

## EVALUASI PELAKSANAAN KAPITASI BERBASIS KINERJA PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI KABUPATEN KONAWE UTARA TAHUN 2025

**Dewi Yunita<sup>1</sup>, Sitti Syamsinar<sup>2</sup>, Eka Novia Syah Putri<sup>3</sup>, Risqi Amalia<sup>4</sup>, Fitrawati<sup>5</sup>,  
Sartini Risky<sup>6\*</sup>**

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Mandala Waluya<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

\*Corresponding Author : risky.sarjan87@gmail.com

### **ABSTRAK**

Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) merupakan mekanisme pembayaran kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang disesuaikan dengan capaian indikator kinerja pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan KBK pada FKTP di Kabupaten Konawe Utara berdasarkan capaian Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan populasi sekaligus sampel berupa seluruh FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi kriteria inklusi. Data dikumpulkan pada Oktober 2025 menggunakan data sekunder dari laporan KBK BPJS Kesehatan, yang didukung oleh wawancara terbatas dan observasi. Analisis data dilakukan secara deskriptif melalui perhitungan nilai rata-rata dan persentase capaian indikator. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata capaian AK sebesar 34,79%, masih jauh di bawah target nasional  $\geq 150\%$ . RRNS tercatat sebesar 4,08%, melebihi standar  $\leq 2\%$ , sementara RPPT sangat rendah, yaitu 0,12%, dan tidak ada FKTP yang mencapai target  $\geq 5\%$ . Temuan ini menunjukkan bahwa pelaksanaan KBK di Kabupaten Konawe Utara belum optimal, sehingga diperlukan penguatan sistem monitoring dan pencatatan layanan, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta optimalisasi program promotif dan preventif di tingkat FKTP.

**Kata kunci** : FKTP, indikator KBK, JKN, kapitasi berbasis kinerja, puskesmas

### **ABSTRACT**

*Performance-Based Capitation (PBC) is a capitation payment mechanism for Primary Health Care Facilities (PHCFs) that is adjusted according to the achievement of health service performance indicators. This study aimed to evaluate the implementation of PBC at PHCFs in North Konawe Regency based on three key indicators: contact rate, non-specialistic referral ratio, and controlled Prolanis participant ratio. A descriptive quantitative approach was employed, with the population and sample consisting of all PHCFs collaborating with BPJS Health that met the inclusion criteria. Data were collected in October 2025 using secondary data from BPJS Health PBC reports, supported by limited interviews and observations. Data analysis was conducted descriptively by calculating mean values and percentages of indicator achievement. The results showed that the average contact rate was 34.79%, which was far below the national target of  $\geq 150\%$ . The non-specialistic referral ratio reached 4.08%, exceeding the standard threshold of  $\leq 2\%$ , while the controlled Prolanis participant ratio was very low at 0.12%, with no PHCF achieving the target of  $\geq 5\%$ . These findings indicate that the implementation of Performance-Based Capitation in North Konawe Regency has not yet been optimal and highlight the need for strengthening monitoring and service recording systems, improving human resource capacity, and optimizing promotive and preventive programs at the primary health care level.*

**Keywords** : performance-based capitation, primary health care facilities, puskesmas, PBC indicators, national health insurance

### **PENDAHULUAN**

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menempatkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. FKTP tidak hanya berfungsi sebagai titik pertama kontak

peserta JKN, tetapi juga sebagai pengendali layanan kesehatan melalui fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk memastikan efektivitas fungsi tersebut, BPJS Kesehatan menerapkan skema Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) sebagai upaya menjaga mutu layanan sekaligus efisiensi pembiayaan. Dalam Peraturan BPJS Kesehatan, KBK didefinisikan sebagai mekanisme penyesuaian pembayaran kapitasi berdasarkan capaian indikator pelayanan kesehatan perorangan di FKTP (BPJS Kesehatan, 2019). Dalam implementasinya, KBK menilai kinerja FKTP melalui tiga indikator utama, yaitu Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Ketiga indikator ini dirancang untuk menggambarkan kuantitas akses layanan, kualitas penanganan kasus non-emergensi di FKTP, serta efektivitas pengelolaan penyakit kronis. Jika capaian indikator tinggi, FKTP memperoleh pembayaran kapitasi penuh; sebaliknya, jika capaian rendah, pembayaran kapitasi mengalami pengurangan (BPJS Kesehatan, 2019). Mekanisme ini merefleksikan filosofi bahwa kualitas layanan primer harus selaras dengan akuntabilitas pembiayaan dan capaian kinerja.

