

ANALISIS KAPITASI BERBASIS KINERJA DALAM MENINGKATKAN EFEKTIVITAS SISTEM RUJUKAN DAN KINERJA PELAYANAN PRIMER

Sartini Risky^{1)*}, Darmawati²⁾, Ni Ketut Yuliasuti³⁾, Risnawati⁴⁾, Hernawati⁵⁾

^{1,2,3,4,5)}Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Mandala Waluya

¹⁾risky.sarjan87@gmail.com, ²⁾darmawatiiberkah@gmail.com, ³⁾ketutyuli1989@gmail.com,
⁴⁾risnawatirisnawati8080@gmail.com, ⁵⁾hernawatinurse1987@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh pentingnya Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional untuk meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan primer melalui capaian indikator Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Di Kabupaten Bombana, RRNS telah mencapai target nasional, namun AK dan RPPT masih rendah, sehingga perlu dianalisis keterkaitannya dengan efektivitas sistem rujukan dan kinerja pelayanan primer. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi KBK pada Puskesmas Kabupaten Bombana. Metode yang digunakan adalah kuantitatif non-eksperimental dengan pendekatan deskriptif terhadap data sekunder Januari sampai Juni 2024 dari 22 Puskesmas, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan, menggunakan total sampling serta analisis statistik deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan RRNS sebesar 1,23 persen telah memenuhi target, sedangkan AK 60,51 per mil dan RPPT 1,17 persen belum memenuhi target nasional. Evaluasi sistem rujukan menunjukkan empat dari delapan aspek telah sesuai prosedur, sementara kendala utama meliputi faktor geografis, transportasi, keterbatasan SDM, dan sarana prasarana. Disimpulkan bahwa implementasi KBK telah berjalan, tetapi belum optimal, sehingga diperlukan penguatan akses, SDM, sistem rujukan, komunikasi medis, dan pencatatan layanan secara terintegrasi. Perbaikan tersebut diharapkan Puskesmas, memperluas layanan promotif preventif, memperbaiki pengelolaan Prolanis, dan mendorong pencapaian kapitasi yang lebih optimal, adil, dan berkelanjutan.

Sejarah Artikel

Dimasukkan : 8 Januari 2026
Direview : 28 Januari 2026
Diterima : 10 Februari 2026
Disetujui : 27 Februari 2026

Kata-kata Kunci:

Kapitasi Berbasis Kinerja, Sistem Rujukan, Pelayanan Kesehatan Primer, Puskesmas Bombana

Article History

Submitted : January 8, 2026
Reviewed : January 28, 2026
Accepted : February 10, 2026
Published : February 27, 2026

Keywords:

Performance-Based Capitation, Referral System, Primary Health Care Services, Bombana Public Health Centers

Abstract. This study is motivated by the importance of Performance-Based Capitation (Kapitasi Berbasis Kinerja/KBK) within the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) scheme to improve the quality and efficiency of primary health care through the achievement of key indicators,

namely Contact Rate (Angka Kontak/AK), Non-Specialist Outpatient Referral Ratio (Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik/RRNS), and Controlled Prolanis Participant Ratio (Rasio Peserta Prolanis Terkendali/RPPT). In Bombana Regency, RRNS has met the national target, while AK and RPPT remain low, requiring further analysis of their relationship with referral system effectiveness and primary care performance. This study aims to analyze the implementation of KBK in public health centers (Puskesmas) in Bombana Regency. The method used was a non-experimental quantitative design with a descriptive approach, using secondary data from January to June 2024 collected from 22 Puskesmas, BPJS Kesehatan, and the District Health Office, with total sampling and descriptive statistical analysis. The results showed that RRNS was 1.23 percent and met the target, while AK (60.51 per thousand) and RPPT (1.17 percent) did not meet national targets. The referral system evaluation showed that four of eight aspects were implemented according to procedures, while the main constraints included geographic factors, transportation, limited human resources, and inadequate facilities and infrastructure. It can be concluded that KBK implementation has been carried out but is not yet optimal, so strengthening access, human resources, referral systems, medical communication, and integrated service recording is needed. These improvements are expected to strengthen the gatekeeper function of Puskesmas, expand promotive and preventive services, improve Prolanis management, and support more optimal, equitable, and sustainable capitation outcomes.

PENDAHULUAN

Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) merupakan instrumen strategis dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dirancang untuk meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan primer melalui penyesuaian tarif kapitasi berdasarkan pencapaian indikator kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (BPJS Kesehatan, 2019). Dalam skema ini, besaran pembayaran kapitasi tidak hanya ditentukan oleh jumlah peserta terdaftar, tetapi juga oleh capaian kinerja layanan di tingkat primer. Penilaian kinerja FKTP dalam KBK berfokus pada tiga indikator utama, yaitu Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Ketiga indikator tersebut memiliki target nasional, yaitu $AK \geq 150$ per mil, $RRNS \leq 2\%$, dan $RPPT \geq 5\%$ (BPJS Kesehatan RI, 2021). Bagi puskesmas di Kabupaten Bombana, pencapaian indikator-indikator tersebut tidak hanya memengaruhi nilai kapitasi yang diterima, tetapi juga mencerminkan kapasitas pelayanan primer dalam menjalankan fungsi secara efektif. Oleh karena itu, analisis implementasi KBK menjadi penting untuk menilai efektivitas sistem rujukan dan kinerja pelayanan primer secara menyeluruh.

