

Artikel Emilia

by Emilia Van Den

Submission date: 13-May-2025 09:28AM (UTC+0700)

Submission ID: 2674443900

File name: Turnitin_Rancangan_Jurnal_Emilia.docx (167.94K)

Word count: 3398

Character count: 21882

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

Emilia Van Den^{1*}, Chatila Maharani², Lukman Fauzi³, Fitri Indrawati⁴

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 pencatatan nasional per Desember 2022, terdapat indikator KBK yang belum mencapai target $\geq 5\%$ salah satunya adalah indikator RPPT hanya tercapai 3,78%. 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.

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 gigi⁸. 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 mencapai target $\geq 150\%$ sebanyak 97 FKTP dan yang belum mencapai yaitu sebanyak 118 FKTP. Sedangkan pada indikator RRNS, yang mencapai target $\leq 2\%$ sebanyak 199 FKTP dan yang belum mencapai sebanyak 16 FKTP. Pada indikator RPPT, yang mencapai target $\geq 5\%$ sebanyak 107 FKTP dan yang belum mencapai target sebanyak 108 FKTP⁸.

Penyesuaian pembayaran kapitasi berdasarkan capaian KBK mengikuti Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019. FKTP dengan capaian 4 menerima 100% pembayaran kapitasi, 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 mencapai nilai maksimal KBK (4), 87 FKTP memperoleh nilai 3-<4, 77 FKTP memperoleh 2-<3, dan nilai capaian 1-<2 yaitu sebanyak 2 FKTP.

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%, belum mencapai 100%⁹. 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 signifikan¹⁰.

Menurut Kurniawan (2016), pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di klinik pratama dan dokter praktik perorangan dipengaruhi oleh kebijakan pimpinan, yang mengakibatkan sebagian besar FKTP swasta mengalami defisit¹¹. Dana kapitasi digunakan untuk pelayanan kesehatan dan operasional, termasuk pengadaan obat bagi klinik yang tidak bekerja sama dengan apotek¹². Klinik yang bekerja sama dengan apotek mengalokasikan dana untuk alat kesehatan dan layanan lainnya. Jika dana obat tidak mencukupi di tengah tingginya utilisasi, dapat terjadi *stock-out* yang mengganggu pelayanan JKN¹¹. Klinik dengan kapitasi rendah tetap mengadakan obat tiap bulan, yang berdampak pada operasional keuangan dan sering memerlukan dana tambahan¹³.

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 analitik dengan rancangan *cross sectional*. Populasi mencakup seluruh FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan KC Semarang. Jumlah sampel sebanyak 219 FKTP dan pengambilan sampel dilakukan dengan teknik total sampling. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan KC Semarang dan mendapatkan pembayaran kapitasi. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian ini adalah FKTP dengan data *missing*. Variabel bebas penelitian ini adalah jenis FKTP, jumlah peserta terdaftar, kepemilikan FKTP, dan rasio dokter. Variabel terikatnya adalah 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 23.0

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

Tabel 1. Distribusi Karakteristik FKTP

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

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
3-<4	61	27,9
2-<3	60	27,4
1-<2	10	4,6
Total	219	

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 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 ($p<0,001$).

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%.

