

KAPITASI BERBASIS KINERJA (KBK) PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN KONAWE

Ferra Husdiningsih¹, I Wayan Angga Radiastu², Djasrin H. Tombora³, Ismayanti⁴,
Sartini Risky^{5*}

Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Mandala Waluya,
Kendari^{1,2,3,4,5}

* Corresponding Author : risky.sarjan87@gmail.com

ABSTRAK

Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) diterapkan untuk meningkatkan mutu layanan FKTP melalui penyesuaian kapitasi berdasarkan Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Namun, capaian indikator di lapangan masih berfluktuasi dan berpotensi menurunkan persentase pembayaran kapitasi. Penelitian ini bertujuan menggambarkan implementasi KBK di Puskesmas Sampara Kabupaten Konawe tahun 2025 berdasarkan capaian indikator utama dan hambatan pelaksanaannya. Penelitian menggunakan desain kuantitatif deskriptif. Populasi adalah seluruh FKTP mitra BPJS Kesehatan di Kabupaten Konawe tahun 2025, dengan sampel diambil menggunakan total sampling pada FKTP yang memiliki data kinerja lengkap. Variabel meliputi AK, RRNS, dan RPPT. Data dikumpulkan dari laporan indikator KBK BPJS Kesehatan, kuesioner terstruktur kepada pengelola FKTP, serta wawancara terbatas; dianalisis secara deskriptif menggunakan Excel dan SPSS. Hasil menunjukkan rata-rata AK 4,71% (tertinggi Desember 6,71%; terendah Agustus 3,65%), RRNS tahunan 17,54% (20 rujukan dari 114 kasus), dan RPPT belum mencapai target (DM 0,91%; HT 2,12%). Total capaian KBK 95,42% dengan penyesuaian kapitasi minor, namun terjadi penyesuaian signifikan pada April dan Agustus. Implementasi KBK tergolong cukup baik, tetapi penguatan Prolanis, konsistensi layanan, dan kualitas pencatatan perlu ditingkatkan agar kapitasi optimal berkelanjutan.

Kata kunci : angka kontak, FKTP, JKN, KBK

ABSTRACT

The Performance-Based Capitation Payment Policy (KBK) is implemented to improve the quality of FKTP services through capitation adjustments based on Contact Rates (AK), Non-Specialist Referral Rates (RRNS), and Controlled Prolanis Participant Rates (RPPT). However, the achievement of indicators in the field still fluctuates and has the potential to reduce the percentage of capitation payments. This study aims to describe the implementation of KBK at the Sampara Community Health Center in Konawe Regency in 2025 based on the achievement of key indicators and obstacles to its implementation. This study uses a descriptive quantitative design. The population consists of all BPJS Health partner FKTPs in Konawe District in 2025, with samples taken using total sampling at FKTPs with complete performance data. Variables include AK, RRNS, and RPPT. Data were collected from BPJS Health KBK indicator reports, structured questionnaires for FKTP managers, and limited interviews; analyzed descriptively using Excel and SPSS. The results showed an average AK of 4.71% (highest in December at 6.71%; lowest in August at 3.65%), an annual RRNS of 17.54% (20 referrals from 114 cases), and RPPT that did not reach the target (DM 0.91%; HT 2.12%). The total KBK achievement was 95.42% with minor capitation adjustments, but there were significant adjustments in April and August. The implementation of KBK was fairly good, but the strengthening of Prolanis, consistency of services, and quality of records needed to be improved in order to achieve sustainable optimal capitation.

Keywords : contact numbers, FKTP, JKN, KBK

PENDAHULUAN

Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat

pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kebijakan ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Mekanisme Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Melalui skema KBK, besaran kapitasi yang diterima FKTP tidak hanya didasarkan pada jumlah peserta terdaftar, tetapi juga pada capaian indikator kinerja pelayanan seperti kontak peserta, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio peserta prolanis aktif (Fadila & Katmini, 2022). Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) merupakan mekanisme penyesuaian besaran kapitasi yang diterima FKTP berdasarkan hasil evaluasi atas pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang telah disepakati, sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu layanan. Dalam pelaksanaannya, KBK dinilai melalui tiga indikator utama, yaitu Angka Kontak (AK) dengan target $\geq 150\%$, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dengan target $\leq 2\%$, serta Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dengan target $\geq 5\%$. Tingkat pemenuhan ketiga indikator tersebut menjadi dasar penentuan persentase pembayaran kapitasi yang diterima FKTP (BPJS Kesehatan, 2019a).

