

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

2.1.1.2 Definisi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Menurut Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjelaskan bahwa sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jaminan Kesehatan adalah 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 (UU RI No.40 Tahun, 2004).

2.2.1.2 Asas, Tujuan dan Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

A. Asas Sistem Jaminan Sosial Nasional

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

memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya.

B. Tujuan Sistem Jaminan Sosial Nasional

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

C. Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

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

1. Prinsip Kegotong-royongan

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

2. Prinsip Nirlaba

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

3. Prinsip Keterbukaan

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

4. Prinsip Akuntabilitas

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

5. Prinsip Kehati-hatian

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

6. Prinsip Portabilitas

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

7. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

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

8. Prinsip Dana Amanat

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

9. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial adalah hasil yang berupa keuntungan yang

digunakan untuk pengembangan program dan kepentingan peserta.

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah salah satu program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan dalam Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dijelaskan bahwa tujuan dari program JKN untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (UU RI No.40 Tahun, 2004).

Kepesertaan yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan termasuk obat serta bahan medis habis pakai yang diperlukan. Dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diharapkan mampu meningkatkan kualitas kesehatan secara individu maupun secara kelompok (UU RI No.40 Tahun, 2004).

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Berdasarkan Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 maka Jaminan Kesehatan Nasional tepat diselenggarakan tanggal 1 Januari 2014, pemerintah memutuskan melakukan perombakan besar dengan menyatukan semua Perusahaan jaminan kesehatan yaitu Jamsostek, Asabri, Taspen, Askes menjadi satu lembaga badan

hukum Bernama BPJS Kesehatan atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sesuai dengan Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011. Terbentuknya BPJS Kesehatan di Indonesia merupakan penerapan dari beberapa Undang - Undang yang telah berlaku terkait pemberian jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan salah satu BUMN yang merupakan bentuk sinergi dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN harus menerapkan sistem kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu penjaminan mutu yang di implementasikan dalam program JKN adalah dengan adanya Kapitasi Berbasis Kinerja.

2.4 Puskesmas

2.1.4.1 Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah kerjanya. Puskesmas dapat dimanfaatkan sebagai tempat atau wahana pendidikan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, wahana program *internsip*, serta tempat penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes No. 19 Tahun, 2024).

2.1.4.2 Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

A. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

1. Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan agar berkomitmen dalam upaya mencegah dan

mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat.

2. Pertanggungjawaban Wilayah

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

3. Kemandirian Masyarakat

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

4. Pemerintah

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

5. Teknologi Tepat Guna

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

6. Keterpaduan dan Kesiambungan

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

B. Tugas Puskesmas

Puskesmas bertugas menyelenggarakan dan mengkoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

C. Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah kerjanya. Pelayanan

primer merupakan pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat sebagai kontak pertama Pelayanan Kesehatan.

D. Wewenang Puskesmas

Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas memiliki kewenangan di antaranya :

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

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

2.5 Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai standar pelayanan yang berlaku. Mutu pelayanan kesehatan tidak dapat lepas dari kepuasan pasien. Pasien dapat dijadikan tolak ukur keberhasilan mutu pelayanan pada fasilitas kesehatan. Mutu pada pelayanan

kesehatan dapat berdasarkan pada efisiensi, efektivitas, ketepatan waktu, keadilan, berorientasi pada pasien, serta keselamatan pasien.

Sesuai Permenkes Nomor 46 Tahun 2015, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang mengatur terkait standar dan kriteria penilaian pelaksanaan upaya kesehatan pasien sebagai bentuk strategi monitoring upaya keselamatan pasien di puskesmas. Kunci keberhasilan pelayanan kesehatan adalah kecepatan pelayanan, keramahan, efektivitas, tindakan dan kenyamanan bagi pasien serta pengunjung. Komitmen serta dukungan petugas menjadi faktor pendorong dalam tahap menuju kemajuan puskesmas.

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

1. Aman

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

2. Efektif

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

3. Berpusat pada Orang

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

4. Tepat Waktu

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

5. Efisien

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

6. Adil

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

7. Terintegrasi

Dapat diartikan bahwa pemberian pelayanan yang terkoordinasi di seluruh tingkatan.

