

ANALISIS KARAKTERISTIK FKTP YANG BERMITRA DENGAN BPJS KESEHATAN SEMARANG TERHADAP INDIKATOR KAPITASI BERBASIS KINERJA 2024

Emilia Van Den^{1}, Chatila Maharani¹, Lukman Fauzi¹, Fitri Indrawati¹*

¹Fakultas Kedokteran,
Universitas Negeri Semarang

*Corresponding author:
vandenemelia@gmail.com

Article History:

Received: 13/05/2025

Accepted: 23/07/2025

Available Online: 22/07/2025

ABSTRACT

Equal access to health services remains a challenge in achieving Universal Health Coverage (UHC), including in Indonesia. One of the efforts to improve access and the quality of services at Primary Health Care Facilities (PHCFs) is the implementation of the Performance-Based Capitation (PBC) system, which includes indicators such as the Contact Rate, Non-Specialist Referral Ratio, and Controlled Prolanis Participant Ratio. However, the achievement of these indicators has not yet been fully optimized. In 2022, national data showed that the Controlled Prolanis Participant Ratio indicator reached only 3.78% of the $\geq 5\%$ target. Meanwhile, in the first semester of 2024, the average Contact Rate achievement at BPJS Kesehatan Semarang was only 149.14%, slightly below the $\geq 150\%$ target. Efforts to optimize PBC performance require in-depth analysis of the factors that influence it, including the characteristics of PHCFs. This study aims to analyze the relationship between the characteristics of PHCFs and PBC indicators. This research is a quantitative analytical observational study with a cross-sectional design, using PBC indicators data from the second semester of 2024 obtained from BPJS Kesehatan Semarang. The sample includes all PHCFs that are contracted partners and receive capitation payments from BPJS Kesehatan Semarang. Data were analyzed using univariate, bivariate, and multivariate analysis with SPSS Statistics. PHCF characteristics that were significantly associated with PBC indicators ($p < 0.05$) included type of PHCF, ownership status, and number of registered participants.

Keywords: *Social Health Insurance, Performance-Based Capitation, Primary Health Care Facility*

PENDAHULUAN

Akses kesehatan yang setara terhadap pelayanan kesehatan merupakan tantangan di seluruh dunia. Pemerintah bertanggung jawab dalam menyediakan jaminan

kesehatan kepada masyarakat yang sejalan dengan tujuan pembangunan berkelanjutan dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Sebagian besar populasi di dunia, diketahui belum memiliki akses

yang memadai terhadap layanan kesehatan¹. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berperan penting dalam mengurangi kesenjangan layanan kesehatan². FKTP merupakan layanan kesehatan yang paling mudah diakses oleh masyarakat³. Oleh karena itu, sistem pelayanan kesehatan dapat dicapai melalui pengukuran kinerja FKTP yang komprehensif⁴.

Di Indonesia, dalam memantau kinerja FKTP secara terstruktur dan berkelanjutan, BPJS Kesehatan mulai menerapkan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada tahun 2016 dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja FKTP⁵. Terdapat tiga indikator dalam penilaian KBK yaitu Angka Kontak (AK) dengan target $\geq 150\%$, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dengan target sebesar $\leq 2\%$, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dengan target $\geq 5\%$. Pencapaian target pada ketiga indikator tersebut menjadi dasar dalam penentuan pembayaran kepada FKTP⁶.

Berdasarkan data laporan Diseminasi Kajian Kebijakan Insentif dan Disinsentif Pembayaran KBK pada FKTP BPJS Kesehatan tahun 2023, terdapat indikator KBK yang belum mencapai target $\geq 5\%$ salah satunya adalah indikator RPPT hanya tercapai 3,78%.⁷ Dari 2,8 juta peserta JKN terdiagnosis Diabetes Melitus, hanya 14,2% yang terdaftar dalam Prolanis. Sementara dari 10,9 juta peserta JKN yang terdiagnosis Hipertensi, hanya 5,6% yang terdaftar dalam Prolanis. Pada tahun 2022, dari 15,4 juta kasus Hipertensi, sebanyak 8 juta terkontrol dan dari 8,3 juta penderita Diabetes Melitus, hanya 359 ribu yang terkontrol⁷.

Rendahnya cakupan Prolanis ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kebijakan pembatasan

jumlah peserta Prolanis di setiap FKTP yang hanya menanggung klaim untuk maksimal 30 peserta per FKTP. Bila jumlah peserta melebihi itu, klaim hanya dibayarkan untuk 30 orang saja⁸. Kondisi ini terkait langsung dengan kemampuan anggaran BPJS dalam mendanai program. Seperti yang tertuang dalam buku panduan Prolanis BPJS tahun 2014, paket pembiayaan untuk setiap kegiatan. Model pembiayaan seperti ini menjelaskan, mengapa meski potensi sasaran sangat besar, realisasi peserta Prolanis tetap kecil dan capaian dampak program menjadi kurang optimal.

FKTP di Kota Semarang yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang per Agustus 2024 sejumlah 247 yang terdiri dari 37 puskesmas, 118 klinik pratama, 64 Dokter Praktik Perorangan (DPP) dan, 28 praktik dokter gigi⁹. Setiap jenis FKTP memiliki karakteristik, sumber daya, dan tantangan yang berbeda dalam mencapai indikator kinerja yang ditetapkan dalam sistem KBK.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan KC Semarang, rata-rata capaian indikator KBK pada semester 1 tahun 2024 pada 215 FKTP untuk indikator angka kontak yaitu sebesar 149,14%, rasio rujukan nonspesialistik sebesar 0,69%, dan rasio peserta Prolanis terkontrol sebesar 5,21%.