Sebagai gatekeeper dalam sistem JKN, puskesmas memiliki peran utama dalam memastikan pasien mendapatkan pelayanan sesuai kompetensi di tingkat primer sebelum dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Peran ini sangat berkaitan dengan indikator RRNS, yang menggambarkan kemampuan FKTP menangani kasus non-spesialistik tanpa rujukan yang berlebihan. Data awal menunjukkan bahwa Puskesmas Bombana telah mencapai RRNS sebesar 1,23%, sehingga telah memenuhi standar KBK yang ditetapkan. Namun, capaian tersebut belum diikuti oleh indikator lain, karena AK masih berada pada angka 60,51 per mil dan RPPT hanya 1,17%, yang keduanya masih jauh di bawah target nasional. Kondisi ini menunjukkan adanya ketimpangan dalam pelaksanaan

KBK, terutama antara fungsi pengendalian rujukan dan fungsi pelayanan primer yang bersifat promotif, preventif, serta pengelolaan penyakit kronis. Dengan demikian, keberhasilan pada satu indikator belum cukup untuk menyatakan bahwa kinerja pelayanan primer telah optimal.

Efektivitas sistem rujukan berjenjang tidak dapat dipisahkan dari ketercapaian ketiga indikator KBK secara simultan. RRNS yang terkendali memang menunjukkan bahwa puskesmas mampu menjalankan sebagian fungsi gatekeeper, yaitu menahan rujukan non-spesialistik agar tetap ditangani di layanan primer (Ardhiasti & Setiawan, 2019). Akan tetapi, rendahnya AK mengindikasikan bahwa intensitas kontak antara peserta JKN dan tenaga kesehatan masih terbatas, sehingga peluang intervensi promotif dan preventif belum dimanfaatkan secara maksimal. Di sisi lain, rendahnya RPPT menandakan bahwa pengelolaan penyakit kronis melalui program Prolanis belum berjalan efektif, padahal aspek ini merupakan komponen penting dalam pelayanan primer yang berkelanjutan. Situasi tersebut menimbulkan paradoks pelayanan, yaitu rujukan relatif terkendali, tetapi kualitas dan cakupan pelayanan primer secara komprehensif belum mencapai standar yang diharapkan. Oleh karena itu, analisis KBK perlu dilakukan secara terintegrasi, bukan hanya berfokus pada satu indikator kinerja.

Permasalahan implementasi KBK di Puskesmas Bombana dipengaruhi oleh hambatan yang bersifat multidimensional. Secara geografis, Kabupaten Bombana memiliki karakter wilayah dataran dan kepulauan, sehingga akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dan transportasi rujukan sering kali menjadi kendala utama. Dari sisi sumber daya, keterbatasan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan menyebabkan beban kerja tinggi, yang pada akhirnya memengaruhi mutu pelayanan dan kesinambungan pemantauan pasien. Selain itu, praktik permintaan rujukan atas inisiatif pasien (self-referral) tanpa melalui evaluasi medis yang memadai di FKTP turut melemahkan efektivitas sistem rujukan berjenjang. Hambatan lain juga muncul pada aspek sarana dan prasarana, terutama keterbatasan infrastruktur komunikasi medis antara FKTP dan FKRTL yang mengganggu koordinasi rujukan serta tindak lanjut pasien (Mukti & Winarso, 2020; Ardhiasti et al., 2021). Temuan empiris ini menunjukkan bahwa pencapaian indikator KBK tidak hanya ditentukan oleh kompetensi klinis tenaga kesehatan, tetapi juga sangat bergantung pada dukungan sistem, tata kelola, dan infrastruktur pelayanan.

Kajian tentang implementasi KBK di Indonesia selama ini masih lebih banyak berfokus pada puskesmas di wilayah perkotaan dengan akses layanan yang relatif lebih baik. Sementara itu, studi yang secara khusus menelaah KBK di daerah dengan karakteristik geografis dan sosial yang kompleks, seperti Kabupaten Bombana, masih terbatas. Padahal, kondisi wilayah kepulauan dan keterbatasan sumber daya memerlukan

pendekatan implementasi yang lebih kontekstual agar indikator kinerja dapat dicapai secara realistis dan berkelanjutan. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja dalam meningkatkan efektivitas sistem rujukan dan kinerja pelayanan primer, dengan fokus pada capaian RRNS, AK, dan RPPT di Puskesmas Kabupaten Bombana. Analisis ini diharapkan mampu mengidentifikasi hambatan struktural, pola rujukan, dan dampaknya terhadap mutu pelayanan kesehatan primer. Hasil penelitian juga diharapkan menjadi dasar perumusan rekomendasi kebijakan untuk memperkuat fungsi puskesmas sebagai garda terdepan sistem pelayanan kesehatan berjenjang di wilayah dengan tantangan geografis dan sumber daya terbatas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif non-eksperimental dengan pendekatan deskriptif untuk menggambarkan capaian indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Puskesmas di Kabupaten Bombana. Pelaksanaan penelitian berlangsung pada periode Januari sampai Juni 2024 dengan fokus pada analisis data kinerja layanan primer. Pendekatan deskriptif dipilih karena penelitian ini tidak melakukan intervensi, tetapi menilai kondisi yang telah terjadi berdasarkan data capaian indikator KBK. Melalui pendekatan ini, penelitian diarahkan untuk mengevaluasi implementasi KBK secara faktual dan sistematis di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan primer. Indikator yang dianalisis meliputi Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Unit analisis dalam penelitian ini adalah Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang menerapkan sistem KBK di Kabupaten Bombana.