Beberapa penelitian menguatkan bahwa ketidakoptimalan capaian KBK memiliki dampak signifikan terhadap operasional dan mutu pelayanan FKTP. Menurut (Fadila & Katmini, 2022), pemenuhan indikator KBK sangat dipengaruhi oleh ketersediaan SDM kesehatan, kelengkapan sarana prasarana, serta pemahaman petugas terhadap standar program. Hal ini menegaskan bahwa hambatan pemahaman teknis, keterbatasan obat Prolanis, dan kurangnya tenaga operator P-Care turut berkontribusi pada rendahnya capaian RPPT dan AK di beberapa FKTP. Selain itu, keterbatasan sumber daya finansial akibat tidak tercapainya kapitasi penuh juga memicu menurunnya insentif tenaga kesehatan, yang dapat berpengaruh pada motivasi dan kualitas pelayanan. Penelitian (Ardhiasti & Setiawan, 2021) menunjukkan bahwa kendala implementasi KBK sering kali muncul dari ketidaksesuaian pemahaman antara petugas dan pengambil kebijakan mengenai standar indikator, terutama terkait definisi Angka Kontak serta mekanisme rujukan. Lebih lanjut, temuan mereka menemukan bahwa masih banyak FKTP yang belum mencapai pembayaran kapitasi penuh akibat rendahnya capaian indikator, terutama karena rendahnya kapasitas FKTP dalam menangani kasus non-spesialistik, keterbatasan SDM, serta masih tingginya permintaan rujukan atas inisiatif pasien. Hal ini mengindikasikan perlunya penguatan komunikasi kebijakan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.

Sementara itu dalam penelitian yang dilakukan oleh (Hermasyah et al., 2025) melalui analisis capaian IKP (Indikator Kinerja Pelayanan) menunjukkan bahwa secara nasional pencapaian KBK masih menghadapi berbagai tantangan. Mereka mencatat bahwa capaian Angka Kontak umumnya masih rendah, RPPT sulit dicapai terutama pada daerah dengan rasio dokter-pasien yang tinggi, sedangkan RRNS cenderung lebih mudah dicapai karena banyak FKTP sudah memiliki mekanisme rujukan yang mapan. Namun demikian, penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa rasio dokter terhadap jumlah peserta mempengaruhi capaian RPPT, tetapi tidak selalu berpengaruh langsung pada capaian AK dan RRNS. Hal ini memperlihatkan bahwa pengelolaan penyakit kronis memerlukan intensitas kontak dan pendampingan yang lebih tinggi dibandingkan layanan episodik. Kondisi tersebut sangat relevan dengan situasi di Kabupaten Konawe Utara. Meskipun seluruh FKTP telah menerapkan sistem KBK, hasil monitoring menunjukkan bahwa capaian Angka Kontak masih berada di bawah target, yang menggambarkan rendahnya intensitas peserta dalam memanfaatkan layanan primer. Tingginya RRNS menandakan belum optimalnya fungsi gatekeeper FKTP dalam menangani kasus non-spesialistik yang seharusnya dapat diselesaikan di tingkat primer.

Lebih jauh lagi, capaian RPPT yang rendah menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes mellitus belum berjalan efektif. Temuan ini konsisten dengan berbagai studi sebelumnya yang menekankan bahwa pengelolaan penyakit kronis sangat bergantung pada keberlanjutan layanan, jadwal kontrol teratur, serta pemantauan parameter klinis secara konsisten (Hermasyah et al., 2025). Kesenjangan antara standar KBK

dan praktik lapangan juga terlihat dari pelaksanaan kegiatan skrining kesehatan, yang merupakan bagian pelayanan promotif–preventif dalam JKN. Beberapa FKTP di Konawe Utara belum mampu melaksanakan skrining kesehatan secara optimal, baik untuk deteksi dini risiko penyakit kronis maupun monitoring kesehatan berkelanjutan. Menurut (Fadila & Katmini, 2022) faktor utama yang memengaruhi hal ini diantaranya adalah keterbatasan SDM, tingginya beban kerja, serta minimnya dukungan sarana prasarana.

Penelitian ini memiliki kebaruan pada penyediaan bukti empiris kontekstual mengenai pelaksanaan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di wilayah kabupaten dengan karakteristik geografis dan keterbatasan sumber daya, khususnya di Kabupaten Konawe Utara, yang hingga kini masih minim dilaporkan dalam literatur. Berbeda dengan penelitian sebelumnya yang umumnya berfokus pada wilayah perkotaan atau tingkat provinsi, studi ini secara komprehensif mengevaluasi capaian seluruh indikator utama KBK pada seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam satu kabupaten. Selain mengidentifikasi tingkat pencapaian indikator, penelitian ini juga menyoroti keterkaitan antara hambatan struktural, administratif, dan perilaku layanan yang memengaruhi kegagalan pencapaian target KBK. Temuan ini memberikan kontribusi baru berupa pemahaman berbasis konteks lokal yang dapat digunakan sebagai dasar perumusan strategi peningkatan kinerja FKTP dan penguatan fungsi gatekeeper dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di daerah dengan keterbatasan sumber daya.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan KBK pada FKTP di Kabupaten Konawe Utara berdasarkan capaian Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT).