Pada indikator AK menunjukkan bahwa dari 215 FKTP yang berhasil mencapai target $\geq 150\%$, sebanyak 97 FKTP (45,1%) sedangkan 118 FKTP (54,9%) belum mencapai target tersebut. Pada indikator RRNS sebanyak 199 FKTP (92,6%) mencapai target $\leq 2\%$, dan hanya 16 FKTP (7,4%) yang belum mencapai target. Pada indikator RPPT tercatat 107 FKTP (49,8%) telah mencapai target $\geq 5\%$, sementara 108 FKTP (50,2%) belum mencapai target.⁹

Penyesuaian pembayaran kapitasi berdasarkan capaian KBK mengikuti Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019. FKTP dengan capaian rating 4 menerima 100% pembayaran kapitasi, rating 3-<4 memperoleh 95% (puskesmas) dan 97% (klinik pratama/RS D pratama). Jika capaian 2-<3, pembayaran menjadi 90% dan 96% sedangkan capaian 1-<2 mendapatkan pembayaran terendah, yaitu 85% dan 95%⁶.

Pada semester ke I tahun 2024 di Semarang, dari 215 FKTP sebanyak 49 FKTP (22,8%) mencapai nilai maksimal KBK dengan rating 4, 87 FKTP (40,5%) memperoleh nilai dengan rating 3-<4, 77 FKTP memperoleh rating 2-<3 (35,8%), dan nilai capaian dengan rating 1-<2 yaitu sebanyak 2 FKTP (0,9%)⁹.

Pada semester I dan II tahun 2018 serta semester I tahun 2019, rata-rata capaian pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan puskesmas di Semarang masing-masing sebesar 97,74%; 98,07%; dan 98,07% atau belum mencapai 100%¹⁰. Ketidaktercapaian KBK berdampak pada penyesuaian dan pemotongan pembayaran kapitasi. Bagi puskesmas, pemotongan ini tidak cukup berpengaruh karena adanya pendapatan lain yaitu dari BLUD dan APBD. Sebaliknya, bagi klinik pratama dan dokter praktik perorangan yang mengandalkan dana kapitasi sebagai sumber utama, dampaknya lebih signifikan¹¹.

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014 dan surat edaran BPJS No. 1 Tahun 2021 menunjukkan bahwa pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di klinik pratama dan dokter praktik perorangan dipengaruhi oleh kebijakan pimpinan. Hal tersebut berdampak pada salah satu faktor sebagian besar FKTP swasta mengalami defisit¹². Dana kapitasi

digunakan untuk pelayanan kesehatan dan operasional, termasuk pengadaan obat bagi klinik yang tidak bekerja sama dengan apotek¹³. Klinik yang bekerja sama dengan apotek mengalokasikan dana untuk alat kesehatan dan lainnya. Jika dana obat tidak mencukupi di tengah tingginya utilisasi, dapat terjadi *stock-out* yang mengganggu pelayanan JKN¹². Klinik dengan kapitasi rendah tetap mengadakan obat tiap bulan, yang berdampak pada operasional keuangan dan sering memerlukan dana tambahan¹⁴.

Penelitian ini penting dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan serta perbedaan karakteristik FKTP terhadap pencapaian indikator KBK di Kota Semarang. Hasilnya diharapkan dapat berkontribusi pada pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih efektif dan efisien serta menjadi dasar perbaikan kebijakan khususnya dalam optimalisasi pembiayaan kapitasi di tingkat FKTP.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari BPJS Kesehatan KC Semarang. Populasi mencakup seluruh FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan KC Semarang pada Semester II tahun 2024 yang berjumlah 247 FKTP. Penentuan sampel dilakukan dengan teknik *total sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah seluruh FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan KC Semarang dan mendapatkan pembayaran kapitasi sebanyak 220. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah FKTP dengan data *missing* berjumlah 1. Didapatkan sampel akhir sebanyak 219 FKTP. Terdapat 4 variabel

bebas dalam penelitian ini meliputi jenis FKTP, jumlah peserta terdaftar, kepemilikan FKTP, dan rasio dokter. Variabel terikatnya berjumlah 4 meliputi nilai capaian indikator KBK terdiri dari Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS), Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dan nilai capaian akhir KBK. Pada indikator AK, RRNS, dan RPPT berskala rasio. Sedangkan capaian akhir KBK dikategorikan menjadi tercapai target maksimal (nilai 4) dan tidak tercapai target maksimal dengan (nilai 1-<4) dengan skala nominal.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah jenis FKTP, yang meliputi puskesmas, klinik pratama, dokter praktik pribadi dengan skala nominal. Selain itu, jumlah peserta terdaftar FKTP dikategorikan menjadi empat kelompok, yaitu peserta terdaftar <3000, 3000-6000, 6000-10.000, >10.000 dengan skala ordinal. Selanjutnya, kepemilikan FKTP dikategorikan menjadi FKTP milik pemerintah dan swasta dengan skala nominal. Adapun jumlah dokter di FKTP dikategorikan menjadi 1:<5000 dan 1:>5000 dengan skala nominal.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari BPJS Kesehatan KC Semarang. Data yang diambil berupa nilai capaian indikator KBK pada semester II tahun 2024. Data dianalisis menggunakan univariat untuk mengetahui distribusi dan frekuensi variabel terkait. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan Uji *Kruskal Wallis*

untuk variabel jenis FKTP dan jumlah peserta terdaftar sedangkan Uji *Mann Whitney* untuk variabel kepemilikan FKTP dan rasio dokter yang dianalisis dengan indikator AK, RRNS dan RPPT.

