

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dasar Teori

2.1.1 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

A. Definisi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

B. Asas, Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sistem Jaminan Sosial Nasional juga memiliki tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya. Kebutuhan dasar hidup yang penting bagi bagi setiap orang, demi tercapainya kesejahteraan sosial seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan pada prinsip :

1) Prinsip kegotong-royongan

Prinsip gotong royong diartikan bahwa peserta JKN saling membantu dalam menanggung beban biaya jaminan, yang mampu membantu yang kurang mampu, dan yang sehat membantu yang sakit. Hal ini dapat terwujud karena kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk yang disesuaikan dengan tingkat pendapatan peserta.

2) Prinsip nirlaba

Prinsip nirlaba diartikan bahwa dalam memenuhi kepentingan peserta BPJS agar dapat memberikan manfaat bagi peserta, bukan untuk mencari laba atau keuntungan.

3) Prinsip keterbukaan

Prinsip Keterbukaan berarti ada kemudahan dalam mengakses tentang informasi BPJS. Informasi harus lengkap, benar, dan jelas bagi peserta.

4) Prinsip kehati-hatian

Prinsip Kehati-hatian berkaitan dalam pengelolaan dana dilakukan dengan cermat, teliti, aman, dan tertib.

5) Prinsip akuntabilitas

Prinsip Akuntabilitas diartikan bahwa dalam melaksanakan program dan dalam pengelolaan dana dilakukan dengan akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.

6) Prinsip Portabilitas

Prinsip Portabilitas merupakan jaminan yang bersifat berkelanjutan sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan selama peserta tetap berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7) Prinsip Kepesertaan Wajib

Prinsip Kepesertaan bersifat wajib yaitu secara bertahap mengharuskan seluruh penduduk Negara Kesatuan Republik Indonesia menjadi peserta.

8) Prinsip Dana Amanat

Prinsip Dana Amanat bersumber dari dana yang berasal dari iuran peserta merupakan titipan yang akan kembali digunakan untuk kepentingan peserta.

9) Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial merupakan hasil yang berupa keuntungan digunakan untuk pengembangan program dan kepentingan peserta.

C. Program Jaminan Sosial

Jaminan Sosial memiliki beberapa jenis program, antara lain :

1) Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Peserta jaminan kesehatan disini adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya telah dibayarkan oleh pemerintah. Manfaat jaminan kesehatan yang diterima peserta program ini dapat berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

2) Jaminan Kecelakaan Kerja

Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial. Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Peserta yang dimaksud disini adalah seseorang yang telah membayar iuran dan peserta yang mengalami kecelakaan kerja berhak mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan mendapatkan manfaat berupa uang tunai apabila terjadi cacat total tetap atau meninggal dunia. Manfaat jaminan kecelakaan kerja yang berupa uang tunai diberikan sekaligus kepada ahli waris pekerja yang

meninggal dunia atau pekerja yang cacat sesuai dengan tingkat kecacatan.

3) Jaminan Hari Tua

Jaminan hari tua diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib. Jaminan hari tua diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia. Peserta jaminan hari tua adalah peserta yang telah membayar iuran dan pembayaran manfaat jaminan hari tua dapat diberikan sebagian sampai batas tertentu setelah kepesertaan mencapai minimal 10 (sepuluh) tahun. Besarnya iuran jaminan hari tua untuk peserta penerima upah ditetapkan berdasarkan persentase tertentu dari upah atau penghasilan tertentu yang ditanggung bersama oleh pemberi kerja dan pekerja.

4) Jaminan Pensiun

Jaminan pensiun diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib dan bertujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Peserta jaminan pensiun adalah pekerja yang telah membayar iuran. Setiap peserta atau ahli warisnya berhak mendapatkan pembayaran uang pensiun berkala setiap bulan setelah memenuhi masa iur minimal 15 (lima belas) tahun, kecuali ditetapkan lain oleh peraturan perundang-undangan.

5) Jaminan Kematian

Jaminan kematian diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial yang bertujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia.