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif untuk mengevaluasi pelaksanaan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kabupaten Konawe Utara pada Oktober 2025. Populasi sekaligus sampel penelitian adalah seluruh FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi kriteria inklusi, yaitu memiliki kontrak aktif, telah menerapkan KBK minimal enam bulan, serta memiliki data capaian indikator angka kontak, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio peserta Prolanis yang terkendali secara lengkap; FKTP dengan data tidak lengkap atau dalam masa transisi dikecualikan. Data diperoleh dari dokumen laporan KBK BPJS Kesehatan, didukung wawancara terbatas dan observasi. Analisis dilakukan secara deskriptif kuantitatif melalui perhitungan frekuensi, rata-rata, dan persentase capaian indikator, yang disajikan dalam tabel dan grafik untuk menilai keberhasilan implementasi KBK serta hambatan pelaksanaannya.

## HASIL

### Angka Kontak

Rata-rata Capaian Angka Kontak (AK) Puskesmas di Kabupaten Konawe Utara pada Oktober 2025 menunjukkan hasil yang masih sangat rendah dibandingkan dengan target nasional. Rata-rata AK hanya mencapai 34,79%, jauh tertinggal dari standar minimal 150% yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Dari seluruh Puskesmas, hanya Puskesmas Wanggudu Raya yang mendekati target dengan capaian 138,87%, sementara sebagian besar lainnya masih berada dalam kisaran 20–70%, bahkan beberapa di bawah 20%. Kondisi ini mengindikasikan dua kemungkinan utama, yaitu rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan primer oleh peserta JKN dan belum optimalnya pencatatan kontak pelayanan oleh FKTP. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian (Fadila & Katmini, 2022), yang menjelaskan bahwa rendahnya angka kontak umumnya dipengaruhi oleh keterbatasan SDM, sarana prasarana, serta tidak teratur atau tidak lengkapnya dokumentasi layanan.

Sebagaimana telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, pencapaian AK merupakan salah satu dasar penilaian kinerja FKTP untuk memperoleh pembayaran kapitasi penuh. Artinya, kegagalan memenuhi target AK akan berdampak langsung pada pendapatan fasilitas kesehatan. Namun, kemampuan FKTP untuk mencapai indikator ini sangat bergantung pada faktor struktural, terutama rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah peserta terdaftar. Penelitian (Hermasyah et al., 2025) di Kota Bandung menunjukkan bahwa semakin besar beban peserta per dokter, semakin sulit FKTP untuk mencapai indikator KBK, termasuk indikator AK. Situasi serupa tampak di Konawe Utara, di mana beberapa Puskesmas memiliki beban peserta yang besar dengan jumlah dokter dan tenaga penyuluhan kesehatan yang terbatas. Keterbatasan ini menyebabkan upaya-upaya seperti kunjungan luar gedung, home visit, atau telekonsultasi tidak dapat dilaksanakan secara optimal, sehingga intensitas kontak peserta dengan fasilitas kesehatan menjadi rendah.

Selain tenaga medis, keberadaan SDM administrasi juga berperan besar dalam pencapaian AK, mengingat seluruh kontak layanan harus dicatat melalui aplikasi P-Care. (Victor Fredrik Maramis et al., 2018) menegaskan bahwa ketelitian dan ketepatan dalam penginputan data memiliki pengaruh langsung terhadap angka yang terekam sebagai kontak peserta JKN. Ketika jumlah tenaga administrasi tidak sebanding dengan beban layanan atau ketika kompetensi petugas belum memadai, risiko terjadinya under-reporting meningkat secara signifikan. Hal ini relevan dengan kondisi di Konawe Utara, yang masih menghadapi gangguan sistem, keterlambatan pencatatan, serta tidak tercatatnya kontak tidak langsung seperti telekonsultasi. Dalam konteks lain, pola komunikasi antara BPJS Kesehatan dan FKTP turut menentukan keberhasilan pencapaian indikator KBK. Studi yang dilakukan oleh (Juwita & Santoso, 2023) menunjukkan bahwa komunikasi yang intensif, terstruktur, dan berkelanjutan terbukti meningkatkan pemahaman FKTP terhadap indikator, mekanisme pencatatan layanan, serta strategi peningkatan kinerja. Bila komunikasi, pendampingan teknis, atau monitoring tidak dilakukan secara konsisten, FKTP berpotensi mengalami kekeliruan atau keterlambatan dalam memahami prosedur terbaru, termasuk dalam hal pencatatan layanan di P-Care. Rendahnya AK di Konawe Utara tampaknya juga mencerminkan belum optimalnya pola komunikasi dan pendampingan tersebut.