Selain itu, *Uji Chi Square* digunakan untuk menguji hubungan jenis FKTP, jumlah peserta terdaftar, kepemilikan FKTP dan rasio dokter dengan capaian akhir KBK. Analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik untuk menentukan variabel yang paling berpengaruh terhadap capaian indikator KBK. Semua analisis data diproses dengan menggunakan *SPSS statistics for Windows*, versi 23.

Protokol penelitian ini telah disetujui oleh Komite Pembimbing Etik dan Penelitian, Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Semarang (638/KEPK/FK/KLE/2024).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik FKTP

Pada Tabel 1, menunjukkan distribusi frekuensi karakteristik FKTP dan capaian indikator KBK pada 219 FKTP. Berdasarkan jenis FKTP, sebagian besar merupakan klinik pratama (53,9%), diikuti oleh DPP (29,2%) dan puskesmas (16,9%). Dari segi jumlah peserta terdaftar, sebagian besar FKTP memiliki peserta kurang dari 3.000 (34,7%) dan 3.000-6.000 peserta (29,7%), sementara FKTP dengan jumlah peserta lebih dari 10.000 (22,8%). Pada kepemilikan FKTP, sebagian besar dikelola

Tabel 1. Distribusi Karakteristik FKRP

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
Jenis FKTP		
Puskesmas	37	16,9
Klinik Pratama	118	53,9

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
DPP	64	29,2
Jumlah peserta terdaftar		
< 3000	76	34,7
3000-6000	65	29,7
6000-10.000	28	12,8
>10.000	50	22,8
Kepemilikan FKTP		
Pemerintah	37	16,9
Swasta	182	83,1
Rasio dokter berdasarkan peserta		
1:<5000	214	97,7
1:>5000	5	2,3
Nilai Capaian KBK		
4	88	40,2
3-<4	61	27,9
2-<3	60	27,4
1-<2	10	4,6
Total	219	

oleh swasta (83,1%), sedangkan FKTP milik pemerintah hanya (16,9%). Berdasarkan rasio dokter terhadap peserta, hampir semua FKTP (97,7%) memiliki rasio dokter lebih dari 1:<5000 peserta, sementara hanya 2,3% yang memiliki rasio dokter kurang dari 1:>5000 peserta.

Dalam hal capaian KBK, sebanyak 40,2% FKTP mencapai nilai maksimal yaitu 4, sementara 27,9% memiliki nilai antara 3 dan <4, serta 27,4% memiliki nilai antara 2 dan <3. Hanya 4,6% FKTP yang memiliki nilai KBK terendah (1 hingga <2).

Karakteristik FKTP terhadap Indikator KBK

Pada Tabel 2, menunjukkan perbedaan bermakna antara karakteristik

FKTP terhadap indikator KBK yaitu Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT), berdasarkan jenis FKTP, jumlah peserta terdaftar, kepemilikan FKTP. Namun, tidak ditemukan perbedaan pada rasio dokter.

Puskesmas memiliki rerata tertinggi untuk AK (212,79%), dibandingkan klinik pratama (160,22%) dan praktik dokter mandiri (153,89%) dengan perbedaan signifikan ($p<0,001$). Pada indikator RRNS, puskesmas memiliki rujukan terendah (0,42%) dan pada indikator RPPT memiliki rata-rata tertinggi (6,98%) dibandingkan dua jenis FKTP lainnya ($p<0,001$). Capaian puskesmas yang lebih baik pada ketiga indikator KBK, dapat

Tabel 2. Perbandingan Indikator KBK menurut Karakteristik FKTP

Variabel	Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja			
	n	Angka Kontak (AK)	Rasio Rujukan Non Spesialistik	Rasio Peserta Prolanis

			(RRNS)		Terkendali (RPPT)	
		Mean	p-value	Mean	p-value	p-value
Jenis FKTP^a			<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Puskesmas	37	212,79		0,42		6,98
Klinik Pratama	118	160,22		0,91		4,99
DPP	64	153,89		0,96		5,19
Jenis FKTP^b						
(uji post-hoc)						
DPP vs Klinik			0,869	0,001*		1
Pratama						
DPP vs Puskesmas			<0,001*	<0,001*		<0,001*
Klinik Pratama vs			<0,001*	0,002*		<0,001*
Puskesmas						
Jumlah peserta			<0,001*	0,001*		0,006*
terdaftar^a						
< 3000	76	153,03		1,64		5,18
3000-6000	65	156,22		0,51		5,44
6000-10.000	28	171,24		0,36		4,29
>10.000	50	200,98		0,33		6,23
Jumlah peserta						
terdaftar^b						
(uji post-hoc)						
<3000 vs 3000-			1	1		1
6000						
<3000 vs 6000-			0,22	0,366		1
10.000						
<3000 vs >10.000			<0,001*	0,001*		0,012*
3000-6000 vs 6000-			1	1		1
10.000						
3000-6000 vs			<0,001*	0,033*		0,051
>10.000						
6000-10.000 vs			0,51			0,028*
>10.000						
Kepemilikan FKTP^c			<0,001*	<0,001*		<0,001*
Pemerintah	37	212,79		0,42		6,98
Swasta	182	157,99		0,93		5,06
Rasio dokter			0,40	0,759		0,495
terhadap peserta^c						
1:<5000	214	166,99		0,85		5,38
1:>5000	5	178,05		0,31		5,66