Pembayaran KBK pada FKTP merupakan mekanisme pengendalian mutu pelayanan kesehatan yang dirancang untuk mendorong peningkatan efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2019a). Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kualitas layanan yang diberikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menjadi komponen utama dalam pelayanan kesehatan sekaligus berperan sebagai gatekeeper sistem rujukan. Apabila mutu pelayanan FKTP belum berjalan optimal, kondisi ini dapat mendorong meningkatnya rujukan ke rumah sakit, sehingga berpotensi menimbulkan penumpukan pasien di fasilitas rujukan (Rahma et al., 2015). Dalam skema kapitasi, fasilitas kesehatan tingkat pertama menerima pembayaran tetap berdasarkan jumlah peserta terdaftar, yang umumnya dialokasikan untuk dua komponen utama, yaitu jasa layanan (insentif tenaga kesehatan) dan biaya operasional pelayanan kesehatan (Den et al., 2025). Oleh karena itu, ketika pembayaran kapitasi tidak terealisasi 100%, alokasi dana untuk insentif dan operasional puskesmas turut berkurang. Penurunan alokasi ini dapat berdampak langsung pada kinerja serta kualitas layanan yang dihasilkan puskesmas, misalnya meningkatnya waktu tunggu, pelayanan yang kurang optimal, hingga keterbatasan akses terhadap layanan tertentu. Dalam jangka panjang, kondisi tersebut berisiko menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap puskesmas sebagai layanan kesehatan dasar, serta menghambat pencapaian tujuan program kesehatan nasional.

(Mukti & Winarso, 2020) menyatakan bahwa pemberian insentif memiliki hubungan positif dengan peningkatan mutu layanan di FKTP. Tenaga kesehatan yang memperoleh insentif cenderung menunjukkan motivasi kerja yang lebih tinggi sehingga kinerjanya dalam memberikan pelayanan ikut meningkat. Selain itu, besaran proporsi dana kapitasi turut menentukan kapasitas FKTP dalam memenuhi kebutuhan operasional pelayanan. Insentif juga berperan sebagai stimulus eksternal yang mendorong tenaga kesehatan bekerja lebih efisien, disiplin, dan berorientasi pada pencapaian hasil. Kondisi tersebut dapat memperkuat komitmen petugas dalam menjalankan tugas, termasuk aspek kehadiran, kepatuhan terhadap aturan kerja, serta tanggung jawab terhadap pasien. Dampaknya, kualitas layanan di FKTP berpeluang meningkat karena tenaga kesehatan terdorong memberikan pelayanan yang lebih ramah, responsif, dan profesional (Aryani, 2022). Dengan demikian, pemberian insentif tidak hanya berdampak pada kesejahteraan individu tenaga kesehatan, tetapi juga berkontribusi terhadap peningkatan kinerja keseluruhan lembaga layanan kesehatan dasar. Menurut penelitian (Ardhiasti & Setiawan, 2021), hambatan dalam pemenuhan KBK yaitu karena terdapat perbedaan pemahaman terhadap standar dan tujuan dari kebijakan KBK, ketersediaan SDM dan fasilitas serta kondisi sosial. Pemahaman petugas terhadap salah satu standar dalam kebijakan KBK, khususnya indikator Angka Kontak, masih belum merata. Pemenuhan KBK

juga dipengaruhi oleh keterbatasan tenaga pengelola P-Care serta ketersediaan obat yang belum memadai untuk mendukung pelaksanaan kegiatan Prolanis. Di sisi lain, karakteristik masyarakat di sekitar FKTP turut berperan, terutama tingginya permintaan rujukan atas keinginan pasien sendiri ketika berkunjung ke puskesmas.

Penelitian yang dilakukan oleh (Munawarah et al., 2022), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara aspek komunikasi, meliputi transmisi informasi, kejelasan, dan konsistensi, dengan pencapaian KBPKP. Karena itu, pelaksanaan kebijakan KBPKP memerlukan sosialisasi berkelanjutan dan/atau bimbingan teknis dari dinas kesehatan maupun BPJS Kesehatan kepada seluruh petugas puskesmas agar implementasi berjalan seragam. Namun, studi tersebut juga menemukan bahwa masih terdapat informasi yang diterima petugas belum jelas, sehingga berpotensi menimbulkan perbedaan penafsiran di lapangan. Sejalan dengan itu, Van Meter dan Van Horn (1975) menegaskan bahwa kinerja implementasi kebijakan ditentukan oleh keterkaitan berbagai faktor, yaitu kejelasan standar dan tujuan kebijakan, kecukupan sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antarlembaga, disposisi atau sikap pelaksana, serta kondisi sosial, ekonomi, dan politik yang melingkupinya (Agustin & Kesha, 2025).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi salah satu kebijakan kunci dalam memperluas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. Melalui pendekatan strategis seperti skema Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), pemerintah berupaya memastikan bahwa layanan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tidak hanya tersedia, tetapi juga berkualitas. KBK menekankan pentingnya kinerja FKTP dalam menjalankan fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai standar. Kota Kendari merupakan salah satu wilayah yang telah menerapkan KBK secara menyeluruh dalam pelayanan kesehatan primer melalui kemitraan dengan BPJS Kesehatan (Sitorus, 2025).