Di samping itu, ketersediaan sarana dan prasarana turut memengaruhi intensitas kontak peserta dengan FKTP. (Asfiani & Ilyas, 2017) menekankan pentingnya sistem informasi yang memadai serta sarana pendukung seperti kendaraan operasional untuk kunjungan luar gedung. Puskesmas yang tidak memiliki kendaraan khusus, jaringan internet stabil, atau perangkat komputer memadai akan kesulitan menjangkau masyarakat serta melakukan pencatatan layanan secara tepat waktu. Dalam kondisi seperti itu, meskipun tenaga kesehatan berupaya meningkatkan jangkauan layanan, keterbatasan fasilitas fisik tetap menghambat peningkatan AK. Integrasi sistem informasi antara aplikasi SIKDA/SIMPUS dengan P-Care juga menjadi faktor penting yang sering luput diperhatikan. Beberapa Puskesmas di kabupaten lain telah menunjukkan bahwa integrasi data melalui bridging system mendukung pencatatan layanan secara seragam dan lebih akurat. (Aryani, 2022) menemukan bahwa fasilitas kesehatan dengan sistem informasi yang terintegrasi cenderung memiliki capaian AK lebih baik dibandingkan yang masih menggunakan pencatatan manual atau tidak terintegrasi. Jika Konawe Utara masih mengalami ketidaksinkronan data antara aplikasi internal Puskesmas dan P-Care, maka besar kemungkinan terjadi kehilangan data layanan, yang pada akhirnya menurunkan capaian AK secara administratif meskipun layanan telah diberikan.

Dengan melihat berbagai faktor tersebut, dapat diketahui bahwa rendahnya capaian AK di Kabupaten Konawe Utara bukan disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil dari kombinasi hambatan struktural, administratif, teknis, dan komunikasi. Rendahnya pemanfaatan layanan oleh peserta JKN mungkin menjadi salah satu penyebab, tetapi faktor internal seperti kekurangan SDM, lemahnya pencatatan, dan keterbatasan sarana memainkan

peran yang tidak kalah besar. Karena itu, peningkatan capaian AK perlu dilakukan melalui penguatan strategi outreach dan kunjungan luar gedung, optimalisasi telekonsultasi, peningkatan kapasitas SDM administrasi dalam penggunaan P-Care, serta pembenahan pola komunikasi antara BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan FKTP. Dengan pendekatan komprehensif yang mencakup seluruh aspek tersebut, potensi peningkatan capaian AK di wilayah seperti Konawe Utara menjadi lebih realistik dan berkelanjutan.

### Rasio Rujukan Non Spesalistik (RRNS)

Rata-rata Rasio Rujukan Non Spesalistik (RRNS) di Kabupaten Konawe Utara pada bulan Oktober 2025 mencapai 4,08% dan berada di atas standar nasional  $\leq 2\%$ , menunjukkan bahwa fungsi gatekeeper pada layanan kesehatan primer belum optimal. Beberapa Puskesmas bahkan mencatat nilai yang sangat tinggi, seperti Tapunggaya (31,25%), Matandahi (21,05%), dan Andeo (18,75%), yang menandakan bahwa banyak kasus non spesalistik yang sebenarnya dapat ditangani di FKTP justru dirujuk ke FKRTL. Kondisi ini mencerminkan adanya hambatan struktural, teknis, dan perilaku baik dari tenaga kesehatan maupun peserta JKN. Fenomena serupa ditemukan di berbagai daerah. Studi (Wahyuningtias et al., n.d.) menunjukkan bahwa rasio rujukan yang jauh melebihi standar yaitu mencapai 37–39% yang sering disebabkan oleh keterbatasan sarana diagnostik, kurangnya keyakinan pasien terhadap layanan primer, serta ketidakpahaman tenaga kesehatan terkait batasan kewenangan klinis di FKTP. Penelitian (Hermasyah et al., 2025) juga menekankan bahwa tingginya beban peserta per dokter berpengaruh langsung terhadap kecenderungan merujuk, terutama ketika jumlah pasien tidak sebanding dengan kapasitas waktu konsultasi dan beban kerja tenaga kesehatan. Situasi yang sama terlihat di Konawe Utara, di mana beberapa Puskesmas menangani jumlah peserta cukup besar sehingga waktu asesmen klinis terbatas dan keputusan rujukan sering menjadi pilihan paling aman.