2.6 Program Pengelolaan Penyakit Kronis

Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang selanjutnya disebut Prolanis adalah pelayanan kesehatan dengan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan peserta penderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan yang efektif dan efisien. Peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis dilaksanakan melalui Prolanis dan PRB. Program Rujuk Balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan dan perawatan lanjutan yang dilaksanakan di FKTP atas rekomendasi atau rujukan dari dokter spesialis atau sub spesialis yang merawat (Peraturan BPJS No.3 Tahun, 2024).

1. Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis yang dilaksanakan melalui Prolanis meliputi penyakit :
 - a. *Diabetes Mellitus* tipe 2
 - b. Hipertensi
2. Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis yang dilaksanakan PRB Prolanis meliputi penyakit :

- a. *Diabetes Mellitus* tipe 2
- b. Hipertensi
- c. Jantung
- d. Asma
- e. Paru Obstruktif Kronis
- f. Epilepsi
- g. Gangguan Kesehatan Jiwa Kronik
- h. Stroke
- i. *Sindroma Lupus Eritematosus* (SLE)
- j. Penyakit jantung lain yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

2.7 Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja

Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) adalah pengembangan dari sistem Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen (KBKP). Penerapan KBK untuk pembayaran kapitasi di FKTP bertujuan untuk meningkatkan efektivitas serta efisiensi pelaksanaan program Jaminan Kesehatan (Peraturan BPJS No.7 Tahun, 2019). Adapun indikator KBK, sebagai berikut :

2.1.6.1 Angka Kontak (AK)

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

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

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 adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan. Jumlah peserta 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, DPP, 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 (UBKM), 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), dan
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 :

a. Kunjungan Sakit

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

2. Pelayanan tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.
 3. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
 4. Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
 5. Kunjungan rumah pasien sakit.
 6. Pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- b. Kunjungan Sehat
1. Pelayanan imunisasi.
 2. Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok.
 3. Pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, serta Keluarga Berencana (KB).
 4. Kunjungan rumah.
 5. Senam sehat.
- C. Sumber Daya yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan sebagaimana huruf 4 yang dicatatkan pada aplikasi pencatatan pelayanan tingkat pertama yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan.

2.1.6.2 Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus 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.

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

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialisistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

1. Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Rujukan kasus non spesialisistik dengan kriteria *Time*, *Age*, *Complication* dan *Comorbidity* (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik.
3. Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.
4. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

2.1.6.3 Rasio Peserta Prolanis Terkendali

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 *Essensial* (HT).

Rasio Peserta Prolanis Terkendali dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut :

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

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan capaian Rasio Peserta Prolanis DM Terkendali ditambah capaian Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali dibagi 2, yaitu :

1. RPPT DM

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

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis Terkendali DM merupakan perbandingan antara jumlah pasien DM yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM dikali 100% (seratus persen).

2. RPPT HT

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

Perhitungan Rasio Peserta Prolanis HT Terkendali merupakan perbandingan antara jumlah pasien HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan tekanan darah terkendali dengan jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT dikali 100% (seratus persen).

1. 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.
2. Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang lebih ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.
3. Kriteria terkendali adalah :
 - a. Pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa, dan
 - b. Pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.
4. Penjaminan pelayanan pemeriksaan gula darah puasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Ketentuan mengenai pengelolaan Peserta Prolanis mengacu pada Pedoman Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang berlaku.
6. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan pemantauan kadar gula darah puasa dan tekanan darah pasien pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

2.8 Perhitungan Capaian Pembayaran KBK

A. Bobot indikator Kinerja Pembayaran KBK adalah sebagai berikut :

1. Indikator angka kontak adalah sebesar 40% (empat puluh persen)
2. Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah sebesar 50% (lima puluh persen)
3. Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah sebesar 10% (sepuluh persen)

B. Target Indikator Kinerja

Target indikator kinerja adalah nilai dari perhitungan pencapaian indikator Pembayaran KBK dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Target indikator angka kontak adalah paling sedikit 150 per mil (seratus lima puluh permil)
2. Target indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik adalah paling banyak 2% (dua persen)
3. Target indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali adalah paling sedikit 5% (lima persen)

