desember karena sejak Nopember dilakukan uji coba penyesuaian Kapitasi Berbasis Kinerja dengan beberapa perubahan berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan nomor 8 tahun 2019) yang disajikan dalam Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Hasil Penilaian KBKP FKTP Malang 2019

Puskesmas	Capaian KBKP (%)									
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt
Arjowinangun	92,5	95	95	95	95	92,5	95	95	95	92,5
Mojolangu	95	95	95	100	100	95	95	95	95	90
Gribig	95	95	95	95	92,5	95	95	95	95	95
Kendalkerep	95	92,5	95	92,5	100	92,5	95	95	95	95
Kendalsari	95	95	95	95	95	95	100	100	100	92,5
Mulyorejo	92,5	92,5	92,5	92,5	100	95	100	95	95	92,5
Janti	100	100	100	100	100	100	100	95	100	95
Pandanwangi	95	95	95	95	95	95	95	95	92,5	92,5

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Berdasarkan tabel 2 di atas, hasil Penilaian KBKP FKTP Malang 2019 menunjukkan bahwa belum ada Puskesmas yang memperoleh kapitasi tetap (100%) per bulan sepanjang tahun 2019.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan pengelola JKN di FKTP disebutkan bahwa sebenarnya target KBKP itu tercapai, akan tetapi karena kekurangan sumber daya untuk mengentry ke aplikasi P-Care sehingga capaian-capaian tidak terdokumentasi dengan baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Utami et al., (2016) tentang Kajian Implementasi Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan JKN di Kota Surakarta, menunjukkan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi dari kebijakan tersebut diantaranya adalah pemahaman

pelaksana, proses pelayanan, proses pembayaran kapitasi, dan kepuasan pelaksana serta pengguna dalam implementasi KBKP di puskesmas Kota Surakarta (Utami et al., 2016). Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Girault et al., (2017) menjelaskan bahwa hambatan utama dalam implementasi *pay for performance* yaitu kurangnya informasi dan penjelasan tentang program dan keterbatasan waktu. Hal ini ditemukan pada staf rumah sakit yang tidak memperoleh informasi keberadaan program sehingga proses penerimaan program oleh staf rumah sakit masih rendah sedangkan dari perspektif pimpinan memberikan respon positif terhadap implementasi *pay for performance*.

Sesuai Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, disebutkan bahwa indikator pelayanan kesehatan perorangan yang digunakan untuk menyesuaikan besaran kapitasi yaitu Angka Kontak, Rasio Rujukan Non Spesialistik, dan Rasio Prolanis yang Rutin Berkunjung.

### 3. Angka Kontak

Angka Kontak adalah indikator untuk mengetahui aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta dan kepedulian serta upaya FKTP terhadap kesehatan Peserta pada setiap 1000 (seribu) Peserta terdaftar di FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.(BPJS Kesehatan, 2017)

Tabel 3. Capaian Angka Kontak FKTP Malang 2019

Puskesmas	Capaian Angka Kontak (%o)									
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt
Arjowinangun	61,13	57,04	64,38	59,51	52,47	52,41	60,11	76,83	67,95	65,96
Mojolangu	79,18	84,88	109,16	197,02	171,35	136,98	130,65	65,16	69,46	72,28
Gribig	71,95	63,64	69,5	84,84	55,87	62	96,94	92,86	87,27	85,97
Kendalkerep	172,18	146,19	157,54	133,78	171,57	141,48	199,56	155,02	150,06	169,1
Kendalsari	67,8	75,26	92,87	81,98	125,51	128,56	164,81	177,13	165,9	127,3
Mulyorejo	70,86	60,59	92,72	124	155,73	112,07	153,72	147,66	146,6	146,8
Janti	157,39	159,47	163,57	161,08	160,17	156,88	154,12	112,06	161,13	160,9
Pandanwangi	70,32	85,87	72,97	70,24	69,29	65,04	80,3	86,44	68,65	80,14

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Berdasarkan Tabel 3 di atas, selama tahun 2019 belum ada Puskesmas di Kota Malang yang dapat mempertahankan angka kontak sesuai target yaitu 150%o setiap bulannya.