Peserta jaminan kematian adalah setiap orang yang telah membayar iuran

2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari program Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN). Sejak diundang-undangkannya, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial (SJSN), telah ditetapkan bahwa pada tanggal 1 Januari 2014 sebagai diawalinya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah. (Presiden RI, 2018)

Dikarenakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN), maka JKN diselenggarakan bersifat wajib, hal ini berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 pasal 19 ayat 2 tentang Sistem Jaminan Sosial (SJSN) bahwa tujuan dari Jaminan kesehatan yaitu untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

2.1.3 BPJS Kesehatan

Menurut Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dimana tujuan badan hukum ini untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhnya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarga.

A. Asas, Tujuan dan Prinsip BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengacu pada asas :

1. Kemanusiaan
2. Manfaat
3. Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

BPJS menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan Prinsip:

1. Kegotongroyongan
2. Nirlaba
3. Keterbukaan
4. Kehati-hatian
5. Akuntabilitas
6. Portabilitas
7. Kepesertaan bersifat wajib
8. Dana amanat
9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

B. Peserta dan Kepesertaan BPJS Kesehatan

Peserta BPJS dibagi menjadi dua yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia tahun 2011 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, peserta PBI Jaminan Kesehatan terdiri dari orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu.

Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya. Sedangkan yang dimaksud dengan orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya. Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.

2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya

- (1) Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- (2) Anggota TNI
- (3) Anggota Polri
- (4) Pejabat Negara
- (5) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
- (6) Pegawai Swasta
- (7) Pekerja yang tidak termasuk nomor 1 sampai dengan nomor 6 yang menerima upah.

b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya

- (1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
- (2) Pekerja yang tidak termasuk nomor 1 yang bukan penerima upah.

c) Bukan Pekerja dan Anggota keluarganya

- (1) Investor
- (2) Pemberi Kerja
- (3) Penerima Pensiun

- i. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun.
 - ii. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun.
 - iii. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - iv. Penerima pensiun selain angka i, ii, dan iii.
 - v. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pension sebagaimana dimaksud pada angka i sampai dengan angka iv yang mendapat hak pension.
- (4) Veteran
- (5) Perintis Kemerdekaan
- (6) Bukan Pekerja yang tidak termasuk angka (1) sampai dengan angka (5) yang mampu membayar iuran.

2.1.4 Puskesmas

2.1.4.1 Pengertian Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasa disebut Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerja (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019).

Puskesmas merupakan unit terdepan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu diantaranya yaitu dengan melakukan pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, serta sebagai pusat pengembangan dan peningkatan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. (Yustisia, 2017).

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan.

Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya sebagaimana dimaksud dalam Puskesmas dikategorikan menjadi:

1. Puskesmas kawasan perkotaan,
2. Puskesmas kawasan pedesaan,
3. Puskesmas kawasan terpencil
4. Puskesmas kawasan sangat terpencil. (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019) pasal 25.

Berdasarkan kriteria Puskesmas kawasan perkotaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut:

- a. Aktivitas lebih dari 50% (Lima puluh per seratus) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan, dan jasa.
- b. Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, atau hotel.
- c. Lebih dari 90% (sembilan puluh per seratus) rumah tangga memiliki listrik.
- d. Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Sebagaimana Kota Blitar yang merupakan penyelenggara pelayanan kesehatan di perkotaan yang memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Memprioritaskan pelayanan UKM.
- b. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat.
- c. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat.
- d. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas.
- e. Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu, pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas yang ditetapkan

berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas.

2.1.4.2 Prinsip, Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi dan Wewenang

A. Pinsip Puskesmas

Adapun prinsip penyelenggaraan Puskesmas sebagai berikut:

1. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

2. Pertanggungjawaban wilayah

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

3. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan

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

5. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sector serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

B. Penyelenggaraan, Tugas dan Fungsi

Puskesmas memiliki tugas untuk melaksanakan kebijakan kesehatan untuk menjabai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Puskesmas menyelenggarakan fungsi : a) penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan b) penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Selain fungsi tersebut Puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan Tenaga Kesehatan.

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraan, puskesmas dapat dikategorikan menjadi: (1) Puskesmas non rawat inap, dan (2) Puskesmas rawat inap. Puskesmas non rawat inap merupakan Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (home care), dan pelayanan gawat darurat. Sedangkan Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang diberi tambahan sumberdaya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

C. Wewenang

Adapun dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama, Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait.
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.

6. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
8. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.
9. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
10. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada Dinas Kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit.
11. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga.
12. Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah Kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama, di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu.
2. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
3. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
4. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
5. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi.
6. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis.
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.

8. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
9. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.
10. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.1.5 Manage Care

Managed care adalah sistem pelayanan terkendali yang mengkoordinasikan pembiayaan dan kelengkapan pelayanan kesehatan supaya terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya serendah mungkin. (Ilyas, 2006). Prinsip yang menjadi dasar *manage care* adalah adanya tanggung jawab atas pengendalian dan integrasi keseluruhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Bertujuan untuk mengurangi biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan (HIAA, 2008).

Sistem *manage care* memiliki ciri-ciri umum yaitu sebagai berikut:

1. Kajian pemanfaatan pelayanan yang menyeluruh.
2. Memantau dan menganalisa pola-pola praktek dokter.
3. Menggunakan tenaga dokter pelayanan primer dan provider lainnya untuk melayani peserta.
4. Menggiring pasien kepada *provider* yang efisien dan bermutu tinggi.
5. Program peningkatan/jaga mutu.
6. Sistem pembayaran yang mendorong para provider bekerja *accountable* (dapat dipertanggung jawabkan), baik dalam aspek biaya maupun kualitas pelayanan kesehatan.

Pengendalian biaya dan utilisasi dalam *manage care* ditentukan oleh peran *gatekeeper*. Seorang *gatekeeper* akan mengarahkan, mengelola, mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan dasar bagi peserta. (Indonesia et al., 2018).

Manage care memiliki 4 (empat) model antara lain:

1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

2. PPO (*Preferred Provider Organization*)
3. EPO (*Exclusive Provider Organization*)
4. POS (*Point Of Service*)

2.1.6 Mutu Layanan Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), mutu adalah suatu ukuran, derajat, atau taraf baik buruknya suatu barang atau jasa. Didalam buku yang berjudul *a guide to using data for health care quality improvement* karya dari *The Victorian Government of Human Services*, (Victorian Quality Council Secretariat, 2008) menyebutkan bahwa mutu merupakan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan layanan maupun produk perawatan kesehatan sesuai dengan yang diinginkan.

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO), *World Bank Group*, dan *Organization Economic Cooperation and Development* (OECD) yang berjudul “*Delivering quality health services A global imperative for universal health coverage*” pada tahun 2018 menerjemahkan mutu pelayanan kesehatan kedalam bentuk 7 (tujuh) dimensi yaitu : (1) Keamanan (*safety*), (2) Efektifitas (*effectiveness*), (3) Berpusat pada peserta (*patient centeredness*), (4) Ketepatan waktu (*timeliness*), (5) Efisiensi (*efficiency*), (6) Keadilan (*equity*), (7) Integritas (*integration*) (World Health Organization, World Bank Group, 2018).

Terkait dengan dimensi mutu pelayanan, bahwa kunci keberhasilan dari pelayanankesehatan adalah kecepatan pelayanan, keramahan, efektifitas tindakan serta kenyamanan bagi pasien dan pengunjung lainnya. Dukungan dan komitmen petugas menjadi faktor pendorong yang sangat efektif dalam tahap tahap menuju kemajuan puskesmas. (Melinda, 2011)

Mutu layanan kesehatan diukur dengan membandingkan standar layanan kesehatan yang telah ditetapkan. Donabedian (2005) mengusulkan tiga standart yaitu standar struktur, standar proses serta standart output. Setiap standar layanan kesehatan dapat dibuat kriteria atau indikator untuk menunjukkan pencapaian standar layanan kesehatan. Prinsip menentukan kriteria atau indicator dengan menggunakan prinsip “AMOUR” diantaranya:

1. Achievable: yang berarti bahwa kriteria harus dicapai.
2. Measurable: yang berarti bahwa kriteria harus dapat diukur.
3. Observable: yang berarti bahwa kriteria yang tidak dapat diamati maka tidak akan dapat mengetahui pencapaian kriteria.
4. Understandable: yang berarti bahwa kriteria harus dimengerti oleh siapa yang akan menggunakannya.
5. Reasonable: yang berarti bahwa Kriteria harus layak dan masuk akal.