Definisi operasional dalam penelitian ini mengacu pada tiga indikator utama KBK yang digunakan sebagai ukuran kinerja Puskesmas. Angka Kontak (AK) didefinisikan sebagai jumlah peserta JKN yang melakukan kontak dengan tenaga kesehatan di FKTP minimal satu kali dalam satu tahun, yang dinyatakan per 1.000 peserta, dengan target nasional minimal 150 per mil. Perhitungan AK dilakukan dengan rumus jumlah peserta yang berkunjung dibagi total peserta terdaftar, kemudian dikalikan 1.000. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS) adalah persentase kasus non-spesialistik yang dirujuk dari FKTP ke FKRTL dibandingkan dengan total kunjungan di FKTP, dengan target maksimal 2 persen. RRNS dihitung dengan membagi jumlah rujukan kasus non-spesialistik dengan total kunjungan FKTP, kemudian dikalikan 100 persen. Sementara itu, Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) adalah persentase peserta Prolanis dengan kondisi terkendali dibandingkan total peserta Prolanis terdaftar, dengan target minimal 5 persen, yang dihitung melalui jumlah peserta Prolanis terkendali dibagi total peserta Prolanis lalu dikalikan 100

persen.

Populasi penelitian ini mencakup seluruh Puskesmas di Kabupaten Bombana yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan menerapkan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja pada periode penelitian. Selain unit fasilitas, populasi juga mencakup seluruh data capaian indikator KBK yang tersedia pada masing-masing Puskesmas. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah total sampling, yaitu seluruh Puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan ke dalam analisis. Metode ini dipilih karena jumlah populasi terbatas dan setiap Puskesmas memiliki relevansi langsung terhadap tujuan penelitian, sehingga analisis seluruh populasi memberikan gambaran yang lebih komprehensif. Kriteria inklusi meliputi Puskesmas dengan kontrak aktif BPJS Kesehatan, telah menerapkan KBK, serta memiliki data AK, RRNS, dan RPPT yang lengkap dan terverifikasi. Adapun kriteria eksklusi mencakup Puskesmas dengan data indikator yang tidak lengkap atau tidak dapat diverifikasi, serta Puskesmas yang sedang mengalami transisi kebijakan atau perubahan sistem administrasi KBK yang menyebabkan data tidak konsisten.

Penelitian ini menggunakan data sekunder resmi yang diperoleh dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang Bombana dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bombana. Dari BPJS Kesehatan, data utama yang dikumpulkan berupa laporan capaian indikator KBK Puskesmas periode Januari sampai Juni 2024, yang meliputi AK, RRNS, dan RPPT pada setiap Puskesmas. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bombana, data pendukung yang digunakan mencakup profil Puskesmas, jumlah peserta JKN terdaftar, jumlah tenaga kesehatan, pelaksanaan program Prolanis, dan data sistem rujukan berjenjang. Pengumpulan data dilakukan melalui mekanisme permintaan resmi kepada instansi terkait dengan menggunakan surat izin penelitian. Setelah data diterima, peneliti melakukan pemeriksaan kelengkapan, konsistensi, dan validitas data sebelum masuk ke tahap pengolahan. Proses verifikasi ini penting untuk memastikan bahwa analisis yang dilakukan didasarkan pada data yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif untuk menggambarkan capaian indikator KBK dan variasinya antar Puskesmas di Kabupaten Bombana. Tahap awal analisis adalah tabulasi data AK, RRNS, dan RPPT per Puskesmas dalam bentuk tabel dan grafik agar pola capaian lebih mudah dibaca. Selanjutnya, dilakukan perhitungan ukuran pemusatan dan sebaran sederhana, yaitu nilai rata-rata, median, serta rentang minimum dan maksimum untuk setiap indikator. Hasil capaian tersebut kemudian dibandingkan dengan standar nasional KBK yang ditetapkan BPJS Kesehatan, yaitu AK minimal 150 per mil, RRNS maksimal 2 persen, dan RPPT minimal 5 persen. Selain itu, dilakukan analisis deskriptif naratif untuk menjelaskan pola capaian, mengidentifikasi Puskesmas dengan kinerja relatif tinggi dan rendah, serta menafsirkan faktor-faktor yang

memengaruhi implementasi sistem rujukan dan pencapaian indikator berdasarkan data pendukung. Seluruh proses tabulasi, visualisasi, dan analisis statistik deskriptif dilakukan dengan bantuan perangkat lunak Microsoft Excel 2019.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN
Hasil Penelitian