Berdasarkan wawancara mendalam, hambatan yang dihadapi dalam mencapai target Angka Kontak ini adalah kurangnya tenaga *entry* data ke aplikasi P-care, gangguan dalam entry data kunjungan, perbedaan pemahaman tentang angka kontak,

maupun kendala akses peserta ke FKTP. Angka kontak merupakan indikator paling sulit untuk dicapai khususnya pada kunjungan sehat. Berbagai upaya dilakukan oleh puskesmas dalam mencapai target kunjungan sehat diantaranya yaitu kegiatan posyandu, konsultasi via telepon, penyuluhan sekolah, kunjungan rumah, imunisasi, posyandu usia lanjut, posbindu, kesling,



promkes, dan gizi, namun di beberapa Puskesmas hal tersebut belum dapat mendorong hasil capaian dari indikator angka kontak. Selain itu, terdapat permasalahan terkait konsistensi pengelola JKN/petugas p-care dalam melakukan penginputan. Hal ini disebabkan oleh beban kerja yang cukup tinggi dan pada umumnya juga merangkap sebagai bidan/perawat.

Puskesmas mengupayakan untuk meningkatkan pemenuhan indikator kunjungan sehat untuk mencapai target dengan upaya promotif dan preventif. Kunjungan sakit merupakan layanan yang membutuhkan sumber daya yang jauh lebih besar dibandingkan dengan kunjungan sehat. Hal ini sejalan dengan pendapat Boland (1996) bahwa kapitasi merupakan pembayaran berbasis populasi dengan melibatkan pemberi layanan dalam menanggung risiko finansial pembayaran kesehatan peserta (risk-transferred) kecenderungan dokter untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta yang sehat karena dihadapkan pada risiko merugi bila diantara pesertanya memiliki banyak faktor risiko dan penyakit yang membutuhkan pelayanan yang kompleks, mahal, dan beban kerja tinggi. Semakin tinggi

volume layanan maka pendapatan dari kapitasi lebih rendah karena biaya layanan jauh lebih besar, begitupun sebaliknya jika volume layanan semakin sedikit maka penerimaan dari kapitasi semakin besar karena tidak memerlukan sumber daya yang lebih besar. Pada pemenuhan Indikator angka kontak pada pelaksanaan KBKP untuk mengontrol utilisasi dan kinerja layanan di puskesmas dengan tetap mempertimbangkan efisiensi biaya, sehingga semakin meningkatnya upaya pemenuhan kunjungan sehat maka potensi sisa dana kapitasi di puskesmas akan semakin besar.

Upaya pemenuhan kunjungan sehat, puskesmas melakukan penginputan pada setiap program yang terkait, namun apabila dikaitkan pada sumber pembiayaan program, jika puskesmas memasukkan kunjungan sehat atau program yang sudah dibiayai dari anggaran kesehatan lainnya seperti BOK maka hal ini menimbulkan double funding. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2017) bahwa adanya dobel penganggaran pada pemenuhan indikator kunjungan sehat dengan program lainnya. Berdasarkan juknis DAK tahun 2016 menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan yang dibiayai oleh DAK bidang kesehatan

tidak boleh duplikasi dengan sumber pembiayaan APBN, APBD, maupun pembiayaan lainnya (Kemenkes RI, 2018).

Program Germas juga mendorong upaya pemenuhan indikator angka kontak karena hal ini sejalan dengan program-program kunjungan sehat, namun pada kasus ini puskesmas lebih memprioritaskan upaya pada pemenuhan indikator angka kontak karena adanya sistem punishment yang berlaku pada pelaksanaan KBKP berupa pemotongan besaran kapitasi yang diperoleh, sedangkan pada program Germas tidak ada sistem punishment yang diberlakukan

4. Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)  
 RRNS merupakan indikator untuk mengetahui sistem rujukan yang sesuai dengan indikasi medis dan kompetensi yang dikoordinasikan antara FKTP dan FKRTL. Rumus untuk menghitung indikator rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan kasus non spesialistik dibagi jumlah rujukan FKTP dikali 100. Rujukan kasus non spesialistik adalah diagnosa yang termasuk dalam 144 penyakit yang harus ditangani tuntas di FKTP, atau tidak boleh dirujuk ke FKRTL. Adapun target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik oleh FKTP < 5% setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

