

Persepsi *Stakeholder* Tentang Rancangan Model Kebijakan Insentif Pembayaran KBK dengan Indikator RPPT Pada FKTP di Medan

The Perceptions of Stakeholders on the Design of KBK Incentives with the RPPT Indicator at Primary Health Care Facilities in Medan

Susy Hartati Novintry Sitorus, Diah Ayu Puspendari

Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada

Email: susyhartatinovintrys@mail.ugm.ac.id

Tanggal submit: 27 Juni 2024; Tanggal penerimaan: 5 Februari 2025

ABSTRAK

Data BPJS per Desember 2023, FKTP yang mencapai kriteria rating 4 untuk indikator RPPT hanya 32%, untuk indikator Angka Kontak (AK) 42% dan indikator RRNS 83% dari total 273 fktk yang bekerja sama. Dengan kondisi data seperti di atas, harus ada faktor yang bisa memotivasi FKTP untuk menaikkan nilai KBK nya salah satunya dengan pemberian insentif. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi stakeholder tentang model KBK insentif dengan indikator penilaian RPPT di FKTP provider BPJS kesehatan cabang Medan. Persepsi stakeholder terkait rancangan model KBK insentif yaitu target nilai RPPT antara 5% sampai dengan 10% dengan pemberian insentif secara rating/ bertingkat, indikator intermediet untuk DM adalah Hba1c dan untuk Hipertensi adalah tekanan darah, pembayaran insentif diberikan kepada FKTP, dan dikelola untuk mendorong kegiatan-kegiatan prolans, serta pembayaran insentif haruslah rutin dan pasti.

Kata Kunci: *kapitasi; Diabetes Melitus; Hipertensi; insentif; pay of performance; prolans*

ABSTRACT

According to the BPJS' data until December 2023, there were only 32% of the primary care facilities reached the 4th rating criteria in RPPT indicator, 42% in Contact Number (AK) indicator, and 83% in RRNS indicator from 273 primary care facilities. Using the data above, there should be a motivating factor to encourage primary health care providers to achieve a better KBK score, such as incentives. This research aims to explore stakeholder perceptions of incentive-based KBK models with RPPT indicators in Primary Health Care in Medan. The perception of stakeholders on the design of the incentive KBK model is that RPPT value targets between 5% and 10% with the providing of incentives on a rating / level basis, the intermediate indicator for DM is Hba1c and for Hypertension is blood pressure, incentive payments are given to FKTP, and managed to support prolans activities, and incentive payments must be routinely and steadily.

Keywords: *capitation; Diabetes Mellitus; Hypertension; incentives; pay for performance; prolans*

PENDAHULUAN

Keberlanjutan program BPJS Kesehatan sangat bergantung pada dana yang diperoleh dari iuran peserta. Namun, sejak awal berdirinya BPJS Kesehatan, segmen peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) selalu menunjukkan tingkat kolektibilitas iuran yang paling rendah dibandingkan segmen lainnya. Data dari Sismonev DJSN 2023 menunjukkan bahwa hingga Desember 2023, jumlah peserta BPJS Kesehatan mencapai

267.331.566 jiwa dengan 53.769.378 jiwa berstatus tidak aktif. Dari jumlah tersebut, segmen PBPU memiliki 69.805.619 peserta, yang berkontribusi signifikan terhadap pendapatan iuran BPJS Kesehatan, namun masih terdapat kesenjangan besar dalam kolektibilitas iuran, di mana 76,8% peserta PBPU tidak aktif akibat tunggakan iuran.

Kinerja FKTP BPJS Kesehatan dinilai melalui indikator Angka Kontak (AK), Rasio

Rujukan non-Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT). Hasil dari 2 penilaian indikator ini menentukan besaran tarif kapitasi yang diperoleh oleh FKTP. Sistem penilaian eksisting sudah berjalan hampir 5 tahun. Sebelumnya pembayaran FKTP yang berlaku adalah dengan sistem pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan yang berlaku kurang lebih 2 tahun mulai dari tahun 2017 sampai dengan 2019. Setelah dilakukan monitoring dan evaluasi, maka di tahun 2019 dilakukan pembaharuan sistem pembayaran kapitasi yaitu dengan pembayaran KBK. Sistem yang sudah berjalan 5 tahun ini, idealnya sudah memerlukan evaluasi dan monitoring dalam pelaksanaannya di lapangan.

Sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019(1) , dalam pelaksanaan pembayaran KBK , dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaannya. Monitoring dan evaluasi beranggotakan *stakeholder* terkait dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan primer yang terdiri dari tim monitoring evaluasi kantor cabang, provinsi dan pusat. Dimana salah satu fungsi tim monitoring evaluasi pelaksanaan pembayaran KBK adalah memberikan rekomendasi dan usulan perbaikan program.