Karakteristik Puskesmas dan Implementasi KBK

Penelitian ini melibatkan seluruh Puskesmas di Kabupaten Bombana yang menerapkan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada periode Januari sampai Juni 2024. Total unit analisis sebanyak 22 Puskesmas, dan seluruhnya memiliki kontrak aktif dengan BPJS Kesehatan pada periode penelitian. Seluruh Puskesmas yang dianalisis juga memiliki data capaian indikator KBK yang lengkap dan dapat diverifikasi, sehingga memenuhi kriteria inklusi penelitian. Dengan demikian, analisis hasil penelitian ini menggambarkan kondisi implementasi KBK pada tingkat kabupaten secara menyeluruh. Fokus hasil penelitian mencakup pelaksanaan sistem rujukan, kendala implementasi, capaian indikator KBK, serta distribusi penyesuaian kapitasi yang diterima Puskesmas.

Pelaksanaan Sistem Rujukan di Puskesmas Kabupaten Bombana

Evaluasi pelaksanaan sistem rujukan dilakukan terhadap delapan aspek utama yang mengacu pada pedoman sistem rujukan nasional. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pelaksanaan rujukan di Puskesmas Kabupaten Bombana belum sepenuhnya memenuhi standar pada seluruh aspek. Dari delapan aspek yang dianalisis, empat aspek (50%) telah sesuai dengan prosedur, sedangkan empat aspek lainnya (50%) masih belum sesuai. Aspek yang telah sesuai meliputi pemenuhan syarat merujuk pasien, pelaksanaan SOP/SPO stabilisasi emergensi, informed consent dan komunikasi pasien, serta penyediaan pendamping gawat darurat. Adapun aspek yang belum sesuai mencakup koordinasi dengan fasilitas kesehatan rujukan, perlengkapan ambulans, sistem komunikasi medis, dan dokumentasi administratif.

Tabel 1. Pelaksanaan Sistem Rujukan di Puskesmas Kabupaten Bombana

No	Aspek yang Dianalisis	Hasil Pelaksanaan	Kategori
1	Pemenuhan syarat merujuk pasien	Sudah sesuai prosedur	Sesuai
2	Pelaksanaan SOP/SPO stabilisasi emergensi	Dilakukan sesuai SOP/SPO	Sesuai
3	Informed consent dan komunikasi pasien	Umumnya dilakukan dengan baik	Sesuai
4	Koordinasi dengan fasilitas kesehatan rujukan	Belum dilakukan secara konsisten	Belum sesuai
5	Penyediaan pendamping gawat darurat	Selalu tersedia	Sesuai

6	Perlengkapan ambulans	Belum tersedia secara optimal	Belum sesuai
7	Sistem komunikasi medis	Tidak tersedia	Belum sesuai
8	Dokumentasi administratif (informed consent tertulis)	Belum lengkap	Belum sesuai

Kendala Implementasi Sistem Rujukan

Hasil identifikasi menunjukkan bahwa kendala implementasi sistem rujukan di Kabupaten Bombana bersifat multidimensional dan didominasi oleh faktor struktural. Kendala utama yang ditemukan meliputi kondisi geografis dan akses wilayah, transportasi rujukan, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, serta sarana dan prasarana pelayanan. Karakteristik wilayah Bombana yang mencakup dataran, pesisir, dan kepulauan menyebabkan proses rujukan menjadi lebih sulit, terutama pada kasus yang memerlukan penanganan cepat. Selain itu, keterbatasan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan antar wilayah turut memengaruhi kelancaran pelayanan dan rujukan. Kendala biaya tambahan, termasuk biaya ambulans yang ditanggung pasien, juga menjadi faktor yang memengaruhi akses terhadap layanan rujukan.

Tabel 2. Kendala Implementasi Sistem Rujukan di Kabupaten Bombana

No	Kategori Kendala	Spesifikasi Masalah
1	Geografis dan akses	Jalan rusak, daerah terpencil, wilayah pesisir, dan kepulauan
2	Transportasi rujukan	Biaya mahal dan sulit, terutama di wilayah laut
3	Kekurangan SDM kesehatan	Terbatas secara kualitas dan kuantitas
4	Distribusi SDM	Tidak merata antarwilayah
5	Sarana dan prasarana	Kurang memadai untuk pelayanan kasus kompleks
6	Keterbatasan obat	Ketersediaan obat dan pengawasan belum mencukupi
7	Beban biaya tambahan	Pasien menanggung biaya ambulans

Angka Kontak (AK)

Capaian Angka Kontak (AK) Kabupaten Bombana dibandingkan dengan wilayah lain pada regional Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa Bombana berada pada posisi terendah. Nilai AK Kabupaten Bombana sebesar 60,51 per mil, sehingga belum memenuhi target nasional KBK yaitu minimal 150 per mil. Persentase capaian terhadap target nasional hanya 40,3%, dengan selisih -89,49 per mil dari target. Sebagai perbandingan, Kota Kendari telah melampaui target nasional dengan AK sebesar 204,43 per mil, sedangkan rata-rata regional masih berada di bawah target yaitu 97,34 per mil. Data ini menunjukkan bahwa frekuensi kontak peserta JKN dengan pelayanan primer di Kabupaten Bombana masih rendah dibandingkan wilayah pembanding.