^a Kruskal-Wallis H test

^b Post-Hoc Dunn-Bonferroni

^c Mann-Whitney U test

*p-value<0,05

disebabkan karena karakteristik struktural dan fungsi utama puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan. Puskesmas umumnya memiliki jumlah SDM yang lebih memadai, dukungan anggaran dari

pemerintah daerah, serta fokus layanan yang menekankan pada upaya promotif dan preventif, termasuk pelaksanaan Prolanis secara aktif.

Terdapat perbedaan signifikan pada ketiga indikator KBK berdasarkan jumlah peserta terdaftar. FKTP dengan jumlah >10.000 peserta memiliki capaian indikator tertinggi, dengan rerata AK sebesar 200,98% dan RPPT sebesar 6,23%. Sementara itu, kelompok FKTP dengan jumlah peserta 6.000-10.000 memiliki rerata RRNS terendah, yaitu 0,36%, yang mengindikasikan efisiensi dalam pengelolaan rujukan non spesialisik.

Perbedaan yang signifikan juga ditemukan berdasarkan kepemilikan FKTP. Rerata capaian indikator pada FKTP pemerintah adalah AK sebesar 212,79%, RRNS sebesar 0,42%, dan RPPT sebesar 6,98%. Sebaliknya, FKTP swasta memiliki capaian yang lebih rendah, dengan rerata AK 157,99%, RRNS 0,93%, dan RPPT 5,06%.

Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara indikator KBK berdasarkan rasio dokter terhadap peserta (AK: $p=0,40$; RRNS: $p=0,759$; RPPT: $p=0,495$). Ini menunjukkan bahwa rasio dokter per peserta tidak berpengaruh secara signifikan terhadap capaian indikator KBK. sehingga faktor lain seperti sistem pelayanan, manajemen internal, dan dukungan kebijakan kemungkinan lebih berperan dalam pencapaian indikator KBK.

Pada Tabel 3, menunjukkan beberapa temuan signifikan berdasarkan *uji chi-square*. Jenis FKTP berhubungan signifikan dengan capaian KBK ($p<0,001$ dan $p=0,036$). FKTP jenis puskesmas memiliki kemungkinan 75,83 kali lebih besar untuk mencapai target maksimal KBK dibandingkan dengan dokter praktik mandiri. Sedangkan klinik memiliki

kemungkinan 2,3 kali lebih besar untuk mencapai target maksimal KBK dibandingkan dengan dokter praktik mandiri. Jumlah peserta terdaftar juga menunjukkan hubungan signifikan ($p<0,001$). Kepemilikan FKTP berpengaruh signifikan terhadap capaian KBK ($p<0,001$). FKTP milik pemerintah memiliki kemungkinan 42,59 kali lebih besar untuk mencapai target maksimal dibandingkan FKTP swasta. Namun, Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara rasio dokter terhadap peserta dengan capaian maksimal KBK ($p=0,651$).

Pada hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap pencapaian indikator KBK yaitu jenis FKTP ($p<0,05$). Sementara itu, variabel kepemilikan FKTP dan jumlah peserta terdaftar tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan setelah dikontrol bersama variabel lainnya. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan mendasar dalam struktur organisasi, ketersediaan sumber daya, dan orientasi layanan antara puskesmas, klinik pratama, dan DPP. Selain itu pada jenis FKTP memiliki OR yang tinggi, menandakan kekuatan pengaruhnya terhadap pencapaian KBK.

Karakteristik FKTP terhadap Angka Kontak

Penelitian ini menunjukkan bahwa puskesmas cenderung lebih tercapai angka kontak dibandingkan klinik pratama dan DPP. Sejalan dengan temuan Augustian et al. (2023) menyebutkan tingginya angka

Tabel 3. Analisis Hubungan Karakteristik FKTP dengan Nilai Capaian KBK

Variabel	Nilai Capaian KBK	Chi Square	Regresi Logistik	OR	(95% CI)
----------	-------------------	------------	------------------	----	----------

	Tercapai target maksimal		Tidak tercapai target maksml		Nilai p	Nilai p		
	n	%	n	%				
Jenis FKTP								
Puskesmas	35	94,6	2	5,4	<0,001*	<0,001*	75,83	(15,98-359,82)
Klinik Pratama	41	34,7	77	65,3	0,036*	0,025*	2,307	(1,108-4,803)
DPP (ref)	12	18,8	52	81,3		<0,001*		
Jumlah Peserta Terdaftar								
< 3000	19	25	57	75	<0,001*		0,094	(0,040-0,219)
3000-6000	20	30,8	45	69,2	<0,001*		0,125	(0,053-0,294)
6000-10.000	10	35,7	18	64,3	0,001*		0,157	(0,056-0,436)
>10.000 (ref)	39	78	11	22				
Kepemilikan FKTP								
Pemerintah	35	94,6	2	5,4	<0,001*		42,594	(9,888-183,48)
Swasta	53	29,1	129	70,9				
Rasio Dokter terhadap Peserta								
1:<5000	85	39,7	129	60,3	0,651			
1:>5000	3	60	2	40				