Berdasarkan data BPJS Kesehatan (2025), per 1 April 2025 jumlah peserta JKN aktif di Kota Kendari mencapai 294.782 jiwa dari total 356.452 peserta, dengan tingkat kepesertaan mencapai 97,27%. Namun demikian, indikator performa utama seperti angka kontak peserta per bulan, rasio rujukan non-spesialistik (RRNS), serta rasio peserta Prolanis dengan kontrol penyakit terkontrol (RPPT), masih menunjukkan banyak FKTP belum mencapai target. Misalnya, angka kontak rata-rata hanya 174,91 per mil, padahal target minimal adalah 150 per mil. Sementara itu, RPPT untuk penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi masih di bawah 2%, jauh dari standar >5% (BPJS Kesehatan, 2025). Permasalahan lainnya mencakup ketimpangan rasio tenaga medis terhadap jumlah peserta. Beberapa FKTP memiliki rasio dokter yang terlalu tinggi, seperti di FKTP Konawe yang hanya memiliki 3 dokter umum dan 3 dokter gigi untuk melayani lebih dari 34.000 peserta (BPJS Kesehatan, 2025). Hal ini berdampak langsung pada penurunan mutu layanan, tingginya angka rujukan ke fasilitas lanjutan, serta rendahnya upaya promotif-preventif yang dilakukan.

Dengan berbagai tantangan tersebut, kajian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja di Konawe secara menyeluruh. Fokus kajian mencakup efisiensi pemanfaatan dana kapitasi, kesesuaian indikator KBK terhadap kapasitas FKTP, dan dampaknya terhadap mutu layanan kesehatan primer. Hasil kajian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan strategis guna meningkatkan kualitas layanan FKTP serta capaian indikator kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

METODE

Metode penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptif untuk memaparkan sekaligus menjelaskan pelaksanaan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Puskesmas Kapaten, Kabupaten Konawe. Analisis difokuskan pada capaian tiga indikator utama KBK, yaitu Angka Kontak, Rasio

Rujukan Non-Spesialistik, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali. Selain menggambarkan tingkat pencapaian indikator, penelitian ini juga menelusuri faktor-faktor yang berperan dalam mendukung maupun menghambat pencapaian indikator kinerja tersebut di tingkat FKTP.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Kabupaten Konawe pada tahun 2025. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode total sampling, yaitu melibatkan seluruh FKTP (puskesmas, klinik pratama, dan dokter praktik perorangan) yang telah menerapkan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) serta memiliki data kinerja lengkap selama tahun berjalan. Besaran sampel mengikuti jumlah FKTP aktif yang memenuhi kriteria penelitian. Kriteria inklusi meliputi FKTP dengan kontrak kerja sama aktif bersama BPJS Kesehatan, telah menjalankan KBK minimal enam bulan, dan memiliki laporan capaian tiga indikator KBK secara lengkap. Sementara itu, FKTP yang datanya tidak lengkap atau masih berada dalam tahap transisi kerja sama tidak diikuti dalam penelitian.

Variabel utama yang dianalisis dalam penelitian ini adalah capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), yang meliputi Angka Kontak, Rasio Rujukan Non-Spesialistik, serta Rasio Peserta Prolanis Terkendali. Angka Kontak didefinisikan sebagai rasio jumlah kunjungan peserta Jaminan Kesehatan Nasional ke FKTP dibandingkan dengan jumlah peserta terdaftar yang dinyatakan dalam satuan per mil, Rasio Rujukan Non-Spesialistik merupakan persentase rujukan kasus non-spesialistik ke fasilitas kesehatan rujukan dari total kunjungan, sedangkan Rasio Peserta Prolanis Terkendali diukur berdasarkan persentase peserta Prolanis dengan hasil pemeriksaan klinis yang berada dalam kategori terkendali sesuai kriteria yang ditetapkan.

Pengumpulan data dilakukan melalui kombinasi data sekunder dan data primer. Data sekunder diperoleh dari BPJS Kesehatan Cabang Kendari berupa laporan capaian indikator KBK, sedangkan data primer dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang disebarkan kepada pengelola FKTP untuk memperoleh informasi terkait sumber daya, kendala implementasi, serta upaya monitoring internal. Selain itu, wawancara terbatas dengan perwakilan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota Kendari dilakukan untuk memperkuat interpretasi hasil penelitian. Pengolahan data dilaksanakan melalui serangkaian langkah, meliputi pemeriksaan kelengkapan (editing), pemberian kode (coding), penyusunan tabulasi, serta entri data dengan bantuan perangkat lunak Microsoft Excel dan SPSS. Analisis dilakukan secara deskriptif kuantitatif untuk menggambarkan distribusi frekuensi, nilai rerata, dan persentase capaian tiap indikator KBK. Selain itu, kecenderungan hubungan antar faktor ditelaah melalui tabulasi silang dan visualisasi dalam bentuk grafik. Temuan analisis kemudian diinterpretasikan guna menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan KBK sekaligus mengidentifikasi kendala yang dihadapi FKTP dalam implementasinya.