C. Kriteria Penilaian

Kriteria penilaian Pembayaran KBK dibagi dalam 4 kriteria rating berdasarkan target indikator kinerja, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kriteria penilaian angka kontak
 - a. Kriteria rating 1 apabila capaian angka kontak ≤ 140 permil
 - b. Kriteria rating 2 apabila capaian angka kontak > 140 permil
 - c. Kriteria rating 3 apabila capaian angka kontak < 150 permil
 - d. Kriteria rating 4 apabila capaian angka kontak ≥ 150 permil
2. Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik
 - a. Kriteria rating 1 apabila capaian RRNS $> 3\%$
 - b. Kriteria rating 2 apabila capaian RRNS $> 2,5\% - 3\%$
 - c. Kriteria rating 3 apabila capaian RRNS $> 2\% - 2,5\%$
 - d. Kriteria rating 4 apabila capaian RRNS $\leq 2\%$
3. Kriteria penilaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali
 - a. Kriteria rating 1 apabila capaian RPPT $< 3\%$
 - b. Kriteria rating 2 apabila capaian RPPT $3\% - < 4\%$
 - c. Kriteria rating 3 apabila capaian RPPT $4\% - < 5\%$
 - d. Kriteria rating 4 apabila capaian RPPT $\geq 5\%$

D. Penilaian Capaian Pembayaran KBK

1. Penilaian capaian Pembayaran KBK dilakukan atas perhitungan antara bobot indikator kinerja dikalikan dengan rating dari kriteria penilaian capaian kinerja.
2. Besaran pembayaran kapitasi per FKTP berdasarkan penjumlahan nilai capaian Pembayaran KBK per masing-masing indikator, dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. FKTP Puskesmas
 - 1) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran

kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- 2) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 3) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 4) Apabila total capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 85% (delapan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

b. FKTP Klinik Pratama/RS D Pratama

- 1) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 4 (empat), maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 2) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 3-<4, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 97% (sembilan puluh tujuh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 3) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 2-<3, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 96% (sembilan puluh enam persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- 4) Apabila total nilai capaian Pembayaran KBK 1-<2, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- E. Hasil capaian kinerja dari Praktik Mandiri Dokter menjadi pertimbangan dalam proses re-kredensialing dan/atau proses pelaksanaan kerja sama.
- F. Dalam hal ini pemenuhan target capaian kinerja menyebabkan besaran tarif kapitasi lebih rendah dari standar tarif kapitasi minimal yang telah ditetapkan oleh Menteri, maka besaran kapitasi yang dibayarkan adalah sebesar tarif kapitasi minimal.
- G. Ketentuan mengenai penetapan target indikator kerja dan penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan capaian kinerja akan dievaluasi setiap tahun dan dapat disesuaikan berdasarkan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi FKTP.

Tabel 2. 1 Penilaian KBK

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian $F = b \times d$
				Rating	Deskripsi	
	a	b	c	d	e	
1.	Angka Kontak	40%	≥ 150 per mil	4	≥ 150 permil	1.6
				3	$>145 - <150$ permil	1.2
				2	$>140 - 145$ permil	0.8
				1	≤ 140 permil	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 Terkendali	10%	$\geq 5\%$	4	$\geq 5\%$	0.4
				3	$4\% - < 5\%$	0.3
				2	$3\% - < 4\%$	0.2
				1	$< 3\%$	0.1

Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

Tabel 2. 2 Penyesuaian Pembayaran Kapitasi Berdasarkan Capaian KBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
	Puskesmas	Klinik Pratama/RS D Pratama
4	100%	100%
3 - < 4	95%	97%
2 - < 3	90%	96%
1 - < 2	85%	95%

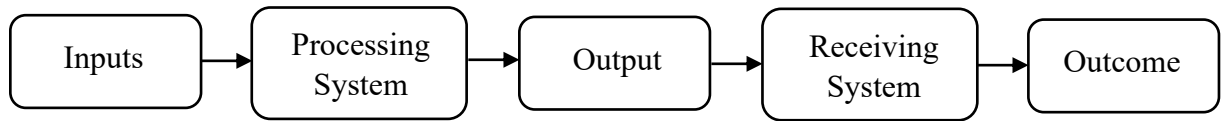
Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019

Pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi serta efektivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan

2.9 Teori Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988

Menurut Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988, setiap proses atau sistem dapat dianalisis berdasarkan serangkaian tahap yang saling berhubungan, dimulai dari masuk hingga akhir. Proses ini diawali dengan *Input*, yaitu segala bentuk data, informasi, sumber daya, atau elemen awal yang diperlukan untuk memulai suatu kegiatan. Setelah *input* diterima, data akan melalui *Processing System*, di mana data akan diolah, dianalisis, atau ditransformasi menggunakan serangkaian mekanisme, prosedur, atau algoritma yang telah ditetapkan. Hasil dari proses ini adalah *Output*, yang merupakan produk, layanan, dan informasi yang dihasilkan *Processing System*.

Selanjutnya, keluaran ini akan diterima oleh *Receiving System*, dapat berupa individu, kelompok, organisasi, atau lingkungan yang akan menggunakan *output* tersebut. Tahap antara *Output* dan *Receiving System* pada akhirnya akan menghasilkan *Outcome*. Hasil akhir ini mengacu pada dampak atau konsekuensi yang timbul dari *Output* dengan *Receiving System*, baik itu perubahan perilaku, peningkatan kinerja, kepuasan, atau tujuan yang ingin dicapai. Oleh karena itu, Teori Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988 memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk memahami bagaimana *Input* diubah melalui *Processing* menjadi *Output*, yang kemudian melalui *Receiving System* dan menghasilkan *Outcomes*.



Gambar 2. 1 Teori

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

Input dalam penelitian ini menggunakan teori 5M. Menurut Harrington emerson dalam phiffner john f. dan presthus Robert v. (1960) , unsur manajemen terdiri dari 5M, yaitu :

1. Man

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

2. Money

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

3. Material

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

4. Methods

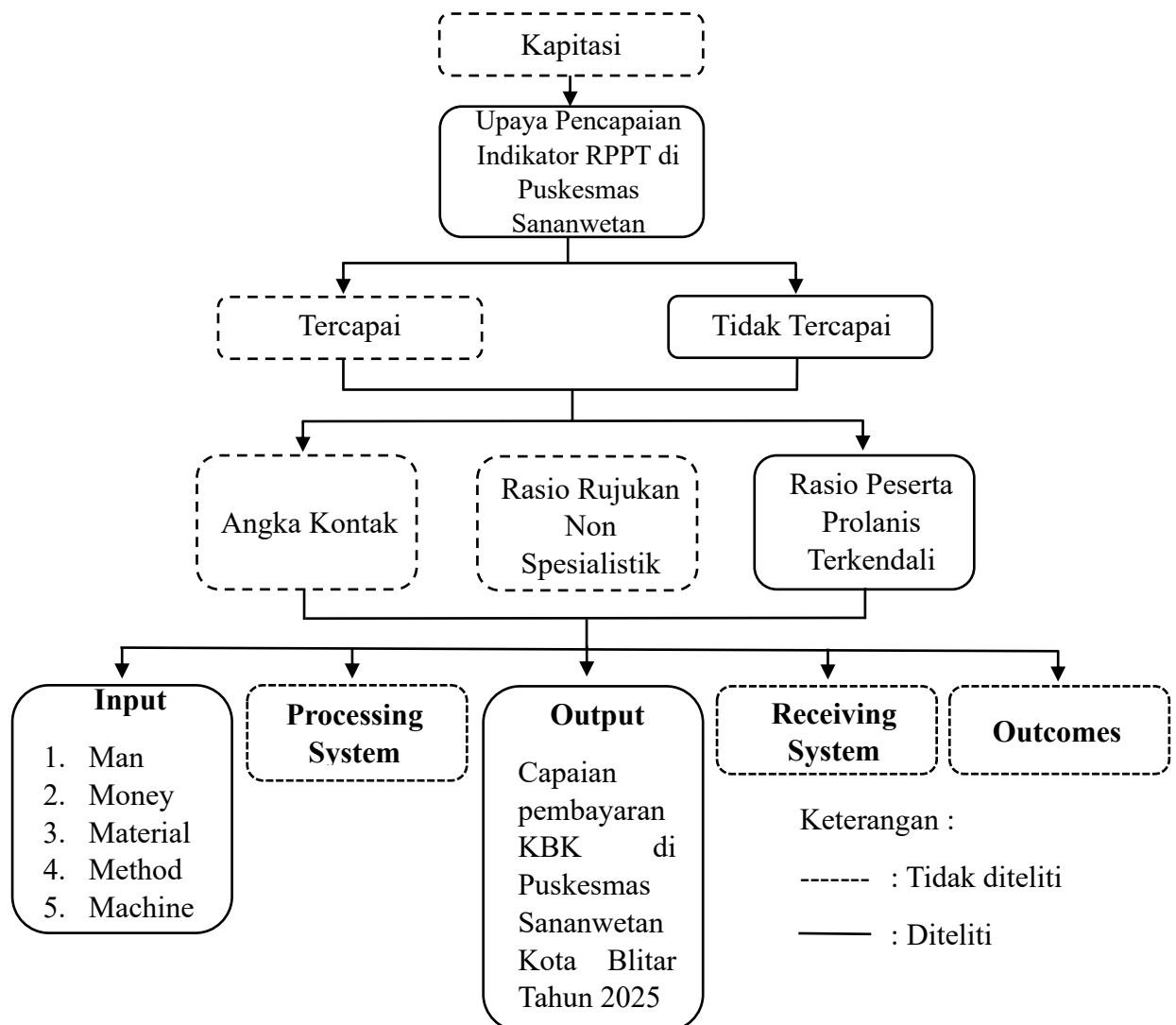
Metode merupakan cara pelaksanaan kerja. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan pertimbangan sarana dan prasarana, penggunaan waktu serta uang.