Dalam pelaksanaan sistem pembayaran KBK, FKTP menerima pembayaran kapitasi setiap bulan maksimal 100% dan minimal 85% untuk puskesmas , 95% untuk klinik Pratama/RS D Pratama dari norma kapitasi yang telah ditetapkan. Belum ada pemberian insentif bagi FKTP yang telah mencapai target KBK atau yang nilai KBK melebihi target yang ditentukan. Padahal dalam layanan kesehatan, insentif mengacu pada motivator yang mendorong peningkatan dan kualitas kinerja. Hal ini juga akan memudahkan evaluasi perubahan kebijakan yang diusulkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (2). Sedangkan disinsentif dapat berupa sesuatu yang bertindak sebagai pencegahan yang disengaja

atau tidak disengaja yang menghambat layanan. Ada 6 jenis insentif dan disinsentif yang dapat mendorong atau menghambat layanan primer yaitu, sikap dan keyakinan, pelatihan dan kompetensi inti, kepemimpinan, organisasi, keuangan, dan sistemik (3). Sampai saat ini Kebijakan KBK telah diimplementasikan dan berjalan dengan baik, meskipun ada beberapa kendala dalam pelaksanaannya. Penelitian terdahulu menyimpulkan bahwa target RPPT merupakan indikator yang paling sulit untuk dicapai oleh seluruh puskesmas di Kabupaten Nganjuk dibandingkan dengan 2 indikator lain. Hal ini disebabkan karena kegiatan Prolanis yang belum maksimal dan ada anggapan bahwa target RPPT terlalu tinggi (4). Kegiatan prolanis merupakan salah satu upaya untuk menurunkan prevalensi penyakit kronis dan mencegah penderita penyakit kronis seperti DM dan Hipertensi (HT) memasuki tahap komplikasi sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Peserta prolanis merasakan manfaat positif mengikuti kegiatan prolanis seperti penurunan tekanan darah setelah rutin mengikuti senam prolanis dan kadar glukosa darah menjadi lebih terkontrol (5). Dengan begitu pencapaian indikator RPPT memberikan dampak langsung pada peningkatan kualitas kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Selain dampak pada peserta JKN, juga berdampak pada faskes dan BPJS Kesehatan sebagai purchaser. Bila penatalaksanaan pada pasien DM dan HT efektif, ini akan sangat menguntungkan bagi pasien, bagi FKTP, dan bagi BPJS Kesehatan. Bagi pasien tentunya meningkatkan kualitas hidupnya, bagi FKTP penanganan peserta DM dan HT yang efektif akan menekan pengeluaran *resource* yang tidak perlu , dan bagi BPJS Kesehatan sangat menguntungkan dalam hal pengendalian biaya.

Hipertensi dan DM masuk dalam 20 teratas dari 100 diagnosa primer dengan kunjungan terbanyak pada RJTP tahun 2019.

Diagnosa sekunder untuk layanan RJTL pada tahun 2019 didominasi penyakit tidak menular yaitu hipertensi, gagal ginjal, diabetes dan jantung selalu konsisten mendominasi diagnosis sekunder tertinggi selama periode tahun 2015-2019. Distribusi diagnosis sekunder terbanyak pada layanan RITL tahun 2019 didominasi oleh hipertensi, kelahiran (termasuk operasi sesar), dispepsia, diabetes dan anemia. Penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal yaitu penyakit yang sering berhubungan dengan Hipertensi dan DM, menjadi penyakit katastropik dengan biaya tertinggi pada total biaya klaim JKN tahun 2019(6).

Dari data Utilisation Review FKTP yang rutin dilakukan di Kantor Cabang, per Desember 2023 BPJS Kesehatan Cabang Medan bekerja sama dengan 273 FKTP yang terdiri dari 167 Klinik swasta, 80 puskesmas, 18 klinik TNI/Polri, dan 8 Dokter Praktik Perorangan (DPP). Fktp yang mencapai kriteria rating 4 untuk indikator RPPT hanya 32% , untuk indikator Angka Kontak (AK) 42% dan indikator RRNS 83% dari total 273 fkt yang bekerja sama. Dengan kondisi data seperti di atas , harus ada faktor yang bisa memotivasi FKTP untuk menaikkan nilai KBK nya salah satunya dengan pemberian insentif. Besarnya *burden of disease* dari DM dan Hipertensi menjadi perhatian intens di BPJS Kesehatan. Bila dibandingkan dengan dua indikator yang lain, pencapaian RPPT merupakan performa FKTP yang paling tertinggal. Sementara penyakit DM dan Hipertensi merupakan akar masalah dari banyak penyakit. Bila kedua penyakit ini bisa dikelola dengan baik, maka hal ini akan sangat membantu sustainabilitas dana JKN. BPJS Kesehatan memiliki intensi untuk membuat suatu sistem pendamping kebijakan disinsentif untuk mendorong performa FKTP dalam mengelola pasien DM dan Hipertensi. BPJS Kesehatan sebelumnya sudah menetapkan formula untuk pemberian insentif sebagai pendamping kebijakan disinsentif (7). Sehingga perlulah dikaji formula mana yang *feasible* bagi FKTP.