2.1.7 Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja

2.1.7.1 Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi Esensial (HT).

Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali. Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT. Kriteria terkendali adalah :

- (1) Pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa.
- (2) Pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.

Kriteria terkendali untuk peserta prolanis DM dan HT adalah sebagai berikut:

- (1) Peserta Prolanis DM dengan capaian kadar gula darah puasa (GDP) 80-130 mg/dl (Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2015 oleh Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI))
- (2) Peserta Prolanis HT dengan capaian tekanan darah: i. Umur 18-65 tahun, systole 120-130 mmHg dan diastole 70-79 mmHg. ii. Umur >65

tahun, systole 130-139 mmHg dan diastole 70-79 mmHg (Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019 oleh Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI))

Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. (BPJS, 2019).

Tujuan dari program pengelolaan penyakit kronis yaitu untuk mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75 % peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai panduan klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS, 2014).

Sasaran Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) merupakan seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi), jadi peserta yang belum terdaftar harus mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan terlebih dahulu di BPJS Kesehatan terdekat.

Manfaat dan aktifitas dalam 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).

1. Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan

Jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola. Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan dilakukan kepada peserta Prolanis paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.

2. Pelayanan Obat

Peserta Prolanis yang terdaftar sebagai peserta Program Rujuk Balik, obat yang diberikan mengacu pada ketentuan pemberian obat Program Rujuk Balik, sedangkan peserta Prolanis yang tidak terdaftar sebagai peserta Program Rujuk Balik, obat yang diberikan sesuai indikasi medis mengacu pada formularium nasional.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk memantau status kesehatan peserta Prolanis. Jenis pemeriksaan penunjang bagi peserta Prolanis diabetes mellitus tipe 2 meliputi gula darah puasa dengan frekuensi pemeriksaan 1 (satu) bulan sekali, HbA1c dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali dan kimia darah dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali.

Jenis pemeriksaan penunjang bagi peserta Prolanis hipertensi berupa pemeriksaan kimia darah, dengan frekuensi pemeriksaan 6 (enam) bulan sekali. Pemeriksaan kimia darah yang dilakukan terdiri:

- a. Microalbuminuria
- b. Ureum
- c. Kreatinin
- d. Kolesterol total
- e. Kolesterol LDL
- f. Kolesterol HDL
- g. Trigliserida

Pemeriksaan penunjang bagi peserta Prolanis dilaksanakan oleh FKTP, laboratorium jejaring FKTP, atau laboratorium yang bekerja sama langsung dengan BPJS Kesehatan.

4. Kegiatan Kelompok

Kegiatan kelompok merupakan kegiatan penunjang Prolanis berupa aktifitas fisik dan edukasi kesehatan dengan melibatkan peserta yang dilakukan dalam bentuk klub Prolanis.

Edukasi Klub Risti (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta PROLANIS.

5. *Reminder* melalui SMS Gateway

Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingat jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut.

6. *Home Visit*

Home Visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta PROLANIS untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta PROLANIS dan keluarga.

Faktor-Faktor yang menghambat pelaksanaan Program Pelaksanaan Penyakit Kronis (PROLANIS) yaitu: (1) belum adanya binaan khusus dari instansi, (2) Sebagian masyarakat belum semuanya mengetahui adanya program PROLANIS, dan (3) Keterbatasan waktu. (Rosdiana et al., 2017b).

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) menurut Peraturan badan Penyelenggaraan jaminan sosial No 7 tahun 2019 tentang petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu:

$$RPPT = \frac{\text{Rasio Prolanis DM terkontrol} + \text{Rasio Prolanis HT terkontrol}}{2}$$

Perhitungan Rasio peserta prolanis terkontrol merupakan capaian rasio peserta prolanis DM terkontrol ditambah capaian rasio peserta HT terkontrol dibagi 2.

RPPT DM

$$= \frac{\text{jumlah peserta prolanis DM terkontrol}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

RPPT HT

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

2.1.7.2 Angka Kontak

Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta. (BPJS, 2019)

Indikator Angka Kontak (AK) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut :

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

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

Jumlah peserta yang melakukan kontak merupakan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang terdaftar 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan.

Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan yang terdaftar di suatu FKTP per bulan. Bentuk Kontak yang menjadi catatan penilaian adalah:

a) Tempat Kontak

Apabila terjadi salah satu atau lebih kontak antara peserta dengan:

1. FKTP (Puskesmas, Klinik, DPPP, RS Kelas D Pratama)
2. Jaringan pelayanan Puskesmas (Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan desa)
3. Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya)

4. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu Lansia
5. Rumah atau domisili Peserta yang dikunjungi oleh FKTP
6. Upaya Kesehatan Sekolah (UKS)
7. Tempat kontak lainnya yang disepakati

b) Jenis Pelayanan

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

1. Kunjungan sakit

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

2. Kunjungan sehat

- Pelayanan imunisasi.

- Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
- Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB).
- Kunjungan rumah.
- Senam sehat

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

2.1.7.3 Rasio Rujukan Non Spesialistik

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP, sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. (BPJS, 2019)

Indikator perhitungan Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) sebagai berikut:

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

Perhitungan Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rujukan kasus non spesialistik dengan kriteria Time, Age, Complication dan Comorbidity (TACC) tidak diperhitungkan dalam

jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik. Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.

Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

2.1.8 Perhitungan Capaian Pembayaran KBK

Perhitungan Capaian Pembayaran KBK berdasrkan Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nomor 7 Tahun 2019, bahwa pencapaian target indikator kinerja terbagi atas:

A. Angka kontak

Bobot indicator kinerja Pembayaran KBK sebesar 40 % (empat puluh persen), dan target indicator kinerja paling sedikit 150% (seratus lima puluh permil), dengan memiliki Kriteria penilaian sebagai berikut:

1. Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak $\leq 140\%$
2. Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak $> 140\% - 145\%$
3. Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak $> 145\% - < 150\%$
4. Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak $\geq 150\%$

B. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik

Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK sebesar 50 % (lima puluh persen), dan target indicator kinerja paling banyak 2% (dua persen), dengan memiliki Kriteria penilaian sebagai berikut:

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

C. Rasio Peserta Prolanis Terkendali

Bobot indikator kinerja Pembayaran KBK sebesar 10 % (sepuluh puluh persen), dan target indicator kinerja paling sedikit 5% (lima persen), dengan memiliki Kriteria penilaian sebagai berikut:

1. Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$

2. Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT 3% - <4%
3. Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT 4% - <5%
4. Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT $\geq 5\%$

Penilaian capaian pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating penilaian capaian kinerja. Berikut merupakan table KBK.

Tabel 2. 1 Penilaian Kapitasi Berbasis Kinerja

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
	a	b	c	d	e	f= bxd
1	Angka Kontak	40%	$\geq 150\%$	4	$\geq 150\%$	1.6
				3	$> 145 - <150 \%$	1.2
				2	$> 140 - 145 \%$	0.8
				1	$\leq 140\%$	0.4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	$\leq 2\%$	4	$\leq 2\%$	2
				3	$> 2 - 2,5\%$	1.5
				2	$>2,5 - 3\%$	1
				1	$> 3\%$	0.5
3	Rasio Peserta Prolanis	10%	$\geq 5\%$	4	$\geq 5\%$	0.4
				3	$4\% - < 5\%$	0.3
				2	$3\% - < 4\%$	0.2
				1	$< 3\%$	0.1

Sumber : Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

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 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

2.1.9 Kapitasi

A. Pengertian

Kapitasi berasal dari kata kapita yang berarti kepala atau jiwa. Sistem pembayaran kapitasi adalah sebuah metode pembayaran pelayanan kesehatan dimana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang diberikan. Hal ini dipertegas dalam pasal 1 Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial No 7 Tahun 2019 yang menyatakan bahwa Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. (BPJS, 2019)

B. Manfaat Sistem Kapitasi

Manfaat system kapitasi yaitu:

1. Ada jaminan tersedianya anggaran untuk pelayanan kesehatan yang akan diberikan.
2. Ada 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. Efisiensi biaya dengan penyerasian upaya promotif-preventif dengan kuratifrehabilitatif

- d. Rangsangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif & efisien
- e. Peningkatan pendapatan untuk PPK yang bermutu
- f. Peningkatan kepuasan anggota yang akan menjamin tersedianya kesehatan masyarakat. (Indonesia et al., 2018)

C. Langkah-Langkah Pembayaran Kapitasi

Adapun langkah-langkah dalam pembayaran kapitasi adalah 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 bentuk 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).