*p-value<0,05

kontak di puskesmas disebabkan oleh frekuensi kunjungan sehat yang lebih banyak dan diperkuat oleh pelayanan promotif, preventif serta jumlah sumber daya manusia yang memadai¹¹. Selain itu, Darmawan et al. (2020) juga mengungkapkan bahwa jaringan layanan pendukung seperti posyandu dan kunjungan rumah berkontribusi dalam peningkatan angka kontak¹⁵. Sebaliknya, keterbatasan layanan promotif dan preventif di klinik pratama dan praktik dokter mandiri berkaitan dengan minimnya tenaga kesehatan serta sarana prasarana, sehingga pelayanan lebih terfokus pada aspek kuratif¹⁶. Hal ini diperkuat oleh Nurifki (2021) dimana Klinik Pratama Muhammadiyah Cirebon pencapaian angka

kontak hanya optimal pada satu bulan dalam setahun, sementara pada bulan-bulan lainnya tetap berada pada tingkat terendah¹⁷.

Dari jumlah peserta, puskesmas juga cenderung lebih banyak. Studi ini menemukan bahwa FKTP dengan jumlah peserta >10.000 cenderung memiliki angka kontak yang lebih tinggi. Sejalan dengan penelitian Kurniawan et al. (2016) yang menunjukkan puskesmas memiliki jumlah peserta 4-5 kali lebih banyak dibandingkan klinik dan praktik mandiri¹². Hal serupa disampaikan oleh Widyaningrum (2019) yang menyebutkan pencapaian angka kontak sebanding dengan tingkat kepesertaan JKN¹⁸.

Jenis kepemilikan fasilitas juga berpengaruh, dimana FKTP milik

pemerintah cenderung menunjukkan angka kontak yang lebih tinggi dibandingkan FKTP swasta. Diperkuat dengan penelitian Hasnur et al. (2023) menunjukkan bahwa tingginya angka kontak tersebut karena sistem pelayanan yang lebih luas dan aksesibilitas yang lebih baik menjadi faktor utama tingginya pencapaian angka kontak¹⁹.

Namun demikian, studi ini tidak menemukan perbedaan pada rasio dokter terhadap jumlah peserta berdasarkan angka kontak. Temuan ini berbeda dengan penelitian Aryani et al. (2022) yang menyatakan bahwa rasio dokter berperan penting terhadap pencapaian indikator angka kontak²⁰. Selain itu, dalam penelitian Widaty (2017) menunjukkan bahwa pencapaian angka kontak tidak hanya ditentukan oleh rasio dokter, tetapi juga oleh kualitas manajemen pelayanan, ketersediaan tenaga medis dan non-medis serta efektifitas sistem rujukan yang diterapkan oleh FKTP²¹.

Karakteristik FKTP terhadap Rasio Rujukan Non Spesialistik

Penelitian ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan karakteristik FKTP berdasarkan indikator RRNS. Puskesmas cenderung memiliki rujukan yang lebih rendah dibandingkan klinik pratama dan praktik mandiri. Penyebab rujukan tersebut yaitu meliputi kendala administratif, keterbatasan fasilitas, manajemen pelayanan, serta kompetensi dokter di FKTP²². Dokter di puskesmas umumnya secara rutin mengikuti pelatihan dari dinas kesehatan, terutama terkait layanan promotif, preventif, dan penatalaksanaan penyakit kronis sesuai panduan praktik klinis²³. Sebaliknya, dokter di klinik pratama dan praktik mandiri memiliki akses terbatas terhadap pelatihan

berkelanjutan, yang berdampak pada kemampuan klinis dalam mengelola kasus secara mandiri. Oleh karena itu, perlunya dukungan tidak hanya Dinas Kesehatan, tetapi juga dari asosiasi klinik pratama dan organisasi dokter layanan primer agar berperan aktif dalam pembinaan dan peningkatan kapasitas anggotanya.

Studi Utami et al. (2017) di Yogyakarta melaporkan bahwa dokter puskesmas memiliki skor kompetensi tertinggi dibandingkan dokter klinik dan praktik mandiri ($p < 0,001$)²⁴. Meskipun demikian, penelitian Lubis et al. (2019) menyebutkan bahwa peningkatan pengetahuan khusus dan keterampilan teknis masih diperlukan untuk tenaga kesehatan puskesmas²⁵.

Data BPJS Kesehatan KC Semarang semester II tahun 2024 menunjukkan bahwa puskesmas memiliki jumlah dokter terbanyak, dengan rata-rata enam dokter per fasilitas kesehatan, klinik pratama dengan rata-rata tiga dokter dan praktik dokter perorangan satu dokter. Jumlah dokter yang lebih banyak dapat memengaruhi variasi dalam pengambilan keputusan medis, termasuk indikasi rujukan. Selain itu, dokter dengan pengalaman kerja yang lebih panjang umumnya lebih tepat dalam menentukan kebutuhan rujukan berdasarkan pemahaman terhadap alur pelayanan dan karakteristik pasien²⁶. Hal ini sejalan dengan temuan Halimatussakdiah et al. (2019), yang menyatakan bahwa pengalaman kerja berhubungan positif dengan produktivitas dan efisiensi layanan²⁷.