Pencapaian indikator RPPT yang paling rendah perlu menjadi perhatian serius bagi para pemangku kepentingan. Indikator RPPT juga dianggap yang paling berdampak terhadap peningkatan status kesehatan individu secara langsung dibandingkan dengan 2 indikator yang lain, sebab indikator RPPT merupakan gambaran keefektifan terapi DM dan HT pada pasien yang terdiagnosis DM dan HT dengan melihat data KGD dan tekanan darah pasien tersebut. Untuk itulah FKTP perlu didorong dan dimotivasi untuk mencapai target RPPT. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi *stakeholder* terkait rancangan model Kebijakan Insentif pada pembayaran KBK sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi pasien prolans di FKTP BPJS kesehatan cabang Medan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitis. Peneliti menganalisis persepsi *stakeholder* terhadap rancangan model KBK insentif khusus penatalaksanaan DM dan hipertensi. Lokasi penelitian dilakukan di FKTP cabang Medan dan pengambilan data penelitian dilaksanakan mulai bulan Mei sampai dengan Juni 2024. Penelitian dilaksanakan setelah mendapat persetujuan dari komisi etik FKKMK UGM. Sumber data penelitian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui proses wawancara mendalam dengan stakeholder terkait, dan data sekunder diperoleh dari data BPJS Kesehatan. Informan penelitian dipilih dengan teknik purposive sampling yaitu kecenderungan peneliti untuk memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalah yang berkaitan dengan pembayaran KBK di FKTP. Wawancara terstruktur dilakukan pada 3 orang pimpinan puskesmas, 3 orang pimpinan klinik pratama, 2 orang dokter penanggung jawab prolans, 3 orang staf pemegang program, 1 orang dari Dinas

Kesehatan Kota Medan, dan 4 orang dari BPJS Kesehatan, total 16 responden.

Informan kunci dalam penelitian ini yaitu Pimpinan FKTP, dokter penanggung jawab prolanis, dan staf pemegang program prolanis. Informan tambahan yaitu Pimpinan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota Medan, serta staf Administrasi Klaim BPJS Kesehatan. Validitas data dilakukan dengan triangulasi sumber data, dimana pada penelitian ini melihat konsistensi jawaban dengan cara mewawancarai informan kunci dan informan tambahan. Triangulasi metode dengan menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan Prolanis, Edukasi kelompok, dan Home visit di Lokasi Penelitian

1. Faktor-faktor yang Terdapat dalam Situasi Sistem KBK

Prolanis merupakan suatu sistem yang memadukan antara pelaksanaan pelayanan kesehatan dan komunikasi bagi sekelompok peserta dengan kondisi penyakit tertentu melalui upaya penanganan penyakit secara mandiri dimana dalam hal ini adalah khusus untuk pelayanan bagi pasien yang menderita DM dan Hipertensi. Di FKTP kegiatan prolanis dilakukan sebagai upaya untuk pencegahan komplikasi berlanjut dan peningkatan status kesehatan masyarakat. Adapun kegiatan prolanis meliputi konsultasi medis, klub prolanis, *home visit*, dan skrining kesehatan (8).

“Biasanya setelah kami selesai senam prolanis, itu (dilakukan) edukasi...Pada saat pemeriksaan gula darah sambil diedukasi pasien itu, kita melakukan penyuluhan. Biasanya seperti itu. Setiap minggu berganti topik.”(R5)

Kegiatan Prolanis dan *Home visit* sudah dilaksanakan oleh FKTP di Cabang Medan. Kegiatan Prolanis yang merupakan salah satu program untuk pemeliharaan kesehatan bagi peserta DM dan Hipertensi sehingga tercapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan yang efektif dan efisien. Selain itu

tujuan dari FKTP melaksanakan kegiatan prolanis dan *home visit* yaitu untuk memenuhi capaian indikator kinerja dimana salah satunya adalah RPPT. Secara umum program prolanis memberikan tambahan *benefit* kepada peserta JKN melalui beberapa kegiatan rutin yang dilakukan yaitu konsultasi kesehatan (penyuluhan) setiap bulan, kegiatan kelompok yang didalamnya ada edukasi kelompok oleh dokter FKTP, kegiatan klub prolanis, *home visit*, pemeriksaan kadar gula darah, kontak melalui WA grup sebagai media untuk *reminder* peserta, dan pemeriksaan HBA1C per 6 bulan (Salamah et al., 2023). FKTP Cabang Medan memenuhi tanggung jawabnya salah satunya dengan melakukan kegiatan senam prolanis, edukasi, skrining kesehatan, dan *home visit* sehingga peserta yang menderita DM dan Hipertensi bisa terjaga KGD atau tekanan darahnya tetap stabil. Pemilihan tema edukasi yang sesuai dan bervariasi tentunya akan menambah minat dan pengetahuan kesehatan peserta prolanis. Dengan melakukan kegiatan prolanis rutin, FKTP dapat melakukan pemantauan terhadap status kesehatan peserta tersebut.