Lebih lanjut, beberapa penelitian menunjukkan bahwa hambatan pemenuhan indikator RRNS bersifat multidimensional. Penelitian (Ardhiasti & Setiawan, 2021) menemukan bahwa tingginya permintaan rujukan dari pasien, keterbatasan obat, serta kekurangan dokter merupakan faktor dominan yang menyebabkan FKTP gagal menurunkan angka rujukan. Temuan ini sejalan dengan (Darmawan et al., 2020), yang menyatakan bahwa meningkatnya permintaan rujukan ke rumah sakit dan minimnya sarana-prasarana membuat FKTP kesulitan mencapai target KBK. Dari perspektif manajemen layanan, (Juwita & Santoso, 2023) menegaskan bahwa FKTP yang mendapatkan pendampingan, monitoring, dan komunikasi intensif dari BPJS Kesehatan cenderung lebih konsisten dalam menjalankan rujukan sesuai standar. Faktor-faktor penyebab tingginya rujukan sendiri dapat dikelompokkan menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal mencakup kurangnya jumlah dokter, minimnya sarana diagnostik seperti laboratorium sederhana atau alat pemeriksaan dasar, serta terbatasnya ketersediaan obat. Ketika peralatan medis tidak memadai, dokter lebih memilih merujuk pasien agar diagnosis dapat ditegakkan dengan tepat. Pada saat yang sama, ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai yang belum memadai sering memaksa FKTP merujuk pasien agar kebutuhan terapinya dapat dipenuhi di FKRTL (Munawarah et al., 2020).

Di sisi lain, faktor eksternal berupa permintaan rujukan dari pasien merupakan tantangan khusus yang tidak dapat sepenuhnya dikendalikan oleh FKTP. Banyak peserta JKN memiliki preferensi kuat untuk mendapatkan layanan di rumah sakit, yang dipersepsikan lebih lengkap dan lebih kompeten. Ketika pasien memandang bahwa pelayanan di FKTP kurang meyakinkan, maka permintaan rujukan menjadi lebih tinggi. Hasil penelitian (Fadila & Katmini, 2022) menegaskan bahwa persepsi ini menjadi salah satu faktor signifikan dalam peningkatan angka rujukan karena FKTP tidak dapat mengintervensi sepenuhnya preferensi atau tekanan dari pasien. Keterbatasan sumber daya manusia turut memperburuk kondisi pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, khususnya

dokter, sangat menentukan kemampuan FKTP dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien. Ketidakseimbangan antara jumlah dokter dan tingginya angka kunjungan menyebabkan pelayanan menjadi kurang optimal. Studi literatur menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya manusia, baik dari segi kuantitas maupun kualitas, ketiadaan standar operasional prosedur yang memadai, ketidaklengkapan sarana dan prasarana kesehatan, keterbatasan ketersediaan obat-obatan, jenis indikasi medis yang diderita pasien, serta perilaku pasien merupakan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap meningkatnya angka rujukan di FKTP, khususnya di puskesmas (Ramadhani, 2020). Selain itu, studi lain mengungkapkan bahwa persepsi rendah terhadap kualitas layanan kesehatan primer menjadi faktor utama yang mendorong pasien untuk melewati fasilitas kesehatan primer dan langsung mencari pelayanan di rumah sakit, terlepas dari kepemilikan asuransi kesehatan maupun keterikatan dengan dokter keluarga (Liao et al., 2021).

Jika seluruh temuan tersebut dilihat secara holistik, maka tingginya RRNS di Konawe Utara merupakan hasil dari interaksi kompleks antara keterbatasan kompetensi klinis, minimnya sarana penunjang, tingginya beban kerja dokter, persepsi dan preferensi pasien, serta belum optimalnya pembinaan manajerial dan pemahaman terhadap pedoman rujukan. Untuk menurunkan RRNS, diperlukan penguatan pada kompetensi dokter umum, pemenuhan sarana diagnostik dasar, distribusi beban kerja yang lebih proporsional, serta intensifikasi pendampingan dan monitoring oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Di saat yang sama, peningkatan mutu pelayanan dan edukasi pasien menjadi kunci untuk membangun kepercayaan masyarakat terhadap layanan primer sehingga rujukan yang tidak perlu dapat ditekan.

### Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) seluruh Puskesmas di Kabupaten Konawe Utara pada bulan Oktober 2025 hanya 0,12%, jauh di bawah target nasional > 5%. Tidak ada satupun Puskesmas yang mencapai target, baik untuk peserta Prolanis Diabetes Mellitus (DM) maupun Hipertensi (HT). Kondisi ini menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis melalui Prolanis di tingkat FKTP belum berjalan optimal. Sejumlah penelitian empiris tentang Prolanis mendukung temuan ini. Studi di Purbalingga menunjukkan bahwa keaktifan peserta dalam kegiatan Prolanis (hadir dalam senam, penyuluhan, dan pemeriksaan berkala) berhubungan signifikan dengan kualitas hidup lansia hipertensi dan DM (Nisa et al., 2024). Artinya, keberhasilan Prolanis tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan program, tetapi juga oleh tingkat partisipasi peserta. Penelitian lain di Sukabumi menemukan bahwa tingkat pengetahuan pasien DM berhubungan dengan pemanfaatan layanan Prolanis; pengetahuan yang rendah berkontribusi pada rendahnya kunjungan dan ketidakteraturan kontrol (Hariadi, 2024).