FKTP pemerintah, umumnya lebih unggul dalam jumlah tenaga medis dan kelengkapan fasilitas seperti, laboratorium yang lebih lengkap, alat kesehatan yang lebih memadai, serta ruang rawat inap yang

memungkinkan penanganan lebih banyak kasus tanpa rujukan. Sebaliknya, perbedaan kebijakan internal dan sistem manajemen pasien di FKTP swasta turut memengaruhi tingginya angka rujukan¹⁷.

Studi ini tidak menemukan perbedaan pada rasio dokter terhadap jumlah peserta berdasarkan rasio rujukan non spesialisik. Berbeda dengan penelitian Nofriyenti et al. (2019) menunjukkan perbedaan RRNS dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti ketersediaan dokter umum di puskesmas, dan kedisiplinan puskesmas menjalankan komitmen dengan BPJS Kesehatan²⁸.

Karakteristik FKTP terhadap Rasio Peserta Prolanis Terkendali

Penelitian ini menunjukkan bahwa puskesmas cenderung lebih tercapai peserta prolanis terkendali dibandingkan klinik pratama dan praktik dokter mandiri. Sejalan dengan penelitian Nurfikri (2021) menunjukkan rasio peserta Prolanis dengan kondisi terkendali di salah satu FKTP hanya mencapai rating 1, dengan persentase kurang dari 3% setiap bulannya¹⁷. Temuan ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan Prolanis, baik untuk Hipertensi maupun Diabetes Melitus, belum optimal.

Pembentukan klub Prolanis khusus, di FKTP telah banyak diterapkan khususnya di puskesmas. Puskesmas umumnya mampu menyelenggarakan kegiatan prolanis dengan jumlah peserta yang lebih besar dan mencakup kegiatan seperti senam, edukasi kelompok, konsultasi medis, dan pemantauan kesehatan berkala. Hal ini didukung oleh ketersediaan sumber daya yang lebih memadai serta fokus layanan puskesmas pada upaya promotif dan preventif.

Bersadarkan jumlah peserta, puskesmas juga cenderung lebih banyak. Studi ini menemukan bahwa FKTP dengan

jumlah peserta >10.000 memiliki peserta prolanis terkendali lebih banyak. Aryani et al. (2022) menunjukkan bahwa keberhasilan indikator RPPT lebih dipengaruhi oleh efektivitas program Prolanis di FKTP, bukan hanya dari jumlah peserta yang terdaftar²⁰. Faktor-faktor lain yang berperan seperti keterlibatan aktif peserta, frekuensi edukasi dan konsultasi, serta monitoring rutin. Selain itu, FKTP dengan tenaga medis terlatih serta sistem pencatatan dan pemantauan yang baik lebih cenderung mencapai target RPPT, sebagaimana ditegaskan oleh Barbazza et al. (2019) bahwa kualitas pelayanan primer sangat bergantung pada kompetensi SDM dan sistem informasi yang dimiliki²⁹.

Pada penelitian Aryani et al. (2022) beberapa faktor yang memengaruhi pencapaian RPPT meliputi efektivitas dan struktur program Prolanis, kompetensi tenaga kesehatan dalam implementasi, serta partisipasi aktif peserta dan tindak lanjut yang diberikan. Selain itu, pemantauan dan evaluasi berkala, serta dukungan dari pemerintah daerah juga berperan penting dalam keberhasilan Prolanis di FKTP²⁰.

Kapitasi Berbasis Kinerja

Berdasarkan hasil analisis, jenis FKTP memiliki hubungan signifikan dengan capaian KBK, di mana puskesmas menunjukkan peluang lebih tinggi untuk mencapai target dibanding klinik pratama dan DPP. Temuan ini menunjukkan perlunya dilakukan pembenahan pada klinik pratama dan dokter layanan primer, terutama dalam hal peningkatan kapasitas tenaga medis, sistem pencatatan dan pelaporan, serta penguatan kegiatan promotif dan preventif seperti Prolanis, agar capaian indikator KBK dapat lebih optimal.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Augustian et al. (2023) di Jakarta Timur yang menunjukkan bahwa puskesmas memiliki peluang lima kali lebih besar mencapai capaian KBK yang baik¹¹. FKTP milik pemerintah seperti puskesmas umumnya didukung oleh pendanaan APBD/APBN, tenaga medis, serta pengawasan rutin dari dinas kesehatan dan BPJS Kesehatan. Sebaliknya, FKTP swasta menghadapi tantangan dalam keterbatasan tenaga medis, sistem pelaporan, dan kecenderungan peserta untuk memilih layanan non-JKN atau rujukan langsung. Studi di Inggris juga mendukung temuan ini, bahwa pendanaan kapitasi yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan kualitas layanan primer³⁰.