Output implementasi prolanis adalah mendorong peserta DM dan Hipertensi untuk mencapai kualitas hidup optimal, mencegah penyakit berkembang lebih buruk atau untuk menghindari komplikasi yang diakibatkan oleh penyakit tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Tanty et al.(2019) terdapat hubungan antara pasien prolanis dan non prolanis dengan kepatuhan dan kadar GDP, semakin tinggi tingkat kepatuhan mengikuti prolanis, maka *outcome* klinik akan semakin terkontrol dan sebaliknya semakin rendah tingkat kepatuhan, maka *outcome* klinik semakin tidak terkontrol (10). Pasien mengalami penurunan kadar glukosa darah puasa selama mengikuti 6 bulan program, kadar gula darah menjadi terkontrol. Hasil pemeriksaan kesehatan yang ditetapkan dalam panduan Prolanis, termasuk pemeriksaan tekanan darah dan gula darah, dapat digunakan untuk mengetahui status

kesehatan peserta. Fokus pelaksanaan prolanis adalah pemantauan status kesehatan, bukan banyak kegiatan yang dilakukan (5).

Selain kegiatan Prolanis yang berpusat di FKTP, kegiatan *home visit* juga penting untuk menjaga *outcome* klinis pasien tetap stabil. Kegiatan *home visit* secara proaktif yang dilakukan oleh petugas layanan kesehatan menyebabkan penurunan tekanan darah yang bermakna secara klinis di komunitas pedesaan di Bangladesh, Pakistan, dan Sri Lanka (11). FKTP Cabang Medan tentunya menghadapi tantangan dalam implementasi prolanis yaitu salah satunya karena padatnya kegiatan program lain yang pelaksanaannya bersamaan, sementara SDM di FKTP terbatas. Untuk mengatasi kendala ini, FKTP membentuk beberapa tim yang berkolaborasi dengan tim program lain. Dengan begitu, tim prolanis dapat berjalan bersamaan dengan tim program lansia yang dilaksanakan di puskesmas.

“Kadang-kadang bentrok pada waktu...banyak kegiatan lain berbarengan...SDM kita juga ya..terbatas.” (R9)

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketaatan pasien untuk ikut serta kegiatan prolanis yaitu pemahaman yang baik tentang instruksi prolanis, dukungan keluarga, kualitas interaksi antara pasien dengan tenaga medis di FKTP, keyakinan pasien bisa sembuh, dan sikap positif pasien terhadap upaya pencegahan/preventif (12). Hampir mirip dengan penelitian tersebut, kendala yang dihadapi FKTP di Cabang Medan yaitu mobilitas peserta untuk datang ke FKTP, kepatuhan peserta untuk aktif kegiatan prolanis, kepatuhan peserta untuk mengikuti edukasi dokter tentang pola hidup dan pola makan yang sehat, kesediaan peserta untuk meluangkan waktunya dalam kegiatan prolanis, kondisi kesehatan peserta itu sendiri yang memburuk, kendala dalam hal komunikasi sehingga peserta tidak bisa mendapat *update* kegiatan atau informasi dari

FKTP, dan kondisi jarak rumah peserta dengan FKTP. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (13) terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan pasien, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, dan tingkat keparahan yang dirasakan dengan pemanfaatan Prolanis. Pasien yang kondisinya lebih baik lebih banyak yang ikut prolanis.

“Kadang-kadang mereka kurang patuh kalau kita ajarkan mereka menjaga dietnya, pola hidupnya, supaya pola hidup sehat. Masih kurang menjaga pola dietnya, mereka masih susah...kalau dikatakan ada bandel.”(R8)

Ada juga faktor keengganan peserta untuk dirujuk ke rumah sakit, terutama untuk peserta yang kondisinya tidak stabil, kondisi kesehatan yang seharusnya ditangani oleh dokter spesialis di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Arifin et al. (2019) didapati pasien-pasien merasa sangat lelah karena faktor birokrasi di rumah sakit, pasien menunggu sampai sekitar 7 jam dimana mereka bahkan sudah berada di rumah sakit sejak jam 5 pagi untuk registrasi (14). Akibatnya peserta lebih memilih pengobatan di FKTP dan menerima obat DM atau Hipertensi tanpa evaluasi dari dokter spesialis terlebih dahulu. Kondisi-kondisi tersebut yang seharusnya memang ditangani oleh spesialis di FKRTL sangatlah baik jika kolaborasi penanganan antara FKTP dan FKRTL tetap terjaga, sehingga apabila pasien mendapat penanganan yang baik di FKRTL sampai pasien dianggap stabil, maka FKTP pun siap untuk menerima program rujuk balik dan menjaga pengobatan pasien di FKTP supaya tetap patuh dan dengan demikian kondisi pasien bisa stabil.