Selain itu, intervensi edukasi terstruktur seperti program Gerakan Edukasi Mencegah Hipertensi dan Diabetes (GEMES) pada anggota Prolanis terbukti meningkatkan pengetahuan dan kesadaran anggota terhadap pengelolaan hipertensi dan diabetes, yang pada gilirannya diharapkan memperbaiki kontrol penyakit kronis (Susanti et al., 2025). Kegiatan Prolanis di berbagai Puskesmas juga menunjukkan bahwa rangkaian aktivitas yang terdiri atas senam, penyuluhan, pemeriksaan klinis, dan konseling dapat memperkuat kedekatan peserta dengan FKTP dan mendorong keteraturan kontrol. Dari sisi internal Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya tenaga khusus yang menangani Prolanis, serta minimnya dukungan operasional menjadi hambatan utama pencapaian RPPT. (Fadila & Katmini, 2022) menegaskan bahwa FKTP yang memiliki SDM khusus, seperti koordinator Prolanis atau petugas promosi kesehatan, lebih mampu mencapai peserta terkendali karena adanya pemantauan yang konsisten, pengingat jadwal kegiatan, serta pendampingan rutin. Tanpa SDM khusus, kegiatan Prolanis cenderung tidak berkelanjutan dan tidak terdokumentasi dengan baik.

Senada dengan itu, (Aryani, 2022) menekankan bahwa rendahnya capaian RPPT tidak

hanya disebabkan oleh faktor peserta dan tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh terbatasnya dukungan pemerintah daerah, minimnya dana operasional, kurangnya alat kesehatan sederhana untuk pemeriksaan, serta lemahnya kontinuitas pemantauan peserta klub Prolanis. Kurangnya dukungan lintas sektor menyebabkan FKTP menghadapi kesulitan dalam menyediakan sarana pemeriksaan seperti tensimeter, glucometer, dan bahan habis pakai lainnya. Kondisi ini tentu berdampak pada keandalan pemantauan kondisi kesehatan peserta Prolanis. Selain faktor internal FKTP dan peserta, dukungan keluarga peserta Prolanis juga sangat menentukan keberhasilan program. Penyakit kronis seperti DM dan hipertensi membutuhkan pengelolaan yang konsisten dan jangka panjang, sehingga keterlibatan keluarga dalam memantau konsumsi obat, mengingatkan jadwal pemeriksaan, serta mendukung perubahan gaya hidup sangat penting untuk menjaga keterkendalian kondisi peserta.

Dengan melihat berbagai faktor tersebut, sangat jelas bahwa rendahnya capaian RPPT di Konawe Utara merupakan hasil dari kombinasi faktor pengetahuan peserta, rendahnya partisipasi, keterbatasan SDM dan fasilitas kesehatan, kurangnya dukungan pemerintah daerah, hingga lemahnya pencatatan administrasi. Oleh karena itu, upaya perbaikan di tingkat FKTP harus dilakukan secara komprehensif. Langkah strategis yang dapat dilakukan antara lain: (1) melakukan pendataan aktif seluruh peserta JKN dengan diagnosis DM dan hipertensi untuk dimasukkan ke dalam Prolanis; (2) melaksanakan kegiatan Prolanis secara rutin dan terintegrasi dengan program PTM lainnya seperti Posbindu PTM dan kunjungan rumah; (3) menjamin ketersediaan obat-obatan, alat pemeriksaan sederhana, dan sarana pendukung lainnya; serta (4) memastikan pencatatan pemantauan kesehatan dilakukan secara lengkap dan tepat waktu pada aplikasi P-Care sehingga setiap aktivitas peserta tercatat dengan baik sebagai bagian dari capaian kinerja FKTP.