Tabel 3. Perbandingan Angka Kontak (AK) Kabupaten/Kota di Wilayah Regional

Kab./Kota	Angka Kontak (%)	Kategori	Selisih dari Target (%)	Persentase Capaian (%)
Kota Kendari	204,43	Tercapai	+54,43	136,3
Kab. Bombana	60,51	Belum tercapai	-89,49	40,3
Rata-rata regional	97,34	Belum tercapai	-52,66	64,9
Target Nasional KBK	≥150	-	-	100

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS)

Capaian RRNS Kabupaten Bombana menunjukkan hasil yang memenuhi target nasional KBK. Nilai RRNS Kabupaten Bombana tercatat sebesar 1,23%, lebih rendah dari batas maksimum target nasional yaitu 2%. Capaian ini juga lebih baik dibandingkan rata-rata regional yang sebesar 2,04%, yang berarti rata-rata regional belum memenuhi target. Dengan demikian, dari sisi pengendalian rujukan kasus non-spesialistik, Puskesmas di Kabupaten Bombana menunjukkan capaian yang relatif baik. Data volume rujukan tambahan pada Agustus 2024 menunjukkan jumlah rujukan sebanyak 911 kasus.

Tabel 4. Perbandingan Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS)

Kab./Kota	RRNS (%)	Kategori	Selisih dari Target (%)
Kab. Bombana	1,23	Tercapai	-0,77
Rata-rata regional	2,04	Belum tercapai	+0,04
Target Nasional KBK	≤2	-	-

Tabel 5. Volume Rujukan Kabupaten Bombana (Agustus 2024)

Kab./Kota	Jumlah Rujukan
Kab. Bombana	911

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Capaian RPPT Kabupaten Bombana masih berada jauh di bawah target nasional KBK. Rata-rata RPPT Kabupaten Bombana sebesar 1,17%, sedangkan target nasional yang ditetapkan adalah minimal 5%. Persentase capaian terhadap target nasional sebesar 23,4%, dengan selisih -3,83% dari target. Jika dilihat berdasarkan jenis penyakit, RPPT pada peserta Diabetes Melitus (DM) sebesar 1,67% lebih tinggi dibandingkan peserta Hipertensi (HT) sebesar 0,68%. Dibandingkan rata-rata regional, capaian Bombana juga lebih rendah, meskipun selisihnya relatif kecil yaitu 0,33%.

Tabel 6. Perbandingan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Kab./Kota	RPPT DM (%)	RPPT HT (%)	Rata-rata RPPT (%)	Kategori	Selisih dari Target (%)	Persentase Capaian (%)
Kab. Bombana	1,67	0,68	1,17	Belum tercapai	-3,83	23,4
Rata-rata regional	2,22	0,78	1,50	Belum tercapai	-3,50	30,0
Target Nasional KBK	-	-	≥5	-	-	100

Distribusi Penyesuaian Kapitasi Puskesmas

Distribusi penyesuaian kapitasi menunjukkan bahwa sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Bombana belum mencapai kapitasi penuh. Mayoritas Puskesmas berada pada kategori penyesuaian kapitasi 90% dan 85%, dengan total 19 Puskesmas (86,3%). Hanya 1 Puskesmas (4,5%) yang memperoleh kapitasi 100%, yang menunjukkan seluruh indikator KBK tercapai. Sebanyak 2 Puskesmas (9,1%) memperoleh kapitasi 95%. Pola ini menggambarkan bahwa capaian indikator KBK pada sebagian besar Puskesmas masih berada pada tingkat menengah dan belum merata.

Tabel 7. Distribusi Penyesuaian Kapitasi Puskesmas Kabupaten Bombana

Kategori Penyesuaian Kapitasi	Jumlah Puskesmas	Persentase (%)
100% (semua indikator tercapai)	1	4,5
95%	2	9,1
90%	12	54,5
85%	7	31,8
Total	22	100

Ringkasan Hasil Utama

Secara umum, hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi KBK di Puskesmas Kabupaten Bombana memperlihatkan capaian yang bervariasi antarindikator. Indikator RRNS telah memenuhi target nasional, tetapi AK dan RPPT masih berada jauh di bawah standar KBK. Pada aspek sistem rujukan, separuh komponen pelaksanaan telah sesuai prosedur, sementara separuh lainnya masih memerlukan perbaikan, terutama pada koordinasi rujukan, komunikasi medis, dan dokumentasi administratif. Kendala implementasi didominasi oleh faktor geografis, transportasi, keterbatasan SDM, serta sarana dan prasarana. Kondisi tersebut tercermin pada distribusi penyesuaian kapitasi, di mana sebagian besar Puskesmas masih berada pada kategori 85% sampai 90%.