Jumlah peserta terdaftar di FKTP memiliki hubungan signifikan dengan capaian KBK. Penelitian ini didukung oleh temuan Rahmani et al. (2023) di Kecamatan Gubeng yang menunjukkan distribusi peserta JKN yang timpang antar FKTP, dengan sebagian besar peserta terkonsentrasi di puskesmas meskipun jumlah klinik pratama lebih banyak³¹. Rasio peserta setiap FKTP juga tidak merata, dimana puskesmas menanggung rata-rata 8.030 peserta, sedangkan klinik hanya sekitar 3.865. Arimbi et al. (2022) menambahkan bahwa ketimpangan ini diperkuat oleh kebijakan pemerintah yang mewajibkan peserta PBI-daerah untuk terdaftar di FKTP milik pemerintah, menyebabkan penumpukan peserta di puskesmas dan ketimpangan alokasi kapitasi, yang berdampak langsung terhadap capaian indikator KBK di masing-masing FKTP³².

Kepemilikan FKTP terbukti berhubungan signifikan dengan capaian indikator KBK. Temuan ini sejalan dengan penelitian Zahrina et al. (2024) yang

menunjukkan adanya perbedaan kemampuan antara FKTP pemerintah dan swasta dalam mencapai target KBK. FKTP milik pemerintah menghadapi keterbatasan kapasitas akibat tingginya jumlah kunjungan, sementara FKTP swasta kerap mengalami kendala dalam pelaksanaan program yang digulirkan oleh Dinas Kesehatan maupun BPJS Kesehatan³³. FKTP swasta umumnya menghadapi tantangan dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan, sarana prasarana, serta dukungan administratif. Oleh karena itu, diperlukan dukungan lebih dari pemangku kepentingan seperti Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan organisasi profesi. Bentuk perhatian tersebut dapat diwujudkan melalui pelatihan teknis yang berkelanjutan, pendampingan dalam pelaksanaan program seperti Prolanis, integrasi sistem pelaporan yang lebih efisien, serta penyusunan kebijakan insentif yang adaptif terhadap kondisi fasilitas swasta.

Rasio dokter terhadap jumlah peserta tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan capaian KBK. Hasil ini berbeda dengan penelitian Fadila et al. (2022) yang menunjukkan minimnya SDM, sarana prasarana, serta rendahnya literasi peserta JKN terkait Prolanis sebagai faktor penghambat capaian indikator. Namun demikian, pencapaian KBK juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti ketersediaan dana, dukungan kebijakan, dan sistem informasi yang memadai, serta optimalisasi tata kelola FKTP dan penerapan standar pelayanan antar profesi kesehatan³⁴.

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa

terdapat perbedaan dan hubungan antara jenis FKTP, jumlah peserta terdaftar di FKTP, serta kepemilikan FKTP dengan nilai $p < 0,05$. Namun, untuk variabel rasio dokter dengan nilai $p > 0,05$ tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan dengan indikator KBK terhadap FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan KC Semarang. Hasil ini menunjukkan pentingnya untuk mempertimbangkan karakteristik FKTP dalam penilaian KBK. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi berkala kepada FKTP dengan capaian yang masih rendah. Selain itu, perlu dilakukan peninjauan ulang dan penyesuaian terhadap regulasi serta skema penilaian capaian indikator seperti Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dengan mempertimbangkan kapasitas dan karakteristik masing-masing jenis FKTP.

Diharapkan FKTP dapat meningkatkan mutu layanan dan efektivitas implementasi sistem kapitasi berbasis kinerja secara menyeluruh. Mengingat keterbatasan sumber daya yang umumnya dialami oleh FKTP swasta, maka diperlukan perhatian khusus dari pemangku kepentingan, seperti Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan dan organisasi profesi. Bentuk dukungan yang dapat diberikan

meliputi pelatihan dan pendampingan teknis secara berkelanjutan, pendampingan program Prolanis, dan sistem informasi yang terintegrasi.

Diperlukan peran aktif asosiasi klinik pratama, organisasi profesi dokter pelayanan primer, dan Dinas Kesehatan dalam pembinaan dan penguatan kapasitas FKTP untuk meningkatkan capaian indikator KBK. Selain itu, pembatasan jumlah peserta Prolanis yang hanya sekitar 30 orang per FKTP, perlu dilakukan peninjauan kembali, karena tidak sebanding dengan jumlah peserta berisiko tinggi penyakit kronis yang sesungguhnya jauh lebih besar. Kebijakan seharusnya dapat disesuaikan dengan data dan kebutuhan setiap wilayah, agar pelaksanaan Prolanis dapat menjangkau lebih banyak peserta dan memberikan dampak yang lebih efektif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada pihak BPJS Kesehatan KC Semarang yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian. Terimakasih juga kepada semua pihak yang telah berkontribusi pada penelitian ini, sehingga penelitian ini terselesaikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems Through a Primary Health Care Lens. 2022.
2. Burström B, Burström K, Nilsson G, et al. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden - A scoping review. *International Journal for Equity in Health*; 16. Epub ahead of print 28 January 2017. DOI: 10.1186/s12939-017-0524-z.
3. Hidayat B, Pujiyanti E, Andalan A. Evaluasi Sistem Pembayaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Era Jaminan Kesehatan Nasional: Biaya Riil Layanan di Rawat Jalan Tingkat Pertama Sebagai Dasar Perhitungan Besaran Kapitasi Program JKN.