HASIL

Puskesmas Sampara di Kabupaten Konawe melaksanakan skema Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) sebagai bagian dari implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sistem ini mengaitkan besaran pembayaran kapitasi dengan capaian tiga indikator kinerja utama: Angka Kontak, Rasio Rujukan Rawat Jalan Non-Spesialistik, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali. Secara umum, puskesmas berupaya memenuhi target-target tersebut melalui perbaikan pencatatan layanan, penguatan manajemen data, optimalisasi pelayanan Prolanis, serta koordinasi internal dan eksternal yang intensif. Sejauh ini, capaian kinerja pada beberapa indikator menunjukkan perkembangan positif, terutama pada pengendalian rujukan non spesialisistik. Tantangan masih ditemukan pada penginputan data kunjungan sehat serta peningkatan konsistensi layanan Prolanis agar target KBK dapat dicapai secara menyeluruh dan pembayaran kapitasi dapat diterima secara penuh

sesuai ketentuan. Evaluasi berkala dan peningkatan kapasitas SDM serta sistem informasi menjadi kunci upaya peningkatan capaian KBK di puskesmas ini.

Angka Kontak (AK)

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Puskesmas Sampara Kabupaten Konawe menjadikan Angka Kontak (AK) sebagai salah satu indikator kinerja utama dalam menilai tingkat pemanfaatan layanan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Angka Kontak merupakan indikator yang menggambarkan aksesibilitas dan intensitas interaksi peserta JKN dengan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh FKTP, baik melalui pelayanan langsung maupun tidak langsung. Target minimal Angka Kontak ditetapkan sebesar 150%, yang berarti bahwa dari setiap 1.000 peserta JKN yang terdaftar di Puskesmas Sampara, setidaknya terdapat 150 peserta yang melakukan kontak atau menerima pelayanan kesehatan dalam periode tertentu. Capaian Angka Kontak dihitung dengan membandingkan jumlah peserta JKN yang tercatat menerima pelayanan kesehatan baik melalui kontak langsung maupun tidak langsung dengan total jumlah peserta JKN terdaftar pada periode yang sama.

Pelayanan kontak tidak langsung atau telekonsultasi di Puskesmas Sampara dilakukan oleh dokter FKTP kepada peserta JKN melalui berbagai media komunikasi, seperti Aplikasi Mobile JKN, telepon, WhatsApp, SMS, maupun platform komunikasi daring lainnya. Seluruh pelayanan kontak tidak langsung, kecuali yang dilakukan langsung melalui Mobile JKN, wajib dientri ke dalam Aplikasi P-Care sebagai kunjungan online. Data tersebut selanjutnya dihitung sebagai bagian dari capaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) serta indikator kepatuhan FKTP. Berdasarkan hasil penelusuran dan pengolahan data pelayanan di Puskesmas Sampara Kabupaten Konawe, diperoleh gambaran capaian Angka Kontak yang mencerminkan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta JKN di wilayah kerja puskesmas tersebut. Data ini menjadi dasar evaluasi kinerja pelayanan, sekaligus bahan pertimbangan dalam penyusunan strategi peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di tingkat pelayanan primer.

Berdasarkan data capaian Angka Kontak (AK) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Puskesmas Sampara Kabupaten Konawe selama periode Januari hingga Desember 2025, terlihat adanya fluktuasi pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada bulan Januari, dari 6.622 peserta terdaftar tercatat 265 kontak pelayanan dengan persentase AK sebesar 4,00%. Capaian ini meningkat pada Februari menjadi 4,50% dengan 297 kontak dari 6.601 peserta, dan relatif stabil pada Maret sebesar 4,46% dari 293 kontak dan 6.576 peserta. Penurunan Angka Kontak terjadi pada April dengan persentase 3,78% (249 kontak dari 6.585 peserta), kemudian kembali meningkat pada Mei dan Juni masing-masing sebesar 4,18% dan 4,27%. Peningkatan yang cukup signifikan terjadi pada Juli, dimana AK mencapai 6,01% dengan 403 kontak dari 6.704 peserta terdaftar. Sebaliknya, pada Agustus terjadi penurunan AK menjadi 3,65% meskipun jumlah peserta meningkat menjadi 8.709 orang, yang mengindikasikan bahwa peningkatan jumlah peserta tidak selalu diikuti oleh peningkatan pemanfaatan layanan. Pada September hingga Oktober, AK kembali menunjukkan tren peningkatan masing-masing sebesar 4,71% dan 4,76%. Kinerja Angka Kontak terus membaik pada November sebesar 5,83% dan mencapai capaian tertinggi pada Desember yaitu 6,71% dengan 444 kontak dari 6.614 peserta terdaftar.

Secara keseluruhan, selama tahun 2025 tercatat total 3.840 kontak pelayanan dari 81.494 peserta terdaftar, dengan rata-rata Angka Kontak sebesar 4,71%. Capaian ini menggambarkan bahwa pemanfaatan layanan di Puskesmas Sampara relatif stabil, meskipun masih memerlukan penguatan pada bulan-bulan dengan capaian rendah melalui peningkatan kegiatan promotif dan preventif. Nilai ini dapat digunakan sebagai indikator kinerja akses dan pemanfaatan layanan kesehatan tingkat pertama, serta menjadi dasar evaluasi dan

perencanaan peningkatan mutu pelayanan FKTP di Puskesmas Sampara pada periode selanjutnya.

Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)

Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) merupakan salah satu indikator kinerja penting dalam pelayanan kesehatan primer yang menggambarkan kemampuan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam menangani dan menyelesaikan kasus-kasus medis dasar sesuai kompetensinya, tanpa harus merujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan. Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), target RRNS ditetapkan berada di bawah 2%, sebagai upaya memastikan bahwa FKTP menjalankan fungsi gatekeeper secara optimal dan hanya melakukan rujukan apabila kasus benar-benar membutuhkan penanganan spesialistik. Pengendalian RRNS yang rendah mencerminkan kualitas layanan primer yang baik, efisiensi sistem rujukan, serta optimalisasi sumber daya pelayanan kesehatan. Sebaliknya, tingginya RRNS dapat mengindikasikan keterbatasan kapasitas layanan, baik dari aspek sumber daya manusia, sarana prasarana, maupun tata laksana klinis di tingkat FKTP.

Berdasarkan hasil data kinerja pada Puskesmas Sampara, Kabupaten Konawe, capaian Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) menunjukkan bahwa secara umum FKTP telah berupaya menjalankan peran gatekeeper dalam sistem JKN. Variasi capaian RRNS pada periode pengamatan menggambarkan dinamika kebutuhan layanan kesehatan masyarakat serta tantangan dalam pengelolaan kasus di layanan primer. Hasil ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi kinerja FKTP, sekaligus dasar perencanaan peningkatan kapasitas pelayanan, penguatan kompetensi tenaga kesehatan, serta pengendalian rujukan agar tetap sesuai dengan standar dan target yang telah ditetapkan. Berdasarkan data Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) FKTP Puskesmas Sampara Konawe Tahun 2025, dapat disimpulkan bahwa secara umum kemampuan Puskesmas Sampara dalam menangani kasus non spesialistik tergolong cukup baik. Hal ini tercermin dari total 114 kasus non spesialistik, dimana hanya 20 kasus yang dirujuk, sehingga menghasilkan RRNS tahunan sebesar 17,54%.

Secara bulanan, RRNS tertinggi terjadi pada bulan Juli sebesar 27,27%, yang mengindikasikan adanya peningkatan kebutuhan rujukan pada periode tersebut, kemungkinan dipengaruhi oleh kompleksitas kasus atau keterbatasan sumber daya pelayanan di FKTP. Sebaliknya, RRNS terendah terjadi pada bulan Januari sebesar 0,00%, karena tidak terdapat kasus non spesialistik yang dilaporkan pada bulan tersebut. Secara keseluruhan, capaian RRNS Puskesmas Sampara masih berada pada kategori terkendali dan mencerminkan fungsi gatekeeper FKTP berjalan cukup optimal, dimana sebagian besar kasus non spesialistik dapat ditangani di tingkat pertama tanpa perlu rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan lanjutan. Hasil ini dapat menjadi bahan evaluasi dan dasar perencanaan peningkatan mutu pelayanan, khususnya dalam penguatan kompetensi tenaga kesehatan dan ketersediaan sarana prasarana untuk menekan angka rujukan yang tidak perlu.

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Target Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) di Puskesmas Sampara Konawe ditetapkan di atas 5%. Target ini menjadi indikator penting dalam menilai keberhasilan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam mengelola peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), khususnya bagi penderita hipertensi dan diabetes melitus. Rasio yang tinggi mencerminkan efektivitas pemantauan rutin, kepatuhan pengobatan, serta kualitas edukasi kesehatan yang diberikan kepada peserta. Oleh karena itu, pencapaian RPPT di atas 5% tidak hanya menunjukkan kinerja pelayanan yang optimal, tetapi juga berkontribusi langsung pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pengendalian penyakit kronis secara berkelanjutan. Berdasarkan data di Puskesmas Sampara Konawe, diperoleh data

capaian target Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) selama periode Januari hingga Desember 2025, yang menjadi dasar evaluasi efektivitas pengelolaan peserta Prolanis di wilayah kerja puskesmas ini.

Berdasarkan data capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) di Puskesmas Sampara Konawe selama periode Januari hingga Desember 2025, diperoleh beberapa temuan penting. Capaian RPPT bagi peserta Diabetes Mellitus (DM) berada pada kisaran 0,69% hingga 1,36% per bulan, sedangkan bagi peserta Hipertensi (HT) berada pada kisaran 1,67% hingga 3,33% per bulan. Tren bulanan menunjukkan peningkatan capaian menjelang akhir tahun, dengan bulan Desember mencatat capaian tertinggi untuk kedua jenis penyakit. Sebaliknya, beberapa bulan seperti Agustus menunjukkan capaian terendah, yang kemungkinan dipengaruhi oleh faktor kunjungan peserta atau kondisi operasional puskesmas. Meskipun terjadi peningkatan pada beberapa bulan, secara keseluruhan capaian RPPT DM maupun HT belum memenuhi target >5% yang telah ditetapkan sebagai indikator keberhasilan pengelolaan peserta Prolanis di FKTP. Hal ini menandakan perlunya upaya lebih intensif dalam pemantauan rutin, edukasi kesehatan, dan peningkatan kepatuhan pengobatan peserta.