Pembahasan

Temuan utama penelitian ini menunjukkan adanya paradoks dalam implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Kabupaten Bombana. Meskipun indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS) telah memenuhi target nasional, yaitu 1,23 persen (kurang dari 2 persen), sebagian besar Puskesmas belum memperoleh kapitasi optimal. Sebanyak 86,3 persen Puskesmas masih berada pada kategori penyesuaian kapitasi 85 persen sampai 90 persen. Kondisi ini menegaskan bahwa pencapaian satu indikator tidak secara otomatis menghasilkan kinerja KBK yang optimal secara keseluruhan. Besaran kapitasi dalam skema KBK sangat ditentukan oleh ketercapaian indikator secara sinergis, yaitu Angka Kontak (AK), RRNS, dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Temuan ini sejalan dengan Maharani et al. (2021) dan Kusuma dan Wijayanti (2022) yang menunjukkan bahwa RRNS yang terkendali dapat terjadi bersamaan dengan rendahnya AK dan RPPT, sehingga menciptakan ilusi keberhasilan pelayanan primer.

Konteks geografis Kabupaten Bombana menjadi faktor penting yang memengaruhi pola capaian indikator KBK. Wilayah Bombana yang mencakup daratan, pesisir, dan kepulauan menimbulkan tantangan akses yang lebih kompleks dibandingkan wilayah perkotaan. Kondisi ini sejalan dengan temuan Putri et al. (2023) yang menegaskan bahwa karakteristik geografis berpengaruh signifikan terhadap implementasi KBK, terutama di wilayah kepulauan yang menghadapi hambatan lebih besar dalam pencapaian indikator. Kesulitan akses transportasi, keterbatasan infrastruktur komunikasi, dan distribusi SDM kesehatan yang tidak merata menjadi faktor yang memperberat pelaksanaan pelayanan primer. Dalam konteks ini, capaian RRNS yang baik perlu ditafsirkan secara hati-hati karena dapat dipengaruhi oleh keterbatasan akses masyarakat terhadap layanan, bukan semata-mata oleh kuatnya fungsi gatekeeper. Oleh karena itu, interpretasi indikator KBK di Bombana perlu mempertimbangkan konteks lokal agar penilaian kinerja lebih proporsional.

Capaian Angka Kontak (AK) Kabupaten Bombana sebesar 60,51 per mil merupakan temuan kritis karena hanya mencapai 40,3 persen dari target nasional. Jika dibandingkan dengan Kota Kendari yang mencapai 204,43 per mil, terlihat adanya kesenjangan yang sangat besar dalam pemanfaatan layanan primer. Temuan ini konsisten dengan Rahayu & Nugroho (2021) yang menunjukkan bahwa peningkatan jarak ke FKTP berhubungan dengan penurunan AK, dan wilayah kepulauan cenderung memiliki AK lebih rendah dibandingkan wilayah dengan infrastruktur memadai. Kondisi geografis seperti jalan rusak, wilayah pesisir, dan kepulauan menyebabkan akses fisik ke Puskesmas menjadi lebih sulit, terutama untuk layanan preventif dan pemantauan rutin. Selain itu, biaya transportasi yang tinggi juga menjadi hambatan ekonomi bagi peserta JKN untuk mengakses layanan secara teratur, sebagaimana juga ditemukan oleh Wulandari et al. (2023). Dengan demikian, rendahnya AK di Bombana

mencerminkan kombinasi masalah akses geografis dan hambatan sosial ekonomi dalam pemanfaatan layanan primer.

Selain faktor geografis, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan dan kelemahan sistem pencatatan turut memperburuk rendahnya AK. Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi SDM kesehatan di Bombana belum merata, sehingga beban kerja pada Puskesmas tertentu menjadi tinggi dan layanan luar gedung belum berjalan optimal. Kondisi ini sejalan dengan Handayani et al. (2022) yang menegaskan bahwa keterbatasan SDM di wilayah terpencil berdampak pada rendahnya ketersediaan layanan promotif dan preventif. Di sisi lain, Mukti & Winarso (2020) juga menunjukkan bahwa keterbatasan SDM dapat memengaruhi kualitas pencatatan pelayanan dalam sistem P-Care, sehingga sebagian kontak layanan tidak tercatat sebagai capaian KBK. Hal ini berarti AK yang rendah tidak hanya mencerminkan rendahnya interaksi pelayanan, tetapi juga berpotensi menggambarkan belum optimalnya sistem administrasi dan pelaporan. Dampak dari rendahnya AK bersifat multidimensional, karena selain menurunkan kapitasi, kondisi ini juga melemahkan fungsi promotif preventif dan meningkatkan risiko keterlambatan deteksi penyakit.

Pada aspek sistem rujukan, penelitian ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kepatuhan terhadap prosedur klinis dan kesiapan infrastruktur pendukung. Empat aspek telah berjalan sesuai prosedur, yaitu pemenuhan syarat merujuk pasien, stabilisasi emergensi, informed consent dan komunikasi pasien, serta penyediaan pendamping gawat darurat. Namun, empat aspek lainnya masih belum optimal, yaitu koordinasi dengan fasilitas rujukan, perlengkapan ambulans, sistem komunikasi medis, dan dokumentasi administratif. Pola ini sejalan dengan Pratiwi et al. (2022) yang menemukan bahwa banyak FKTP di wilayah Indonesia Timur sudah cukup baik dalam prosedur klinis, tetapi masih lemah pada dukungan sistem rujukan. Ketiadaan sistem komunikasi medis antara FKTP dan FKRTL menjadi hambatan penting karena dapat mengurangi kelengkapan informasi rujukan dan mengganggu kesinambungan perawatan, sebagaimana dijelaskan oleh Wijaya & Kusuma (2023). Dengan demikian, efektivitas sistem rujukan di Bombana belum dapat dinilai optimal meskipun sebagian prosedur klinis telah berjalan baik.