4. Southey G, Heydon A. The Starfield Model: Measuring Comprehensive Primary Care for System Benefit. *Healthc Manag Forum* 2015; 27: 60–64.
5. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. KBK, Inovasi BPJS Kesehatan yang Mengukur Kinerja Fasilitas Kesehatan, <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/kbk-inovasi-bpjs-kesehatan-yang-mengukur-kinerja-fasilitas-kesehatan> (2021, accessed 8 November 2024).
6. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2019.
7. BPJS Kesehatan RI. Diseminasi Kajian Kebijakan Insentif dan Disinsentif Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada FKTP BPJS Kesehatan tahun 2023.
8. Maulidati LF, Maharani C. Evaluasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Temanggung. *J Kesehat Masy* 2022; 10: 233–243.
9. BPJS Kesehatan KC Semarang. Jumlah FKTP yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang pada Tahun 2024.
10. Kristijono A. Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Puskesmas di Kota Semarang. *J Rekam Medis dan Inf Kesehat* 2020; 3: 1–6.
11. Augustian R, Ayuningtyas D. Analisis Capaian Kapitasi Berbasis Kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Wilayah Jakarta Timur pada Masa Pandemi Covid-19. 7. Epub ahead of print 2023. DOI: 10.36418/syntax-literate.v6i6.
12. Kurniawan MF, Siswoyo BE, Mansur F, et al. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia). *J Kebijak Kesehat Indones* 2016; 05: 122–131.
13. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. 2014.
14. Afifah LAN, Arso SP, Fatmasari EY. Analisis Mekanisme Pengelolaan Dana Kapitasi pada Klinik Pratama di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang, <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm> (2019).
15. Darmawan A, Nofri RE, Realita E. Kajian Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBK) BPJS di FKTP Kota Jambi.
16. Arman YB, Claramitam M. Pengembangan Panduan Pelayanan Klinik Pratama Berbasis Kedokteran Pencegahan dan Studi Kasus Pengembangan Sebuah Klinik Perusahaan Padapopulasi Lanjut Usia.
17. Nurifki A. Analisis Kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dalam Menghadapi Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. 2021.
18. Widyaningrum S, Kristijono A. Gambaran Faktor Determinan Pencapaian Indikator Angka Kontak pada Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan di Puskesmas Mrebet Kabupaten Purbalingga.
19. Hasnur H, Aletta A, Presilawati F, et al. Analisis Kinerja FKTP Pemerintah di Era JKN dengan Metode Balanced Scorecard: Studi Kasus di Puskesmas Bandar Baru Tahun 2022. *J Ekon Kesehat Indones* 2023; 8: 40.
20. Aryani AD, Bachtiar A, Candi C. The Structural Equation Modelling of First Level Health Facilities' Performance-Based Capitation Payment in National Health Service. *Kesmas* 2022; 19: 35–41.
21. Widaty. Capitation Payment Indicators Based on Fulfillment of Service Commitment at FKTP in Surabaya. 2017.

22. Nazriati E, Husnedi N. Profil Rujukan Kasus Nonspesifik pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer. *Kesmas Natl Public Heal J* 2015; 9: 327.
23. Kementerian Kesehatan. Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. 2022.
24. Utami A, Hendrartini Y, Claramita M. Persepsi Dokter dalam Merujuk Penyakit Non Spesialistik di Layanan Kesehatan Primer dalam Jaminan Kesehatan Nasional. *Media Med Muda* 2017; 2: 27–34.
25. Lubis L, Raharja WT, Wahyudi A. Analisa Kompetensi Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sidotopo kota Surabaya. *Publiciana* 2019; 12: 93–101.
26. Annisa R, Winda S, Dwisaputro E, et al. Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan melalui Perbaikan Tata Kelola. *INTEGRITAS J Antikorupsi* 2020; 6: 209–224.
27. Halimatussakdiah B, Suarmanayasa IN, Heryanda KK. Pengaruh Pengalaman Kerja dan Kepuasan Kerja terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Art Shop di Desa Sukarara Tahun 2019. *J Manaj* 2019; 5: 43–51.
28. Nofriyenti P, Syah NA, Akbar A. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Indikator AK Komunikasi dan RPPT di Puskesmas Kabupaten Padang Pariman, <http://jurnal.fk.unand.ac.id> (2019).
29. Starfield B. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs, http://www.who.int/social_determinants/en/ (2009).
30. L'Esperance V, Gravelle H, Schofield P, et al. Relationship between General Practice Capitation Funding and The Quality of Primary Care in England: A Cross-Sectional, 3-Year Study. *BMJ Open*; 9. Epub ahead of print 1 November 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030624.
31. Rahmani AA, Putri NK. Distribusi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kecamatan Gubeng, Surabaya. *Media Gizi Kesmas* 2023; 12: 1036–1040.
32. Arimbi D, Fuady A, Satrya A, et al. Peluang dan Tantangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia: Studi Kebijakan Opportunities and Challenges in National Health Security in Indonesia: A Regulatori Study. 2022.
33. Zahrina, Ramadhani RV, Hulwah KN il, et al. Pelayanan Kesehatan Primer sebagai Gatekeeper dan Kebijakan Diskusi Peer Review: Antara Kualitas dan Realitas untuk Menurunkan Kasus Rujukan Non Spesialistik. *J Ekon Kesehat Indones* 2024; 8: 142–153.
34. Fadila R, Katmini. Determinan Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Tinjauan Sistematis. *J Kesehat Komunitas*; 8. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.25311/keskom.vol8.iss3.1272.