“Pemeriksaan HBA1C yang diadakan ada beberapa nilai pasien yang tinggi, kita anjurkan harusnya ke rumah sakit untuk mungkin ada pergantian obat dari rumah sakit... Tidak mau dengan alasan rumah sakit yang mengantri terlalu lama.”(R12)

Belum ada regulasi khusus dari daerah yang mengatur tentang pelaksanaan prolanis

di FKTP. Sampai saat ini FKTP mengelola sendiri pembiayaan kegiatan prolanis. Begitu juga dengan kegiatan *home visit*, puskesmas menyediakan dana *home visit* dari dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sedangkan klinik pratama menyediakan dana *home visit* dari dana kapitasi yang diperoleh setiap bulan. Apabila ada regulasi khusus di daerah yang mengatur pelaksanaan kegiatan prolanis dan diberikan anggaran khusus untuk kegiatan tersebut pastilah kegiatan prolanis dapat berkembang dan menjadi program yang menarik untuk dilaksanakan di FKTP.

“Kalau mengatur secara khusus tidak ada seperti... hanya dari BPJS itu...kalau dari Pemprov atau Pemda belum ada hanya kementerian ya untuk SPM itu....pembiayaan khusus atau penghargaan dari daerah tidak ada, remunerasinya tidak ada” (R5)

Pemerintah perlu meningkatkan investasi dan menyusun kebijakan untuk memperkuat fungsi FKTP sebagai sistem pelayanan kesehatan primer dengan tanggung jawab utamanya pencegahan dan penatalaksanaan penyakit kronik seperti Hipertensi dan penyakit infeksi menular. Perubahan sistem haruslah meliputi peningkatan kualitas pelatihan bagi dokter di FKTP, pembentukan akuntabilitas kinerja untuk memberikan insentif terhadap layanan berkualitas, integrasi pelayanan klinis dengan pelayanan kesehatan dasar masyarakat, dan penguatan koordinasi antara FKTP dan rumah sakit (15). Penguatan kapasitas sistem kesehatan lokal dan merancang intervensi yang mempertimbangkan kendala dari sisi pasien dan fasilitas kesehatan, adalah kunci untuk mencapai akses dan peningkatan penggunaan layanan kesehatan, melampaui indikator kinerja yang ditetapkan sehingga bisa melayani masyarakat secara lebih luas (16).

2. Faktor-Faktor Internal yang Mempengaruhi Stakeholder terhadap Rancangan Model KBK Insentif

Seluruh responden, baik dari FKTP maupun instansi Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, menyatakan setuju terhadap KBK Insentif untuk penatalaksanaan DM dan Hipertensi. KBK Insentif haruslah disusun dengan regulasi yang jelas dan dipahami bersama seluruh stakeholder sehingga bisa menjadi payung hukum yang kuat dalam pelaksanaannya di lapangan. Pembuat kebijakan harus mempertimbangkan monitoring prospektif dan evaluasi reformasi pembayaran untuk memastikan bahwa tujuan yang diharapkan tercapai, dan tentu saja bisa dilakukan koreksi di tengah proses implementasi kebijakan tersebut (17).

“Ya pada prinsipnya saya setuju ya untuk itu. Tapi memang harus adalah regulasi atau aturan yang jelas untuk pemberian insentif tersebut dan juga untuk tolak ukur penilaiannya yang memang mungkin ada tools untuk penilaian pemberian insentif. Karena insentif itu kan dampaknya biaya, kan harus ada tolak ukur ataupun tools bantu untuk bisa kita mengeluarkan biaya tersebut lah ya.”(R1)

Penelitian yang dilakukan oleh (18) menganalisis hubungan antara insentif dalam sistem PBS (Perfomanced based Salary) dengan kualitas pelayanan pasien DM dari perspektif continuity and coordination, didapatkan bahwa penilaian kinerja dan insentif terkait secara signifikan meningkatkan proses dan outcome kualitas pelayanan kesehatan pasien DM. Kurangnya insentif finansial di *Primary Health care* adalah salah satu penyebab buruknya kualitas pelayanan di *Primary Health care* (19). Dengan sikap yang positif terhadap KBK insentif, diharapkan bisa mendorong peningkatan kualitas pelayanan di FKTP.

“Menurut saya, saya setuju...Jadi kalau memang bisa diberikan insentif supaya petugas-petugas prolanis, dokternya juga bisa lebih giat untuk mengejar target yang

ditentukan... Bisa lebih serius dan termotivasi untuk penanganan pasien-pasien DM dan Hipertensi tadi...”(R5)

Indikator intermediet adalah indikator yang dipakai untuk melihat status kesehatan peserta DM dan Hipertensi, dalam hal ini indikator intermediet DM adalah KGD atau HBA1C, indikator intermediet Hipertensi adalah tekanan darah. Sampai saat ini untuk melihat status kesehatan pasien DM dan Hipertensi dilihat dari kadar KGD sewaktu dan tekanan darah.