Tabel 4. Capaian RRNS FKTP Malang 2019

Puskesmas	Capaian RRNS (%)									
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt
Arjowinangun	0	0	0,31	0	0	0	0	0,26	0,85	5,08
Mojolangu	0,32	0	0,38	0,4	0	0	0,32	0	0,36	10,92
Gribig	0,28	0	0,32	0	0	0,34	0	0,4	0	2,03
Kendalkerep	0,61	1,13	1,19	0,33	1,38	0,41	0	1,01	0,71	4,86
Kendalsari	0,57	1,03	0,38	0	0	1,1	0,16	0,19	0,92	7,97
Mulyorejo	0,91	1,95	0,53	1,01	1,54	0	0,43	2,16	4,49	8,84
Janti	0	0	0	0	0	0	2,1	2,78	1,54	7,46
Pandanwangi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,23

Sumber data: BPJS Kesehatan, 2019

Berdasarkan tabel 4 dia atas, pencapaian indikator Rujukan Kasus Non Spesialistik pada beberapa puskesmas telah mencapai target yang ditentukan yaitu <5% pada Januari sampai dengan September 2019,

akan tetapi pada bulan Oktober 2019 hanya 2 dari 8 Puskesmas yang mencapai target RRNS.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan pengelola JKN di Puskesmas,

tingginya permintaan rujukan atas permintaan sendiri oleh pasien menjadi faktor penghambat dalam pemenuhan indikator RRNS ini, meskipun sebelumnya telah dijelaskan oleh pihak puskesmas bahwa terlebih dahulu harus dilakukan pemeriksaan di tingkat pertama baru bisa melakukan rujukan. Pasien lebih percaya terhadap dokter spesialis dibandingkan dengan dokter di puskesmas, tidak ingin melewati sistem pelayanan berjenjang, pasien berasal dari puskesmas lain dan terlanjur berobat ke rumah sakit, dokter umum merangkap sebagai kepala puskesmas (apabila ada pertemuan harus dihadiri oleh kepala puskesmas maka pelayanan kepada pasien dimandatkan kepada perawat).

Pelayanan rujukan yang efisien sangat bergantung pada penyedia layanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan berpusat pada pasien. Faktor komunikasi dan akses memperoleh informasi antar

profesi kesehatan mengenai kondisi pasien yang dirujuk oleh dokter umum di layanan primer atau pada tingkat rumah sakit maupun pada fasilitas kesehatan lainnya menjadi faktor yang berpengaruh pada kualitas layanan yang diterima oleh pasien (Zhou and Nunes, 2016).

5. Rasio Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB)  
Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis. 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.

Tabel 5. Capaian RPPB FKTP Malang 2019

Puskesmas	Capaian RPPB (%)									
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt
Arjowinangun	43,33	68,48	59,79	64,95	60,82	47,52	72,55	70,64	70,54	69,91
Mojolangu	93,1	93,1	92,86	50	76,47	94,12	97,06	100	81,4	34,78
Gribig	56	70	76	82	10	78	78	82,98	67,24	70
Kendalkerep	24,6	15,38	42,74	28,51	53,66	33,33	45,71	26,16	31,65	39,75
Kendalsari	93,46	52,9	71,75	78,53	71,55	83,15	95,67	95,25	92,67	91,21
Mulyorejo	32,8	32,62	37,63	38,38	71,04	63,19	66,48	72,63	65,76	70,37
Janti	74,51	60,71	70,18	64,91	56,14	71,93	71,93	62,5	66,13	77,27
Pandanwangi	50	59,55	60,92	65,5	55,06	55,56	56,52	53,85	35,24	50,43

Sumber data: BPJS Kesehatan, 2019

Berdasarkan tabel 5 di atas, pencapaian indikator Rasio Prolanis yang Rutin Berkunjung pada beberapa puskesmas telah mencapai target yang ditentukan > 50% setiap bulan yakni Puskesmas Kendalsari dan Janti, sedangkan lainnya bervariasi antara tercapai dan tidak tercapai.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diperoleh bahwa hal ini disebabkan petugas entry yang kurang paham mengenai entry data prolanis ke P-care dan kesulitan mengendalikan peserta untuk berkunjung ke puskesmas.