Capaian RRNS yang telah memenuhi target nasional perlu dibaca secara lebih kritis dalam hubungan dengan AK dan RPPT yang rendah. Secara administratif, RRNS sebesar 1,23 persen menunjukkan bahwa Puskesmas mampu menjaga rujukan non-spesialistik tetap berada di tingkat primer. Namun, jika AK sangat rendah, maka RRNS yang terkendali dapat pula mencerminkan rendahnya volume kunjungan atau under-utilization layanan, bukan semata mata efektivitas gatekeeper. Hal ini sejalan dengan Hidayat & Rahmawati (2022) serta Lestari et al. (2023) yang menjelaskan bahwa RRNS rendah pada wilayah dengan AK rendah berisiko terkait dengan under-diagnosis, delayed referral, dan meningkatnya komplikasi

penyakit kronis. Dalam penelitian ini, kondisi tersebut semakin diperkuat oleh temuan kendala transportasi rujukan, keterbatasan komunikasi medis, dan beban biaya tambahan yang ditanggung pasien. Oleh karena itu, RRNS yang baik di Bombana merupakan capaian penting, tetapi belum cukup untuk menandakan mutu pelayanan primer yang komprehensif tanpa perbaikan akses dan kontinuitas layanan.

Rendahnya RPPT sebesar 1,17 persen menunjukkan bahwa pengelolaan penyakit kronis melalui Prolanis di Kabupaten Bombana belum berjalan optimal. Nilai ini masih jauh di bawah target nasional 5 persen dan hanya mencapai 23,4 persen dari target, sehingga menjadi faktor penting yang menahan peningkatan kapitasi. Disparitas capaian antara peserta Diabetes Melitus (1,67 persen) dan Hipertensi (0,68 persen) mengindikasikan bahwa pengendalian hipertensi lebih sulit dicapai di tingkat primer, terutama pada wilayah dengan akses dan pemantauan yang terbatas. Faktor penyebabnya bersifat multifaktorial, yaitu rendahnya partisipasi peserta Prolanis, keterbatasan pemantauan rutin akibat beban kerja SDM, belum optimalnya pencatatan di sistem P-Care, dan lemahnya integrasi Prolanis dengan layanan promotif preventif berbasis komunitas. Kondisi ini sejalan dengan temuan Setyowati et al. (2022), Nurhayati & Pratama (2023), serta Sari et al. (2024) yang menekankan pentingnya kepatuhan pengobatan, kualitas pencatatan, dan integrasi komunitas dalam peningkatan RPPT. Dalam konteks KBK, rendahnya RPPT tidak hanya berdampak pada kapitasi saat ini, tetapi juga berpotensi meningkatkan risiko rujukan spesialisasi pada masa mendatang apabila penyakit kronis tidak terkendali.