## PEMBAHASAN

### Pembahasan Angka Kontak (AK)

Capaian Angka Kontak pada layanan kesehatan primer di Kabupaten Konawe Utara mengindikasikan bahwa interaksi antara peserta JKN dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama belum berlangsung secara optimal. Dalam perspektif sistem pelayanan kesehatan, kondisi ini mencerminkan adanya hambatan pada aspek aksesibilitas, kapasitas layanan, serta kontinuitas pelayanan promotif dan preventif yang menjadi fungsi utama layanan primer. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kecukupan sumber daya manusia dan efektivitas manajemen pelayanan berperan penting dalam pencapaian indikator kinerja berbasis kapitasi. Keterbatasan tenaga kesehatan dan beban kerja yang tinggi membatasi kemampuan FKTP dalam melaksanakan pelayanan aktif berbasis komunitas, sehingga frekuensi kontak dengan peserta menjadi rendah. Selain itu, kualitas pencatatan administrasi juga memengaruhi angka kontak yang tercatat secara resmi. Ketidaktepatan dan keterlambatan penginputan data pada sistem informasi kesehatan berkontribusi terhadap rendahnya capaian indikator, meskipun pelayanan telah diberikan. Faktor pendukung lain yang turut memengaruhi adalah ketersediaan dan integrasi sistem informasi. Fasilitas kesehatan dengan sistem pencatatan yang terintegrasi cenderung memiliki kinerja indikator yang lebih baik. Dengan demikian, rendahnya Angka Kontak dapat dipahami sebagai hasil interaksi antara keterbatasan SDM, lemahnya tata kelola informasi, serta belum optimalnya strategi pelayanan aktif di tingkat komunitas.

### Pembahasan Rasio Rujukan Non Spesalistik (RRNS)

Rasio rujukan non spesalistik yang tinggi menunjukkan bahwa fungsi gatekeeper FKTP dalam sistem JKN belum berjalan secara optimal. Dalam kerangka pelayanan berjenjang, kondisi ini mengindikasikan adanya ketidaksesuaian antara kapasitas pelayanan primer dan kebutuhan pelayanan kesehatan peserta. Literatur menunjukkan bahwa keputusan rujukan tidak

hanya dipengaruhi oleh pertimbangan klinis, tetapi juga oleh faktor struktural seperti beban kerja dokter dan keterbatasan sarana diagnostik. Ketika waktu pemeriksaan dan dukungan fasilitas tidak memadai, rujukan menjadi pilihan yang dianggap paling aman. Di sisi lain, persepsi dan preferensi peserta terhadap pelayanan rumah sakit turut mendorong meningkatnya rujukan, sehingga keputusan rujukan sering kali dipengaruhi oleh tekanan non-medis. Dari sudut pandang manajemen pelayanan, tingginya rujukan non spesialistik juga mencerminkan perlunya penguatan kapasitas FKTP melalui pendampingan, monitoring, dan peningkatan kompetensi klinis. Oleh karena itu, permasalahan rujukan perlu dipahami sebagai isu sistemik yang memerlukan intervensi terpadu pada aspek sumber daya, sarana pendukung, dan edukasi peserta.

### **Pembahasan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)**

Rendahnya rasio peserta Prolanis yang berada dalam kondisi terkendali menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis di tingkat layanan primer belum berjalan secara optimal. Dalam kerangka manajemen penyakit kronis, keberhasilan Prolanis sangat bergantung pada keteraturan pemantauan, kepatuhan pengobatan, dan keterlibatan aktif peserta. Penelitian sebelumnya menegaskan bahwa tingkat pengetahuan dan partisipasi peserta berhubungan erat dengan keterkendalian penyakit. Rendahnya pemanfaatan layanan Prolanis dapat diinterpretasikan sebagai kurang efektifnya strategi edukasi dan pemberdayaan peserta. Dari sisi FKTP, keterbatasan sumber daya manusia serta tidak adanya petugas khusus Prolanis berdampak pada lemahnya pemantauan dan keberlanjutan program. Selain faktor internal FKTP, dukungan eksternal seperti peran keluarga dan pemerintah daerah juga berpengaruh terhadap keberhasilan pengelolaan penyakit kronis. Oleh karena itu, rendahnya capaian RPPT merupakan hasil dari kombinasi rendahnya partisipasi peserta, keterbatasan kapasitas layanan primer, serta belum optimalnya integrasi Prolanis dengan program kesehatan masyarakat lainnya.

## **KESIMPULAN**

Hasil evaluasi Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kabupaten Konawe Utara menunjukkan bahwa seluruh indikator utama KBK belum mencapai target nasional. Rata-rata capaian Angka Kontak (AK) sebesar 34,79% masih jauh di bawah standar minimal 150%, yang mengindikasikan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan primer. Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS) tercatat sebesar 4,08%, melebihi batas  $\leq 2\%$ , sehingga mencerminkan belum optimalnya fungsi FKTP sebagai gatekeeper. Selain itu, Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) sangat rendah, yaitu 0,12%, dan tidak ada FKTP yang mencapai target  $\geq 5\%$ , yang menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis melalui Program Prolanis belum berjalan efektif. Berdasarkan temuan tersebut, diperlukan upaya perbaikan yang terintegrasi, meliputi penguatan kapasitas sumber daya manusia, khususnya petugas pengelola P-Care, optimalisasi integrasi Program Prolanis dengan kegiatan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM), serta peningkatan pendampingan dan monitoring secara berkelanjutan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan capaian indikator KBK, memperkuat fungsi gatekeeper FKTP, dan mendukung keberlanjutan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di tingkat daerah.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis menyampaikan apresiasi dan ucapan terimakasih yang tulus kepada Universitas Mandala Waluya atas dukungan akademik, bimbingan, serta fasilitas yang diberikan selama