Prolanis merupakan indikator untuk mengontrol kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP, penyakit yang termasuk dalam prolanis yaitu Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes mellitus di Indonesia sebesar 2,1% sedangkan prevalensi hipertensi sebesar 25,8%. Sehingga jika dibandingkan dengan proporsi jumlah peserta prolanis di puskesmas, masih terdapat peserta yang memenuhi kriteria sebagai peserta prolanis, namun belum bergabung di dalam klub prolanis di puskesmas. Hal ini sesuai dengan hasil Riskesmas bahwa bakupan tenaga kesehatan hanya 36,8%, sebagian

besar (63,2%) kasus hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosis (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan dari uraian tersebut maka puskesmas belum maksimal dalam mencakup peserta yang mengidap penyakit kronis dalam termasuk prolanis. Selain itu juga, BPJS Kesehatan tidak menetapkan batas minimal jumlah peserta prolanis sehingga hal ini mengindikasikan bahwa semakin sedikit jumlah peserta prolanis maka upaya untuk mencapai target indikator kunjungan prolanis semakin mudah dilakukan oleh puskesmas, namun pelaksanaan prolanis tidak dapat mendorong dalam kesinambungan pelayanan penyakit kronis di masyarakat.

Pada dekade ini, tanggung jawab pengelolaan penyakit kronis semakin dioptimalkan pada layanan primer, sehingga diperlukan ketersediaan sumber daya seperti ketersediaan staf dan pemanfaatan teknologi informasi untuk upaya pemberian layanan yang sistematis dan terstruktur dalam pengelolaan penyakit kronis (Vamos et al., 2011).

## **PENUTUP**

Pemenuhan indikator Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan

Tingkat Pertama di Kota Malang masih belum optimal karena sepanjang tahun 2019 belum ada FKTP yang dapat memenuhi ketiga indikator sesuai target. Hambatan dalam pemenuhan KBK yaitu pada indikator Angka kontak adalah kurangnya tenaga entry data, gangguan dalam entry, perbedaan pemahaman angka kontak, kendala akses peserta, ketidakkonsistenan puskesmas dalam entry data. Hambatan pada pemenuhan indikator RRNS yaitu permintaan rujukan dari pasien yang tinggi, keterbatasan obat, kekurangan dokter, dan hambatan pada pemenuhan indikator RPPB petugas entry kurang memahami entry data P-care, kekurangan tenaga, dan kesulitan mengendalikan akses peserta.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Alawi, M., Junadi, P. and Latifah, S. N. (2015) 'Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1), p. 20.
- Astianto, A. (2014) 'Pengaruh stres kerja dan beban kerja terhadap kinerja karyawan pdam surabaya', *Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen*, 3(7), pp. 2–5.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI (2013) *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2017) *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2017 tentang Pemerataan Peserta di FKTP*. Indonesia.
- Berenson, R. A. (2016) *Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care*. Urban Institute.
- Boland, P. (1996) *The Capitation Sourcebook, a Practical Guide to Managing at Risk Arrangements*. California: Berkeley.
- Briesacher, B. A., Ph, D., Field, T. S., Sc, D., Baril, J. and Gurwitz, J. H. (2009) 'Pay-for-Performance in Nursing Homes', 30(3), pp. 1–14.
- Creswell, J. W. (2015) *Penelitian Kualitatif & Desain Riset: Memilih di Antara Lima Pendekatan*. Edisi 3. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. and Lowery, J. C. (2009) 'Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science', *Implementation Science*, 15, pp. 7–10. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Darfi, F. (2013) *Analisa Kualitas Pelayanan Kesehatan Tumbuh Kembang Anak di Puskesmas Kecamatan Sukamara Kabupaten Sukamara*.
- Djalal, Fasli, dan Dedi Supriadi (eds). 2001. *Reformasi Pendidikan dalam Konteks Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Adicita Karya Nusa.
- Eijkenaar, F. (2013) 'Key issues in the design of pay for performance programs', *Eur J Health Econ*, (14), p. 118. doi: 10.1007/s10198-011-0347-6.
- Ertok, M. (2015) 'Evaluation of a Pay for Performance Scheme in Maternity Care : The Commissioning Quality and Innovation Payment Framework in', *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier B.V., 195, pp. 93–