D. Pelaksanaan Kapitasi Berbasis Kinerja

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

Penerapan pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Penerapan Pembayaran KBK diberlakukan pada seluruh FKTP yang kerja sama kecuali bagi FKTP di wilayah yang sulit mendapatkan akses jaringan komunikasi data yang ditetapkan atas kesepakatan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dievaluasi paling lama setiap 3 (tiga) bulan.

Penyesuaian pembayaran kapitasi dilakukan setiap bulan berdasarkan hasil capaian target kinerja FKTP bulan sebelumnya. Apabila dalam penilaian kinerja atas indikator tertentu bernilai baik maka FKTP akan mendapat reward yang kemudian hal itu akan membuat kepercayaan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKTP meningkat. Tujuan dari penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja ini adalah meningkatkan performa FKTP, diukur melalui Indikator kinerja yang telah ditetapkan. Apabila pemenuhan indikator kinerja bernilai baik, maka FKTP akan mendapatkan reward dan berpengaruh kepada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Sebaliknya, jika dalam pemenuhan indikator kinerja bernilai buruk, maka ada pengurangan jumlah besaran kapitasi yang disesuaikan dengan tingkat pencapaian indikator kinerja yang diperoleh FKTP.

2.1.10 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya yang mungkin memiliki keterkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Penelitian terdahulu juga menjadi salah satu bahan pertimbangan sehingga dapat memberi referensi dalam menuli ataupun mengkaji penelitian yang akan dilakukan. Berikut adalah penelitian yang menjadi acuan dan referensi peneliti dalam melakukan penelitian:

1. Nadea Innayatin Syarofi (SYAROFI; & SYAROFI;, 2020) dari Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang, membahas tentang “Tinjauan Pencapaian Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) Pada Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Ngaliyan Kota Semarang”. Dalam penelitian tersebut bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan kegiatan prolanis, mekanisme pencatatan untuk indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali pada KBK serta menggambarkan penilaian Indikator RPPT pada KBK oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dokumentasi. Data analisis dengan menggunakan teknik analisis kualitatif dengan tahapan reduksi data, dan interpretasi.
2. Saudatina Arum Maujudah (Indonesia et al., 2018) dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, membahas tentang “Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2018”. Dalam penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui gambaran dan factor dominan yang berpengaruh terhadap pencapaian indikator komitmen pelayanan Puskesmas. Penelitian ini menggunakan metode campuran (mixed method). Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data primer yaitu dengan melakukan wawancara langsung dengan responden dan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari dokumen Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, Pusdatin Kemenkes, Direktorat Mutu dan Akreditasi serta Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan SPSS 1.6 dan software smartPLS 2.0. Analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif univariate, bivariate dan Partial Least Square dengan bantuan software smartPLS 2.0.
3. Anton Kristijono (Anton Kristijono, 2020) Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang. Membahas tentang “Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas di Kota Semarang”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui gambaran pencapaian ketiga indikator dan capaian besaran kapitasi pada 37 (tiga puluh tujuh) Puskesmas di Kota

Semarang tahun 2018 dan semester 1 tahun 2019. Jenis penelitian yang dilakukan observasional deskriptif. Metode pengambilan data pada penelitian tersebut menggunakan studi dokumentasi, Wawancara. Penelitian tersebut menggunakan teknik analisis deskriptik kualitatif dengan menginterpretasikan angka ketercapaian indikator KBK.