Tabel 2. Perbandingan Indikator KBK menurut Karakteristik FKTP

Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja							
Variabel	n	Angka (AK)	Kontak	Rasio Non Spesialistik (RRNS)	Rujukan	Rasio Prolanis Terkendali (RPPT)	Peserta
		Mean	p-value	Mean	p-value	Mean	p-value
Jenis FKTP			<0,001 ^a		<0,001 ^a		<0,001 ^a
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 (uji post-hoc)							
DPP vs Klinik Pratama			0,869 ^b		0,001 ^a ⁴		1 ^b
DPP vs Puskesmas			<0,001 ^a ⁴		<0,001 ^a ⁴		<0,001 ^a ⁴
Klinik Pratama vs Puskesmas			<0,001 ^a		0,002 ^a		<0,001 ^a
Jumlah peserta terdaftar			<0,001 ^a		0,001 ^a		0,006 ^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 (uji post-hoc)							
<3000 vs 3000-6000			1 ^b		1 ^b		1 ^b
<3000 vs 6000-10.000			0,22 ^b		0,366 ^b		1 ^b
<3000 vs >10.000			<0,001 ^a		0,001 ^a		0,012 ^a
3000-6000 vs 6000-10.000			1 ^b		1 ^b		1 ^b
3000-6000 vs >10.000			<0,001 ^a ⁴		0,033 ^a		0,051
6000-10.000 vs >10.000			0,51 ^b		1 ^b		0,028 ^a
Kepemilikan FKTP			<0,001 ^a ^c		<0,001 ^a ^c		<0,001 ^a ^c
Pemerintah	37	212,79		0,42		6,98	
Swasta	182	157,99		0,93		5,06	
Rasio dokter berdasarkan peserta			0,40 ^c		0,759 ^c		0,495 ^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

^a Statistical significance AK: p<0,05 for DPP versus Puskesmas and Klinik Pratama versus Puskesmas

^a Statistical significance AK: p<0,05 for <3000 versus >10.000 and 3000-6000 versus >10.000

*Statistical significance RRNS: $p < 0,05$ for DPP versus Klinik Pratama and DPP versus Puskesmas and Klinik Pratama versus Puskesmas

*Statistical significance RRNS: $p < 0,05$ for <3000 versus >10.000 and $3000-6000$ versus >10.000

*Statistical significance RPPT: $p < 0,05$ for DPP versus Puskesmas and Klinik Pratama versus Puskesmas

*Statistical significance RPPT: $p < 0,05$ for <3000 versus >10.000 and $6000-10.000$ vs >10.000

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 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 besar untuk mencapai target maksimal dibandingkan FKTP swasta. Namun, Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara rasio dokter terhadap peserta dengan capaian maksimal KBK ($p=0,651$).

Tabel 3. Analisis Hubungan Karakteristik FKTP dengan Nilai Capaian KBK

Variabel	Nilai Capaian KBK				Nilai p	OR	(95% CI)
	Tercapai target maksimal		Tidak tercapai target maksimal				
	n	%	n	%			
Jenis FKTP							
Puskesmas	35	94,6	2	5,4	<0,001 ^{*d}	75,83	(15,98-359,82)
Klinik Pratama	41	34,7	77	65,3	0,036 ^{*d}	2,307	(1,108-4,803)
DPP (ref)	12	18,8	52	81,3			
Jumlah Peserta Terdaftar							
< 3000	19	25	57	75	<0,001 ^{*d}	0,094	(0,040-0,219)
3000-6000	20	30,8	45	69,2	<0,001 ^{*d}	0,125	(0,053-0,294)
6000-10.000	10	35,7	18	64,3	0,001 ^{*d}	0,157	(0,056-0,436)
>10.000 (ref)	39	78	11	22			
Kepemilikan FKTP							
Pemerintah	35	94,6	2	5,4	<0,001 ^{*d}	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 ^d	0,439	(0,072-2,684)
1:>5000	3	60	2	40			

^dUji Chi Square

^ap-value<0,05

Tabel 4. Analisis Multivariat

Variabel	B	Wald	Nilai p	OR	(95% CL)	
					Lower	Upper
Jenis FKTP						
Puskesmas	4,239	29,687	<0,001	75,833	15,982	359,823
Klinik Pratama	0,836	4,995	0,025	2,307	1,108	4,803
DPP		29,829	<0,001			
Constant		20,964		0,231		

Karakteristik FKTP terhadap Angka Kontak

Penelitian ini menunjukkan bahwa puskesmas cenderung lebih tercapai angka kontak dibandingkan klinik pratama dan praktik dokter mandiri. Sejalan dengan temuan Augustian et al. (2023) menyebutkan tingginya angka kontak di puskesmas disebabkan oleh frekuensi kunjungan sehat yang lebih banyak dan diperkuat oleh pelayanan promotif, preventif serta jumlah sumber daya manusia yang memadai¹⁰. Selain itu, Darmawan et al. (2020) juga mengungkapkan bahwa jaringan layanan pendukung seperti posyandu dan kunjungan rumah berkontribusi dalam peningkatan angka kontak¹⁴. 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 kuratif¹⁵. 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 terendah¹⁶.