102. doi:  
10.1016/j.sbspro.2015.06.333.
- Fischer, F., Miller, G. J. and Sidney, M. S. (2007) *Handbook of Public Policy Analysis Theory, Politics, and Methods*. United States of Amerika: CRC Press.
- Garcia-cardenas, V., Perez-escamilla, B., Fernandez-llimos, F. and Benrimoj, S. I. (2017) 'Research in Social and Administrative Pharmacy The complexity of implementation factors in professional pharmacy services', *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier Ltd, pp. 11–13. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.05.016.
- Girault, A., Bellanger, M., Lalloué, B., Loirat, P., Moisson, J. and Minvielle, E. (2017) 'Implementing hospital pay-for-performance : Lessons learned from the French pilot program', *Health policy*. Elsevier Ireland Ltd, 121(4), pp. 407–417 doi: 10.1016/j.healthpol.2017.01.007
- Grindle, M. S. (1980) 'Politics and Policy Implementation in the Third World', Princeton University Press.
- Handayani, C. (2013) 'Pengaruh Partisipasi dalam Penyusunan Anggaran dan Kejelasan Sasaran Anggaran terhadap Kinerja manajerial SKPD dengan Desentralisasi sebagai Variabel Moderating (Studi Empiris Pada SKPD Pemerintah Daerah Kota Padang)'
- Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R. and Muldoon, L. (2008) 'Framework for primary care organizations : the importance of a structural domain', *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), pp. 308–313.
- Hsieh, H., Lin, T., Lee, I., Huang, C., Shin, S. and Chiu, H. (2016) 'The association between participation in a pay-for-performance program and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes in Taiwan : A nationwide population-based cohort study ☆', *Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 85, pp. 53–59. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.12.013.
- Jesmin, S., Thind, A. and Sarma, S. (2012) 'Does team-based primary health care improve patients ' perception of outcomes ? Evidence from the 2007 – 08 Canadian Survey of Experiences with Primary Health', *Health policy*. Elsevier Ireland Ltd, 105(1), pp. 71–83. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.01.008.
- Kemendes RI (2018) Permenkes Nomor 61 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Non Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018. Indonesia.
- Kementerian Dalam Negeri RI (2007) Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan (2017) Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemen. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2014) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2016a) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2016b) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan

- Program Jaminan Kesehatan. Indonesia.
- Kolimons, S. K. I. . (2011) Kebijakan insentif dokter umum dan dokter gigi berdasarkan beban kerja di kabupaten alor tahun 2011: Universitas Gadjah Mada.
- Kramer, B. J., Cote, S. D., Lee, D. I., Creekmur, B. and Saliba, D. (2017) 'Barriers and facilitators to implementation of VA home-based primary care on American Indian reservations : a qualitative multi-case study', *Implementation Science*. *Implementation Science*, 12(109), pp. 1–14. doi: 10.1186/s13012-017-0632-6.
- Kurniawan, M. F., Siswoyo, B. E., Novelira, A. and Dedik, S. (2016) 'Pengelolaan Sisa Lebih Dana Kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6(1), p. 7.
- Majumdar, R., Zhang, F. and Soumerai, S. B. (2011) 'Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study', *Biomedical Journal*, (April), pp. 1–7. doi: 10.1136/bmj.d108.
- Massie, R. G. A. (2009) 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis, dan Penelitian', *Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan*, (23), pp. 409–417.
- Mctigue, C., Monios, J. and Rye, T. (2017) 'Identifying barriers to implementation of local transport policy : An analysis of bus policy in Great Britain', *Utilities Policy*. Elsevier, (June), pp. 1–11. doi: 10.1016/j.jup.2017.12.002.
- Mctigue, C., Rye, T. and Monios, J. (2017) 'The Role of Reporting Mechanisms in Transport Policy Implementation by Local Authorities in England', *Case Studies on Transport Policy*. World Conference on Transport Research Society. doi: 10.1016/j.cstp.2017.12.002.
- Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D. and Wells, K. B. (2013) 'Interventions in Organizational and Community Context: A Framework for Building Evidence on Dissemination and Implementation in Health Services Research', *Adm Policy Ment Health*, 35, pp. 21–37. doi: 10.1007/s10488-007-0144-9.
- Merilind, E., Salupere, R., Västra, K. and Kalda, R. (2016) 'Pay for performance of Estonian family doctors and impact of different practice- and patient-related characteristics on a good outcome : A quantitative assessment', *Medicina*. The Lithuanian University of Health Sciences, 52(3), pp. 192–198. doi: 10.1016/j.medic.2016.04.003.
- Peraturan Presiden RI (2014) Perpres Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik pemerintah daerah. Indonesia.
- Ramadhan, A. (2012) 'Politik Ekonomi Generasi Muda Implementasi kebijakan Gerakan Kewirausahaan Nasional di Jawa Timur', *Jurnal Politik Muda*, pp. 1–8.
- Ramdhani, A. and Ramdhani, M. A. (2016) 'Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik', *Jurnal Publik*, 11(1), pp. 1–12.
- Riana, I. G. (2015) 'Kerja dan Kinerja Karyawan ( Studi Pada Wake Bali Art Market Kuta-Bali )', *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*, 6, pp. 430–442.
- Sagala, I. (2015) Implementasi Kebijakan JKN oleh Pemberi Pelayanan

- Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas. Universitas Gadjah Mada.
- Scheffler, R. M. (2010) Pay For Performance ( P4P ) Programs in Health Services : What is the Evidence ?
- Senitan, M., Alhaiti, A. H., Gillespie, J., Alotaibi, B. F. and Lenon, G. B. (2017) 'Review Article The Referral System between Primary and Secondary Health Care in Saudi Arabia for Patients with Type 2 Diabetes : A Systematic Review', *Journal of Diabetes Research*. Hindawi, 2017. doi: 10.1155/2017/4183604.
- Sibbald, B., Ph. D. and Roland, M. (2009) 'Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England', *The New England Journal of Medicine*, pp. 368–378.
- Sugiyono (2013) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Edisi ke 1. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono (2015) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Edisi 20. Bandung: Alfabeta.
- Suryawati, S. H., Soetarto, E., Adrianto, L. and Purnomo, A. H. (2011) 'Identifikasi Sistem Insentif Pengelolaan Sumberdaya di Laguna Segara Anakan', *Jurnal Kebijakan Sosial Ekonomi*, 1(1), pp. 45–61.
- Tachjan, D. H. M. S. (2006) *Implementasi Kebijakan Publik*. Edited by Dede Mariana dan Caroline Paskarina. Bandung: AIPI Bandung.
- Tambun, E. (2009) *Evaluasi implementasi kebijakan persalinan bagi masyarakat miskin oleh bidan praktek swasta di kota tanjungpinang*. Universitas Gadjah Mada.
- Ulfah, Kusananto and Pramono (2017) *Evaluasi Rujuk Balik Pasien Hipertensi dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Rujuk Balik Pasien Hipertensi Peserta BPJS Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Universitas Gadjah Mada.
- Utami, D. S., Murti, B. and Suryani, N. (2016) 'Kajian Implementasi Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surakarta', *Diglib UNS*, pp. 1–3.
- Vamos, E. P., Pape, U. J., Bottle, A., Hamilton, F. L., Curcin, V., Anthea, Molokhia, M., Car, J., Majeed, A. and Millett, C. (2011) 'Association of practice size and pay-for-performance incentives with the quality of diabetes management in primary care', *Canadian Medical Association or its licensors*, 183(12), pp. 809–816.
- Wahid, M. A., Gunawan, B. and Husodo, T. (2016) 'Efektivitas Pelaksanaan Rencana Pengelolaan Lingkungan Rencana Pemantauan Lingkungan (RKL-RPL) Tabalong, Provinsi Kalimantan Selatan', *Bio Site*, 2(1), pp. 13–26.
- Wasiti, Marita Ahdiyana, dan Yanuardi. 2011. *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bantul*. Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Yogyakarta.
- World Health Organization (2014) *Implementation Research Toolkit*.
- Wulandari, R. (2017) *Implementasi Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di Puskesmas Kabupaten Pacitan*. Universitas Gadjah Mada.
- Wulandari, S., Nurtjahjanti, H. and Putra, N. A. (2013) 'Hubungan antara Persepsi terhadap Gaya Kepemimpinan Transformasional dengan Work Engagement pada Karyawan Pt. Dua Kelinci Pati', *Jurnal Universitas Diponegoro*, 0, pp. 1–10.
- Yeni, R. (2013) *Pemetaan Proses Perencanaan Obat Tahunan Puskesmas di Kota Payakumbuh*.



Yin, R. K. (2009) *Case Studi Research: Design & Methods*.

Zhou, L. and Nunes, M. B. (2016) 'Barriers to knowledge sharing in Chinese

healthcare referral services : an emergent theoretical model', *Global Health Action*, 1, pp. 1–13