4. Armaid Darmawan, Erni K, Rina Nofri E, Susantara W, Eka Realita (Darmawan et al., 2020) Mahasiswa Prodi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi, membahas tentang “Kajian Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Kpmitmen Pelayanan (KBK) BPJS di FKTP Kota Jambi”. Penelitian tersebut bertujuan untuk menganalisis factor- factor yang mempengaruhi belum tercapainya target pemenuhan indikator KBK BPJS pada Angka Kontak, RRNS dan RPPB pada FKTP dikota Jambi tahun 2019. Metode penelitian yang digunakan yaitu menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Instrumen penelitian tersebut menggunakan wawancara dengan panduan kuesioner.
5. Elsa Mahesti (Silaban, 2021) Mahasiswa Program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang, membahas tentang “Tinjauan Indikator Angka Kontak Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) Pada Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas Srongol”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui capaian indikator angka kontak kapitasi berbasis kinerja (KBK) pada masa Pandemi Covid-19. Penelitian tersebut menggunakan pendekatan kuantitatif dengan pendekatan survey. Penelitian tersebut menggunakan teknik pengolahan data editing, tabulasi data, perhitungan dan penyajian data dalam bentuk text, table, dan grafik.

Tabel 2. 3 Keaslian Penelitian

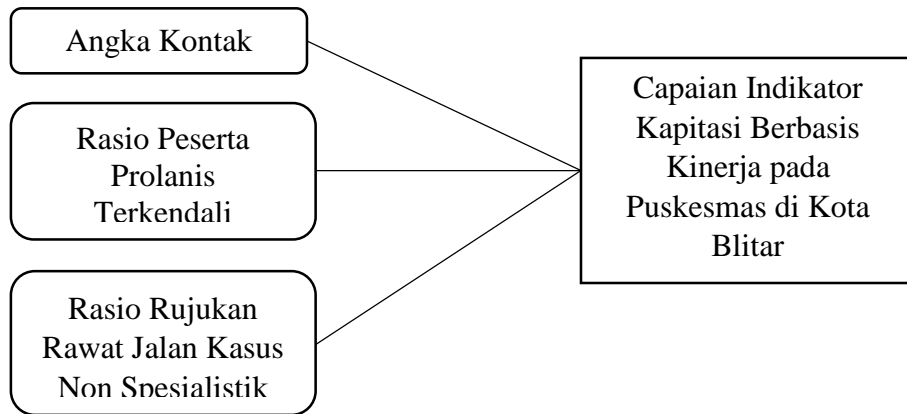
Penulis	Judul Penelitian	Persamaan	Perbedaan
Nadea Innayatin Syarofi (2020)	Tinjauan Pencapaian Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	Mengangkat topik mengenai pencapaian	Pada penelitian Nadea Innayatin Syarofi meneliti mengenai

	Pada Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Ngaliyan Kota Semarang	Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja	pencapaian Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Sementara pada penelitian ini meneliti seluruh Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja.
Saudatina Arum Maujudah (2018)	Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2018.	Mengangkat topik mengenai pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja	Pada penelitian Saudatina Arum Maujudah, analisis yang digunakan yaitu analisis deskriptif univariate, bivariate, dan <i>Partial Least Square</i> dengan bantuan <i>software smartPLS 2.0</i> . Sementara pada penelitian ini analisis data dilakukan setelah semua data terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan data untuk dapat ditarik kesimpulan
Anton Kristijono (2020)	Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas di Kota Semarang	Mengangkat topik mengenai pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja	Paada penelitian Anton Kristijono jenis penelitian yang digunakan adalah observasional

			deskriptif. Sementara penelitian ini menggunakan metode campuran (<i>mix method</i>).
Armaidi Darmawan, Erni K, Rina Nofri E, Susantara W, Eka Realita (2020)	Kajian Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Kpmitmen Pelayanan (KBK) BPJS di FKTP Kota Jambi	Mengangkat topik mengenai pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja	Pada penelitian Armaidi Darmawan dkk, menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif. Sementara pada penelitian ini menggunakan metode campuran (<i>mix method</i>).
Elsa Mahesti (2021)	Tinjauan Indikator Angka Kontak Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) Pada Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas Sronдол	Mengangkat topik mengenai pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja	Pada penelitian Elsa Mahesti meneliti mengenai indikator Angka Kontak (AK) kapitasi berbasis kinerja. Sementara pada penelitian ini meneliti seluruh Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).

2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), maka kerangka konsep untuk penelitian capaian indikator KBK pada Puskesmas di Kota Blitar dapat ditunjukkan dalam gambar berikut ini :



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Gambar diatas dapat dijelaskan bahwa Angka Kontak, Rasio Peserta Prolanis Terkendali dan Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik berpengaruh terhadap capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Puskesmas di Kota Blitar.