5. Machine

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

2.10 Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori Mark G. Brown dan Raynold A. Svenson 1988. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi upaya pencapaian indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) di Puskesmas Sananwetan berdasarkan indikator 5M.



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini dirancang untuk menggambarkan alur sistematis upaya indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) di Puskesmas Sananwetan Kota Blitar. Penelitian ini mengadopsi pendekatan sistem yang komprehensif, mencakup komponen *input*, *processing system*, *output*, *receiving system*, *outcomes*. Fokus penelitian pada aspek input meliputi faktor 5M (*Man*, *Money*, *Material*, *Method*, dan *Machine*). Faktor *Man* meliputi kecukupan dan kompetensi tenaga kesehatan yang terlibat, sedangkan faktor *Money* mempelajari tentang ketersediaan dan alokasi pendanaan untuk program KBK dan Prolanis. Aspek *Material* mencakup ketersediaan fasilitas, peralatan medis, dan media edukasi yang mendukung program Prolanis. Selanjutnya, faktor *Method* meliputi peraturan, pedoman, dan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam pelaksanaan program KBK dan Prolanis. Terakhir, faktor *Machine* mengevaluasi hambatan dan pemanfaatan aplikasi *P-Care* dengan program KBK di Puskesmas.

Semua input tersebut kemudian diolah melalui *Processing system*, yang mencakup seluruh aktivitas pelayanan Prolanis di Puskesmas Sananwetan. Hasil dari proses ini akan menghasilkan *output* berupa capaian indikator KBK di Puskesmas Sananwetan pada bulan Agustus-November 2025, khususnya peningkatan jumlah peserta Prolanis yang masuk dalam kategori terkendali. Capaian KBK inilah yang menjadi dasar BPJS Kesehatan dalam menentukan besaran indikator kinerja yang dihasilkan oleh Puskesmas.

Selanjutnya, *output* akan diterima oleh *Receiving system*, yaitu peserta program Prolanis itu sendiri, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, dan pihak manajemen Puskesmas yang bertanggungjawab atas program Prolanis. Rangkaian sistem ini pada akhirnya akan menghasilkan *outcomes*, yaitu tercapai atau tidak tercapainya indikator RPPT. Apabila indikator RPPT tidak tercapai, maka diperlukan evaluasi menyeluruh terhadap *input* dan *processing system* yang telah dijalankan. Dengan demikian, kerangka konsep ini berfungsi sebagai panduan komprehensif dalam

mengidentifikasi, menganalisis, dan mengevaluasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan upaya pencapaian RPPT di Puskesmas Sananwetan Kota Blitar.