Berdasarkan temuan tersebut, disarankan agar Puskesmas Sampara Konawe memperkuat program konseling, pengingat kunjungan, serta monitoring rutin, khususnya bagi peserta DM yang saat ini menunjukkan capaian paling rendah. Peningkatan strategi ini diharapkan dapat meningkatkan efektivitas pengelolaan peserta Prolanis, serta berkontribusi pada pengendalian penyakit kronis secara berkelanjutan di masyarakat.

Penyesuaian Kapitasi Berdasarkan Capaian KBK

Penyesuaian Kapitasi Berdasarkan Capaian KBK Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan mekanisme yang diterapkan untuk memastikan pembayaran kapitasi sesuai dengan kinerja layanan kesehatan. Dalam mekanisme ini, hasil penilaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) menjadi acuan utama dalam menentukan jumlah kapitasi yang diterima FKTP, termasuk Puskesmas Sampara Konawe. Melalui sistem ini, FKTP yang berhasil mencapai atau melebihi target layanan seperti pemantauan peserta Prolanis, angka kontak, imunisasi, dan pelayanan kesehatan lainnya akan menerima penyesuaian pembayaran kapitasi yang lebih tinggi, sebagai bentuk penghargaan atas kinerja optimal. Sebaliknya, FKTP dengan capaian KBK di bawah standar target akan mengalami penyesuaian kapitasi yang lebih rendah, mendorong peningkatan kualitas dan kuantitas layanan. Mekanisme penyesuaian ini tidak hanya meningkatkan akuntabilitas dan efisiensi penggunaan dana kapitasi, tetapi juga mendorong FKTP untuk memaksimalkan layanan kesehatan preventif dan promotif, sehingga berdampak langsung pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sampara Konawe.

Berdasarkan data capaian indikator kinerja selama periode Januari–Desember, dapat disimpulkan bahwa kinerja fasilitas kesehatan secara umum berada pada kategori baik dengan rata-rata total capaian sebesar 95,42%, sehingga secara keseluruhan hanya memerlukan penyesuaian kapitasi minor. Secara bulanan, sebagian besar capaian berada pada kisaran stabil dengan konsekuensi penyesuaian minor, terutama pada bulan Januari, Februari, Maret, Mei, Juni, September, dan Oktober. Namun demikian, terdapat penurunan kinerja yang cukup signifikan pada bulan April dan Agustus, ditandai dengan total capaian di bawah 91% (masing-masing 90,6% dan 89,3%), sehingga memerlukan penyesuaian kapitasi signifikan. Sebaliknya, kinerja optimal ditunjukkan pada bulan Juli, November, dan Desember, di mana total capaian mencapai atau melebihi 100%. Capaian ini didorong oleh peningkatan Angka Kontak (AK) dan RPPT yang melampaui target, sehingga FKTP berhak memperoleh kapitasi optimal atau bonus. Secara keseluruhan, data ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat fluktuasi capaian antarbulan, FKTP mampu mempertahankan kinerja yang relatif konsisten

dan memenuhi indikator utama KBK, dengan peluang peningkatan lebih lanjut melalui penguatan capaian pada bulan-bulan yang sebelumnya mengalami penurunan

PEMBAHASAN

Angka Kontak (AK)

Capaian Angka Kontak (AK) di Puskesmas Sampara sepanjang tahun 2025 menunjukkan dinamika pemanfaatan layanan primer yang belum sepenuhnya stabil. Secara sistem pelayanan kesehatan, fluktuasi AK merefleksikan adanya variasi pada akses layanan, kapasitas pelayanan, serta kontinuitas kegiatan promotif dan preventif yang menjadi mandat utama FKTP. Rata-rata AK tahunan sebesar 4,71% mengindikasikan bahwa kontak peserta dengan layanan primer telah berjalan, namun masih membutuhkan penguatan agar lebih konsisten. Peningkatan capaian pada akhir tahun—dengan nilai tertinggi pada Desember (6,71%)—dapat dipahami sebagai hasil dari meningkatnya intensitas layanan dan/atau perbaikan tata kelola pencatatan. Sebaliknya, rendahnya capaian pada Agustus (3,65%) terjadi ketika jumlah peserta terdaftar meningkat, yang menandakan bahwa penambahan peserta tidak otomatis diikuti peningkatan pemanfaatan layanan. Kondisi ini mengarah pada dugaan adanya hambatan dalam strategi penjangkauan layanan, terutama pada pelayanan luar gedung dan kunjungan sehat yang sering kali bergantung pada ketersediaan tenaga, waktu, serta dukungan operasional. Di sisi lain, AK tidak hanya dipengaruhi oleh pemberian layanan, tetapi juga oleh kualitas administrasi dan kelengkapan pencatatan. Karena kontak tidak langsung di luar Mobile JKN wajib dientri sebagai kunjungan online pada P-Care, maka keterlambatan atau ketidakkonsistenan input data berpotensi menurunkan capaian indikator meskipun pelayanan telah dilakukan. Dengan demikian, capaian AK di Puskesmas Sampara dapat dipahami sebagai hasil interaksi antara kapasitas pelayanan, efektivitas manajemen layanan berbasis komunitas, dan kesiapan sistem informasi dalam menangkap seluruh aktivitas pelayanan yang terjadi.

Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)

Capaian RRNS tahun 2025 menggambarkan kapasitas FKTP dalam menjalankan fungsi gatekeeper, yaitu menyelesaikan kasus-kasus non spesialis di tingkat primer sebelum merujuk ke fasilitas lanjutan. RRNS tahunan sebesar 17,54%—dengan puncak pada Juli (27,27%)—mengisyaratkan adanya periode tertentu ketika kebutuhan rujukan meningkat. Dalam perspektif layanan primer, variasi ini dapat mencerminkan kombinasi faktor, seperti perubahan pola penyakit, kompleksitas kasus yang datang, keterbatasan sumber daya klinis, maupun keterbatasan sarana dan prasarana penunjang untuk menatalaksana kasus sesuai kompetensi layanan primer. Peningkatan RRNS juga dapat menunjukkan bahwa sistem penguatan klinis dan tata kelola rujukan belum sepenuhnya seragam sepanjang tahun, sehingga pada bulan-bulan tertentu FKTP lebih cenderung merujuk untuk menjaga keamanan layanan atau karena keterbatasan dukungan diagnostik-terapeutik.

Dengan demikian, RRNS yang berfluktuasi perlu dipahami bukan semata sebagai angka rujukan, melainkan sebagai indikator yang merefleksikan kesiapan layanan primer: kecukupan SDM, ketersediaan obat dan alat kesehatan, kepatuhan terhadap pedoman tatalaksana, serta mekanisme kendali mutu rujukan. Upaya pengendalian RRNS membutuhkan penguatan kapasitas klinis, audit rujukan secara berkala, dan peningkatan dukungan sarana agar penyelesaian kasus di tingkat primer dapat lebih optimal.

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Capaian RPPT pada peserta DM dan HT selama Januari–Desember 2025 menunjukkan bahwa pengendalian penyakit kronis di layanan primer belum mencapai standar target (>5%).

Kisaran capaian RPPT DM (0,69%–1,36%) dan RPPT HT (1,67%–3,33%) mengindikasikan bahwa keberhasilan kontrol klinis peserta Prolanis masih terbatas, meskipun terdapat kecenderungan peningkatan pada akhir tahun. Dalam perspektif program, RPPT merupakan indikator yang sangat dipengaruhi oleh kontinuitas pemantauan, kepatuhan pengobatan, keteraturan kunjungan, serta efektivitas edukasi dan konseling. Rendahnya capaian, terutama pada DM, dapat menandakan adanya hambatan pada mekanisme follow-up dan retensi peserta, baik karena faktor perilaku kunjungan peserta maupun kendala operasional pelayanan Prolanis.

Selain itu, capaian RPPT yang rendah juga dapat dipengaruhi oleh aspek manajemen layanan kronis, termasuk keteraturan jadwal pelayanan, ketersediaan obat dan pemeriksaan penunjang, serta konsistensi pencatatan hasil pemeriksaan sebagai dasar penetapan status “terkendali”. Ketika pemantauan tidak berjalan rutin atau pencatatan tidak lengkap, maka outcome klinis peserta sulit terdokumentasi dan indikator RPPT cenderung tetap rendah. Oleh karena itu, penguatan Prolanis perlu diarahkan pada strategi yang lebih aktif, seperti pengingat kunjungan, pemantauan terjadwal, konseling terstruktur, serta mekanisme monitoring yang memastikan hasil pemeriksaan tercatat dan ditindaklanjuti secara konsisten.

Implikasi terhadap Penyesuaian Kapitasi Berbasis Kinerja

Akumulasi capaian indikator menghasilkan total rata-rata 95,42% yang berimplikasi pada penyesuaian kapitasi minor secara keseluruhan. Namun, penurunan kinerja pada April (90,6%) dan Agustus (89,3%) menunjukkan adanya periode rentan yang berdampak langsung pada konsekuensi pembayaran kapitasi. Dalam kerangka KBK, kondisi ini menegaskan bahwa kestabilan capaian indikator bukan hanya dipengaruhi oleh volume pelayanan, tetapi juga oleh tata kelola data, konsistensi pelaksanaan program, dan kapasitas organisasi dalam mempertahankan mutu layanan sepanjang tahun. Sebaliknya, capaian optimal pada Juli, November, dan Desember ($\geq 100\%$) menggambarkan bahwa ketika pencatatan layanan berjalan baik dan pelaksanaan program lebih konsisten, FKTP mampu mencapai kategori kapitasi optimal/bonus. Dengan demikian, penyesuaian kapitasi pada Puskesmas Sampara dapat dipahami sebagai refleksi langsung dari interaksi antara kinerja layanan, kualitas manajemen program, serta akurasi sistem pelaporan indikator KBK.