FKTP tidak mengalami kesulitan untuk pemeriksaan KGD sewaktu dan tekanan darah, tetapi terkendala pada pemeriksaan KGD puasa atau KGD post prandial. Sementara sarana dan 10 prasarana untuk pemeriksaan KGD dan tekanan darah, semua responden menyatakan tidak ada kendala, sebab FKTP sudah menyiapkannya. Bahkan untuk pemeriksaan HBA1C, FKTP telah menjalin kerjasama dengan laboratorium penunjang. Pemantauan kadar gula terbukti memberi manfaat klinis pada pasien diabetes dan merupakan standar perawatan pasien. Pemantauan glukosa darah secara teratur telah dikaitkan dengan peningkatan kontrol glikemik pada pasien diabetes, frekuensi pengukuran KGD yang lebih sering dikaitkan dengan kadar HbA1c yang lebih rendah (20). Untuk pemeriksaan KGD puasa harus memastikan bahwa peserta yang akan diperiksa benar-benar puasa dan sesuai dengan durasi puasanya. Sebab jika tidak, tentunya hasil yang diperoleh nantinya jadi tidak sesuai.

Salah satu permasalahan yang juga dihadapi FKTP adalah peserta prolanis yang *lost to follow up*. Peserta prolanis yang *lost to follow up* disini artinya pasien DM atau Hipertensi yang sudah bergabung dalam prolanis sebelumnya, akan tetapi tidak pernah datang untuk kontrol lagi ke FKTP. Tentunya kondisi ini tidak baik bagi peserta itu sendiri apabila mereka tidak pernah lagi untuk melakukan pemeriksaan KGD atau tekanan darah. Dan tentunya pengobatannya juga pasti tidak berjalan sebagaimana seharusnya.

Peningkatan BMI, tidak patuh pada pola hidup sehat, dan tidak aktif terlibat dalam perawatan berbasis tim, merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan tidak tercapainya perbaikan tekanan darah dan gula darah puasa pada pasien-pasien yang menderita hipertensi dan DM bersamaan (21). Alasan-alasan peserta *lost to follow up* yang ada di data BPJS Kesehatan yaitu paling banyak karena tidak aktif kepesertaannya, kemudian karena meninggal dunia, pindah KTP, permintaan sendiri untuk keluar dari prolanis, dan karena pindah domisili. Ini masih yang terdata di BPJS Kesehatan. Akan tetapi sebenarnya masih banyak peserta prolanis yang *lost to follow-up* yang belum terdata oleh FKTP. Peserta prolanis yang di sistem BPJS Kesehatan masih terdata sebagai anggota prolanis tetapi tidak pernah datang kontrol ke FKTP akibat kondisi pasien yang semakin buruk, kesadaran pasien sendiri kurang untuk kembali kontrol ke FKTP, memilih pengobatan alternatif, atau karena faktor biaya transportasi untuk datang ke FKTP.

“Itu biasanya kalau pasiennya tidak terkontrol (KGD atau TD)...Jadi mereka mengambil rujukannya ke rumah sakit...biasanya yang dia sudah kena komplikasi stroke, nggak bisa ke sini gitu kan... Atau yang meninggal ,terus BPJS mandiri dia tidak bayar lagi”(R6)

Dari data BPJS Kesehatan Tabel 1, jumlah peserta prolanis yang *drop out* dari tahun 2019 sampai dengan 2023 total 6.665 peserta. Tahun 2019 jumlah peserta paling banyak yang *drop out* prolanis yaitu sebanyak 2.851 peserta. Kemudian berturut-turut tahun 2023 sebanyak 1.099 peserta, tahun 2022 sebanyak 1.045 peserta, tahun 2020 sebanyak 847 peserta dan tahun 2021 sebanyak 823 peserta. Paling banyak peserta yang *drop out* adalah karena tidak aktif kepesertaannya yaitu sebanyak 32%, kemudian karena meninggal dunia sebanyak 28%, pindah KTP sebanyak 23%, karena permintaan sendiri sebanyak 14% dan terakhir karena pindah domisili yaitu sebanyak 3%.

Tabel 1 Data Peserta *drop out* Prolanis

tglakhir_prolanis		2019	2020	2021	2022	2023	total
MEDAN	nmkcprol anis						
	Meninggal Dunia	270	270	400	452	464	1856
	Permintaan Sendiri	901	35	8	4	4	952
	Pindah Domisili	156	1	1	2	1	161
	Pindah FKTP	196	137	249	370	592	1544
	Tidak Aktif	1328	404	165	217	38	2152
Grand Total		2851	847	823	1045	1099	6665