Secara keseluruhan, pembahasan ini menegaskan bahwa ketiga indikator KBK memiliki hubungan sistemik dalam mendukung fungsi gatekeeper Puskesmas. Peningkatan AK melalui layanan promotif preventif, outreach, dan perbaikan akses merupakan prasyarat untuk memperkuat identifikasi kasus dan pemantauan peserta Prolanis, yang pada akhirnya akan meningkatkan RPPT. Jika RPPT meningkat, maka pengendalian penyakit kronis di tingkat primer akan lebih baik dan risiko rujukan ke FKRTL dapat ditekan secara berkelanjutan, sehingga RRNS tetap terjaga pada level optimal. Oleh karena itu, perbaikan implementasi KBK di Bombana tidak dapat dilakukan secara parsial, tetapi harus mencakup penguatan infrastruktur rujukan, pemerataan SDM kesehatan, perbaikan sistem pencatatan, dan adaptasi strategi layanan terhadap kondisi geografis kepulauan dan pesisir. Implikasi kebijakan yang paling relevan adalah perlunya pendekatan yang lebih kontekstual dalam penilaian dan pembinaan KBK di wilayah dengan hambatan akses tinggi. Dengan perbaikan yang terintegrasi, fungsi Puskesmas sebagai gatekeeper dapat berjalan lebih efektif, tidak hanya dalam mengendalikan rujukan, tetapi juga dalam menyediakan pelayanan primer yang proaktif, preventif, dan berkelanjutan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian, dapat disimpulkan bahwa implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Kabupaten Bombana telah berjalan, tetapi belum optimal dalam meningkatkan efektivitas sistem rujukan dan kinerja pelayanan primer secara menyeluruh. Temuan utama menunjukkan adanya paradoks capaian indikator, yaitu Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non-Spesialistik (RRNS) sudah memenuhi target nasional (1,23 persen), tetapi Angka Kontak (AK) (60,51 per mil) dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) (1,17 persen) masih jauh di bawah target, sehingga mayoritas Puskesmas (86,3 persen) hanya memperoleh penyesuaian kapitasi 85 persen sampai 90 persen. Pada aspek sistem rujukan, pelaksanaan prosedur klinis dasar sudah cukup baik, namun masih terdapat kelemahan penting pada koordinasi dengan fasilitas rujukan, sistem komunikasi medis, perlengkapan ambulans, dan dokumentasi administratif. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh hambatan struktural yang kuat, terutama faktor geografis wilayah daratan, pesisir, dan kepulauan, keterbatasan transportasi rujukan, distribusi SDM kesehatan yang belum merata, serta keterbatasan sarana prasarana dan sistem pencatatan. Rendahnya AK dan RPPT menunjukkan bahwa fungsi promotif, preventif, serta pengelolaan penyakit kronis di tingkat primer belum berjalan efektif, dan hal ini berpotensi mengganggu keberlanjutan pengendalian rujukan pada masa mendatang. Oleh karena itu, peningkatan kinerja KBK di Kabupaten Bombana memerlukan perbaikan yang terintegrasi melalui penguatan akses layanan, pemerataan SDM, penguatan infrastruktur rujukan dan komunikasi medis, optimalisasi pencatatan pelayanan, serta strategi pelayanan primer yang adaptif terhadap kondisi geografis lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiasti, A., & Setiawan, B. (2019). Analisis fungsi gatekeeper fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam era JKN. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 8(4), 178–186. <https://doi.org/10.22146/jkki.45621>
- Ardhiasti, A., Santoso, B., & Lestari, C. (2021). Hambatan dalam pemenuhan kapitasi berbasis kinerja di FKTP. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 10(2), 365–372. <https://doi.org/10.15294/kemas.v10i2.3452>
- Handayani, L., Kusuma, D., & Wijaya, M. (2022). Distribusi tenaga kesehatan dan implikasinya terhadap kualitas pelayanan primer di Indonesia Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 25(3), 112–124. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v25i3.4567>
- Hidayat, R., & Rahmawati, S. (2022). Paradox of performance indicators dalam implementasi kapitasi berbasis kinerja. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(3), 145–156. <https://doi.org/10.22146/jkki.67890>

- Kusuma, H., & Wijayanti, R. (2022). Implementasi kapitasi berbasis kinerja di puskesmas wilayah terpencil Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 23–35. <https://doi.org/10.15294/kemas.v18i1.3421>
- Lestari, P., Handayani, S., & Nugroho, A. (2023). Angka kontak rendah dan risiko underdiagnosed non-communicable diseases: Studi kohort di Nusa Tenggara Barat. *Indonesian Journal of Public Health*, 18(2), 201–214. <https://doi.org/10.20473/ijph.v18i2.2023.201>
- Maharani, D., Setiawan, P., & Kusuma, A. (2021). Evaluasi capaian indikator kapitasi berbasis kinerja di Kabupaten Malang. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 134–145. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i2.2021.134-145>
- Mukti, A., & Winarso, S. (2020). Pengaruh insentif terhadap peningkatan mutu layanan FKTP. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 45–53. <https://doi.org/10.20473/jaki.v8i1.2020.45-53>
- Nurhayati, E., & Pratama, D. (2023). Optimalisasi sistem pencatatan P-Care untuk meningkatkan akurasi penilaian indikator KBK. *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan*, 8(2), 78–89. <https://doi.org/10.24815/jsik.v8i2.2023.78>
- Pratiwi, S., Kusuma, H., & Lestari, D. (2022). Implementasi sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan tingkat pertama Indonesia Timur. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(1), 67–79. <https://doi.org/10.22146/jkki.65432>
- Putri, A., Santoso, R., & Wijaya, T. (2023). Pengaruh karakteristik geografis terhadap implementasi kapitasi berbasis kinerja di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 17(4), 289–301. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v17i4.6234>
- Rahayu, S., & Nugroho, A. (2021). Analisis faktor geografis terhadap angka kontak di fasilitas kesehatan tingkat pertama. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(3), 234–245. <https://doi.org/10.33846/sf12345>
- Sari, M., Handayani, P., & Kusuma, R. (2024). Efektivitas model Prolanis terintegrasi Posbindu PTM di wilayah kepulauan Maluku. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 27(2), 123–136. <https://doi.org/10.7454/jki.v27i2.2024.123>
- Setyowati, R., Lestari, P., & Wijaya, A. (2022). Pengelolaan hipertensi dan diabetes melitus di fasilitas kesehatan tingkat pertama: Tantangan di Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Penyakit Tidak Menular Indonesia*, 6(1), 45–57. <https://doi.org/10.32922/jptmi.v6i1.456>
- Wijaya, T., & Kusuma, D. (2023). Ketiadaan sistem komunikasi medis dan dampaknya terhadap koordinasi rujukan di Indonesia. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 19(1), 112–125. <https://doi.org/10.24815/jkk.v19i1.2023.112>
- Wulandari, P., Setiawan, A., & Rahmawati, D. (2023). Biaya transportasi kesehatan sebagai hambatan akses di wilayah kepulauan Papua Barat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Papua*, 5(2), 178–191. <https://doi.org/10.35508/jkmp.v5i2.2023.178>