KESIMPULAN

Implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Sampara Kabupaten Konawe secara umum telah berjalan cukup baik. Rata-rata capaian indikator utama KBK selama tahun 2025 menunjukkan Angka Kontak sebesar 4,71%, Rasio Rujukan Non-Spesialistik sebesar 86%, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali sebesar 4,71%, dengan total capaian kinerja mencapai 95,42%. Capaian tersebut menempatkan FKTP pada kategori penyesuaian kapitasi minor secara keseluruhan. Indikator Angka Kontak dan RRNS relatif berkontribusi positif terhadap stabilitas kapitasi, mencerminkan akses layanan dan fungsi gatekeeper FKTP yang cukup optimal. Namun demikian, indikator RPPT masih berada di bawah target ideal ($>5\%$), yang menunjukkan bahwa pengelolaan peserta Prolanis, khususnya penderita diabetes melitus dan hipertensi, belum sepenuhnya optimal. Fluktuasi capaian antarbulan, terutama penurunan signifikan pada April dan Agustus, berdampak langsung pada penyesuaian kapitasi yang lebih besar.

Kinerja optimal yang tercapai pada bulan Juli, November, dan Desember menegaskan bahwa peningkatan konsistensi layanan, penguatan kegiatan promotif-preventif, serta optimalisasi pencatatan dan monitoring Prolanis mampu mendorong pencapaian KBK maksimal dan kapitasi optimal. Oleh karena itu, diperlukan penguatan manajemen layanan primer, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta strategi berkelanjutan dalam

pengelolaan penyakit kronis agar pencapaian KBK dapat lebih stabil dan berkelanjutan di masa mendatang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan apresiasi dan ucapan terima kasih yang tulus kepada Universitas Mandala Waluya atas dukungan institusional, ketersediaan sumber daya akademik, serta suasana riset yang mendukung selama proses penyusunan karya ilmiah ini. Ucapan terimakasih juga ditujukan kepada segenap jajaran pimpinan dan staf pengajar yang telah memberikan bimbingan serta motivasi yang sangat berarti bagi penulis. Semoga Universitas Mandala Waluya terus berkembang menjadi institusi pendidikan yang unggul dan terus memberikan kontribusi nyata dalam mencetak tenaga profesional yang berkualitas di bidang kesehatan dan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D., & Kesha, C. N. (2025). Efektivitas Teori Van Mater Van Horn Dalam Mencegah Stunting Melalui Program Dapur Sehat (Dashat). *Dialogue : Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, 7(1), 017–027. <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/dialogue/article/view/23134>
- Ardhiasti, A., & Setiawan, E. R. (2021). Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Fktp) Kota Malang. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 10(2), 208–225.
- 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>
- BPJS Kesehatan. (2019a). 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.
- BPJS Kesehatan. (2019b). *Petunjuk teknis penilaian kapitasi berbasis kinerja fasilitas kesehatan tingkat pertama*.
- BPJS Kesehatan. (2025). *BPJS Kesehatan : Jumlah Peserta JKN*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/#/>
- Den, E. Van, Maharani, C., Fauzi, L., & Indrawati, F. (2025). Analisis Karakteristik Fktp Yang Bermitra Dengan Bpjs Kesehatan Semarang Terhadap Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja 2024. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 13(2), 161–174. <https://doi.org/10.14710/jmki.13.2.2025.161-174>
- Fadila, R., & Katmini. (2022). Determinan Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Tinjauan Sistematis. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 8(3), 408–417. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol8.iss3.1272>
- Mukti, A. H., & Winarso, B. S. (2020). Profitabilitas Dan Struktur Modal Terhadap Nilai Perusahaan Dengan Variabel Corporate Social Responsibility Sebagai Moderasi. *Jurnal REKSA: Rekayasa Keuangan, Syariah Dan Audit*, 7(2), 73. <https://doi.org/10.12928/j.reksa.v7i2.2670>
- Munawarah, S. H., Misnaniarti, M., & Isnurhadi, I. (2022). Analisis Faktor Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) di Puskesmas Kota Palembang. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 7(2), 159. <https://doi.org/10.30829/jumantik.v7i2.11309>
- Rahma, A., Arso, S. P., & Suparwati, A. (2015). Implementasi Fungsi Pokok Pelayanan Primer Puskesmas Sebagai Gatekeeper Dalam Program Jaminan Kesehatan

- Nasional(Studi Di Puskesmas Juwana Kabupaten Pati). *JKM (e-Journal)*, 3(31).
- Sitorus, S. H. N. (2025). Stakeholders' Perceptions of Performance-Based Capitation Design Using Chronic Disease Indicators at Primary Health Care Facilities. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 5(1), 101–115. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v5i1.273>
- Xiong, J., Xue, T., Tong, M., Xu, L., & Bai, B. (2025). *Dynamic trend analysis of global psoriasis burden from 1990 to 2021: a study of gender, age, and regional differences based on GBD 2021 data*. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1518681>
- Yan, B. X., Chen, X. Y., Ye, L. R., Chen, J. Q., Zheng, M., & Man, X. Y. (2021). *Cutaneous and Systemic Psoriasis: Classifications and Classification for the Distinction*. In *Frontiers in Medicine* (Vol. 8). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.649408>