pelaksanaan penelitian hingga penyusunan artikel ini. Lingkungan akademik yang suportif di universitas telah membantu penulis dalam mengembangkan inovasi "KAPAK TBC" sebagai upaya nyata kontribusi ilmiah bagi masyarakat. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan dan mendukung komitmen universitas dalam mencetak generasi yang peduli terhadap isu kesehatan nasional, khususnya dalam penanggulangan TBC di Indonesia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, A. D. (2022). Factors Affecting the Achievements of Performance-Based Capitation: A Scoping Review. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 2(1), 53–65. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i1.52>
- Asfiani, L. V., & Ilyas, Y. (2017). Level of Adherence and Its Determinants of Prolanis Attendance in Type 2 Diabetes Mellitus Participants at Five BPJS Primary Health Care in Bekasi 2016. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 2(2), 6. <https://doi.org/10.7454/ihpa.v2i2.1899>
- BPJS Kesehatan. (2019). Peraturan BPJS Kesehatan No 7 Tahun 2019 tentang Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 8.
- Darmawan, A., Kusdiyah, E., Enis, R. N., W, S., & Realita, E. (2020). Kajian Capaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (Kbk) Bpjs Di Fktp Kota Jambi. *JAMBI MEDICAL JOURNAL "Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan,"* 8(1), 75–84. <https://doi.org/10.22437/jmj.v8i1.9479>
- Fadila, R., & Katmini. (2022). Determinan Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Tinjauan Sistematik. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 8(3), 408–417. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol8.iss3.1272>
- Hariadi. (2024). Hubungan Pengetahuan Pasien Penderita Diabetes Melitus Dengan Pemanfaatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Desa Bantarsari Wilayah Kerja Puskesmas Pabuaran Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Health Society*, 13(1), 69–76. <https://doi.org/10.62094/jhs.v13i1.135>
- Hermasyah, A. A., Soewondo, P., & Nurwahyuni, A. (2025). Hubungan Rasio Dokter dan Peserta Terdaftar terhadap Capaian Kapitasi Berbasik Kinerja (KBK) pada FKTP di Kota Bandung tahun 2024. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 14(6), 559–570. <https://doi.org/https://doi.org/10.33221/jikm.v14i06.4057>
- Juwita, N. E., & Santoso, D. (2023). Analisis Komunikasi Efektif Terhadap Capaian Kapitasi Berbasis Kinerja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Bengkayang. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(2), 37–55. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i2.175>
- Liao, R., Liu, Y., Peng, S., & Feng, X. L. (2021). Factors affecting health care users' first contact with primary health care facilities in north eastern China, 2008–2018. *BMJ Global Health*, 6(2), 2008–2018. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003907>
- Munawarah, S. H., Misnaniarti, M., & Isnurhadi, I. (2020). Sumber Daya Terhadap Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) di Puskesmas Kota Palembang. *Gaster*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i1.415>
- Nisa, S. I., Prihatin, S., Basuki, H., & Ragil Setiyabudi. (2024). Hubungan Keaktifan Lansia Hipertensi Dan Diabetes Melitus Pada Prolanis Dengan Kualitas Hidup. *Jurnal Keperawatan*, 16(1), 347–362. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Ramadhani, S. N. (2020). Studi Literatur: Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas pada Era JKN Analysis of Factors Causing High Referral Rates at Primary Health Center in the JKN Era: A Literature Review. *Media Gizi Kesmas*, 9(Nomor 2), 57–66.

- Susanti, R., Putri, V. N., Yunita, S. P., & Azzahra, R. N. (2025). *Educational Movement Against Hypertension and Diabetes (Gemes) in Prolanis Members Gerakan*. 5(November), 218–226. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.57152/consen.v5i2.2256>
- Victor Fredrik Maramis, J., Mandagi, C. K., & Wowor, R. (2018). Analisis Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) Terhadap Pembayaran Dana Kapitasi Di Puskesmas Wawonasa Kota Manado. *Jurnal KESMAS*, 7(4).
- Wahyuningtias, H., Artadi, A., Djaya, H., & Teori, K. (n.d.). Kajian pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dalam program jaminan kesehatan nasional (jkn) di upt. *Pelayanan kesehatan universitas jember*. 1991, 345–349.