Sumber : <https://ssbi.bpjs-kesehatan.go.id> 1

Untuk menangani permasalahan itu beberapa upaya yang dilakukan FKTP yaitu *home visit*, telepon peserta, atau mengingatkan melalui tetangga peserta. Melakukan kegiatan *home visit* berperan penting sebagai bagian dari *follow up care* terhadap pasien penderita penyakit DM dan Hipertensi karena dianggap kegiatan ini dapat memperkuat hubungan antara pasien dan dokter dan membantu dokter memahami budaya dan preferensi pasien, menambah pemahaman dan wawasan dokter. Kegiatan *home visit* tentunya bisa mencapai pasien-pasien yang sibuk di jam kerja, pasien-pasien dengan disabilitas (keterbatasan fisik), pasien yang keterbatasan ekonomi dan transportasi untuk ke FKTP, dan pasien yang tidak patuh pada pengobatannya (22)

"Kita bikin giliran...yang saya jelaskan tadi...Jadi ada 4 tim. Itu yang akan turun barengan dengan program lansia dan pemegang program."(R5) *"Kami telepon biasanya, atau WA. Kita kan ada WA grup."*(R8) *"Karena kan bertetangga itu rata-rata yang sudah rutin itu (kegiatan prolanis)..."*

Perlu dibuat model rancangan pemberian insentif kedepan supaya tepat sasaran dan tujuan tercapai. Model insentif haruslah dipertimbangkan yang bisa mendukung tujuan jangka panjang, bisa memberikan keadilan bagi semua pihak dan terutama bisa menjadi motivasi positif bagi pihak-pihak yang terlibat langsung dalam pencapaian target. Model insentif tersebut tentunya tidak terlepas dari kebijakan untuk

meningkatkan mutu dan kinerja faskes. Suatu kebijakan haruslah dibuat berdasarkan tujuan yang hendak dicapai, kebijakan yang baik pastilah memiliki tujuan yang juga baik dan memenuhi minimal tiga kriteria berikut yaitu diinginkan untuk dicapai, tujuan tersebut rasional atau realistis artinya bisa dicapai, dan berorientasi pada masa depan (23). Pemberian insentif melalui FKTP atau pemegang program harus mempertimbangkan efektifitas pengelolaan dana tersebut. Pemberian insentif yang rutin akan menjadi motivasi dan hal yang ditunggu-tunggu oleh FKTP dan tim pemegang prolanis. Kunci utama dalam skema pembayaran berbasis kinerja yaitu fokus pada bagaimana menggunakan uang dan terlebih lagi pembayaran tersebut haruslah digunakan untuk menghargai tenaga kesehatan, dimana secara intuitif dan teori, besaran insentif pastilah berpengaruh terhadap pemberian layanan kesehatan dan kinerja (24).

"Menurut aku tetap, karena kita ini kan mitra yang dengan faskes, tetap kita bayarnya itu kepada faskes. Karena gak mungkin kepada pelaksana program atau dokternya, dia bekerja tanpa ada sarpras pendukung. Jadi tetap harus ke faskes."(R2)

"Kalau bisa sih diserahkan langsung aja (pemegang program)...gak usah melalui FKTP ...Kenapa? Karena mungkin kalau melalui FKTP nanti...tau lah ya banyak aturan lagi nanti jadinya tidak tersampaikan... Jadi kalau menurut saya Lebih bagus langsung ke pemegang program...petugas yang

turun...dokter yang menangani atau penanggung jawabnya. Saya rasa itu lebih baik”(R5).

Target kinerja RPPT perlu dievaluasi lagi apakah memang target tersebut terlalu tinggi atau FKTP yang belum optimal dalam penatalaksanaan peserta DM dan Hipertensi. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Tri Cahyati et al.(2023), mayoritas informan penelitian tersebut menyatakan bahwa standar kinerja yang paling sulit dipenuhi setiap bulan adalah RPPT hal ini karena kegiatan Prolanis yang belum maksimal dilakukan oleh FKTP (4). Selain insentif finansial perlu juga dipertimbangkan pelatihan kepada SDM yang terlibat langsung dalam penatalaksanaan DM dan Hipertensi. Program pelatihan yang dibuat akan mendorong pegawai operasional FKTP untuk meningkatkan kinerja khususnya dalam penatalaksanaan peserta DM dan Hipertensi. Pelatihan merupakan proses pendidikan jangka pendek bagi karyawan operasional untuk memperoleh keterampilan operasional sistematis dan memenuhi prinsip-prinsip pelatihan yaitu partisipasi, repetisi atau berulang, relevansi, dan prinsip pengalihan pengetahuan dan keterampilan (23).

“Yang lain itu mungkin pelatihan ya...Saya harap ada pelatihan untuk dokter prolanis yang benar-benar kayak dilatih (menjadi) ekspert untuk pasien-pasien DM dan Hipertensi terutama untuk melatih si dokter ini bisa lebih cekatan memberikan edukasi ...mungkin itu .”(R5).