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 mandiri¹¹. Hal serupa disampaikan oleh Widyaningrum (2019) yang menyebutkan pencapaian angka kontak sebanding dengan tingkat kepesertaan JKN¹⁷.

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 kontak¹⁸.

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 kontak¹⁹. 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 FKTP²⁰.

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 FKTP²¹. Dokter di puskesmas umumnya secara rutin mengikuti pelatihan dari dinas kesehatan, terutama terkait layanan promotif, preventif, dan penatalaksanaan penyakit kronis sesuai panduan praktik klinis²². Sebaliknya, dokter di klinik pratama dan praktik mandiri memiliki akses terbatas terhadap pelatihan berkelanjutan, yang berdampak pada kemampuan klinis dalam mengelola kasus secara mandiri. Studi Utami et al. (2017) di Yogyakarta melaporkan bahwa dokter puskesmas memiliki skor kompetensi tertinggi dibandingkan dokter klinik dan praktik mandiri ($p < 0,001$)²³. Meskipun demikian, penelitian Lubis et al. (2019) menyebutkan bahwa peningkatan pengetahuan khusus dan keterampilan teknis masih diperlukan untuk tenaga kesehatan puskesmas²⁴.

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 pasien²⁵. Hal ini sejalan dengan temuan Halimatussakdiah et al. (2019), yang menyatakan bahwa pengalaman kerja berhubungan positif dengan produktivitas dan efisiensi layanan²⁶.

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 rujukan¹⁶.

Studi ini tidak menemukan perbedaan pada rasio dokter terhadap jumlah peserta berdasarkan rasio rujukan non spesialistik. 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 Kesehatan²⁷.

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 bulannya¹⁶. Temuan ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan Prolanis, baik untuk Hipertensi maupun Diabetes Melitus, belum optimal. Untuk meningkatkan efektivitas program, FKTP disarankan membentuk klub Prolanis khusus, yang mencakup kegiatan seperti senam, edukasi kelompok, konsultasi medis, dan pemantauan kesehatan berkala.

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 terdaftar¹⁹. 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.

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 FKTP¹⁹.

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 sejalan dengan penelitian Augustian et al. (2023) di Jakarta Timur yang menunjukkan bahwa puskesmas memiliki peluang lima kali lebih besar mencapai capaian KBK yang baik¹⁰. 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 primer²⁸.

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 banyak²⁹. 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 FKTP³⁰.

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 Kesehatan³¹.

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 kesehatan³².

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.

Artikel Emilia

ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

3%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

journal.ugm.ac.id

Internet Source

1%

2

batam.tribunnews.com

Internet Source

1%

3

Muktamar Umakaapa, Amal Chalik Sjaaf. "Evaluation of the Implementation of the Performance-Based Capitation Policy (KBK) at the Merial Health Clinic of DKI Jakarta City in 2020", Journal of Indonesian Health Policy and Administration, 2021

Publication

1%

4

Sandra Maria Correia Loureiro, Cristiano Mineiro Branco de Araújo. "Luxury values and experience as drivers for consumers to recommend and pay more", Journal of Retailing and Consumer Services, 2014

Publication

<1%

5

doaj.org

Internet Source

<1%

6

scholar.unand.ac.id

Internet Source

<1%

7

Submitted to Universitas Islam Indonesia

Student Paper

<1%

8

core.ac.uk

Internet Source

<1%

Exclude quotes	On	Exclude matches	< 15 words
Exclude bibliography	On		