3. Faktor-Faktor dalam Rancangan Model KBK Insentif

Selain proses rekrutmen dan pembekalan, di tahap persiapan ini juga dilakukan *mapping* wilayah dan data oleh staf penagihan keuangan Kantor Cabang Yogyakarta. Mapping wilayah ini disesuaikan dengan wilayah tempat tinggal atau wilayah yang dikuasai oleh Kader JKN-KIS berdasarkan negosiasi dengan Kader JKN-KIS. Hal ini dengan harapan dapat mempermudah dalam proses kunjungan oleh

Kader JKN-KIS. Untuk *mapping* data peserta binaannya, staf penagihan Kantor Cabang Yogyakarta melakukan setiap bulan sekali tergantung data dari Kantor Pusat. Peneliti menemukan bahwa seharusnya data dilakukan update setiap bulan tetapi di Kantor Cabang Yogyakarta ini tidak semua peserta yang ada di dalam data tuntas dikunjungi oleh Kader JKN-KIS setiap bulannya dan biasanya Kader JKN-KIS sudah mempunyai list data sendiri sehingga untuk *mapping* data dikembalikan ke masing-masing Kader JKN-KIS.

Model KBK insentif juga mempertimbangkan indikator intermediate sebagai penilaian efektifitas penatalaksanaan pasien DM dan Hipertensi. Sebagian besar responden setuju HbA1c adalah indikator yang terbaik untuk menilai keberhasilan penatalaksanaan DM dan pengukuran tekanan darah untuk menilai keberhasilan penanganan pasien hipertensi. Menurut Shubrook & Pfothenauer (2022) nilai HbA1c memprediksi nilai rata-rata glukosa darah selama 2-3 bulan terakhir. Indikator ini merupakan nilai referensi yang valid untuk menilai kadar glukosa dan resiko terjadinya komplikasi pada pasien Diabetes Melitus tipe 1 dan 2 (25). Jika indikator penatalaksanaan DM adalah HbA1c maka perhitungan insentif harus menyesuaikan dengan pemeriksaan HbA1c yaitu paling cepat setiap tiga bulan. Untuk penilaian penatalaksanaan pasien Hipertensi adalah tekanan darah yang bisa dilakukan kapan saja saat pasien kontrol ke FKTP.

“Sebenarnya kalau difasilitasi lebih bagus HBA1c, lebih tahu gambarannya 3 bulan...tapi berat dilakukan biayanya disini.”(R10) “Kalau DM HbA1c 6 bulan sekali kan...Kalau Hipertensi masih tekanan darah sih”(R7)

Faktor kontekstual perlu dipertimbangkan dalam merancang kebijakan insentif yang meliputi jumlah/besar insentif, tipe insentif, frekuensi pemberian insentif, dan kemungkinan penerimaan insentif (26). Faktor-faktor tersebut cenderung

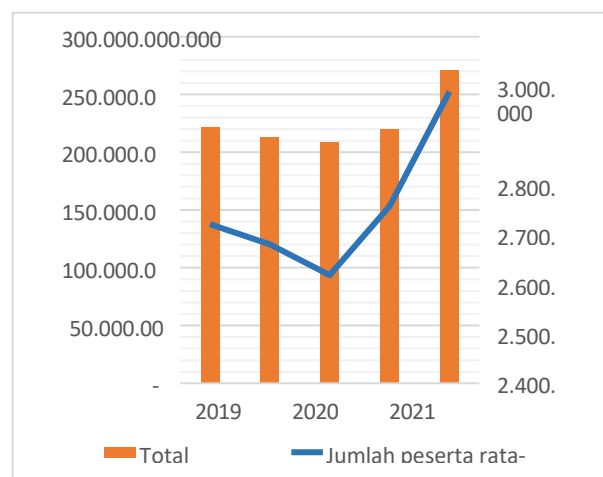
mempengaruhi perilaku dan keputusan klien yang dalam hal ini FKTP. Ukuran target kinerja RPPT saat ini adalah minimal 5%. Dengan mempertimbangkan nilai rata-rata RPPT per tahun yang dicapai, target ukuran kinerja RPPT haruslah wajar dan mampu dicapai. Dari hasil wawancara kepada responden, sebagian besar responden berpendapat bahwa untuk rancangan target insentif nilai RPPT antara 5% sampai dengan 10% dengan pemberian insentif secara rating/bertingkat. Dengan begitu FKTP akan berlomba-lomba untuk mencapai nilai RPPT lebih tinggi lagi.

“Kalau menurut saya, kalau memang ini mau lebih menarik, mungkin leveling, misalnya 5-6% itu sekian dapatnya, 6-7% terkendali, sekian dapatnya. Mungkin lebih baik seperti itu, jangan hanya stagnan, biar orang berupaya lebih baik dan 14 lebih baik lagi. Tidak sama lah, mungkin ada satu tempat yang bisa 10%, masa sama dengan orang yang hanya 6% gitu loh.”(R1)

Salah satu syarat indikator kinerja menurut Palmer yaitu feasibility yang artinya ukuran target kinerja harus merupakan harapan yang realistis dan dapat dicapai (27). Ukuran kinerja harus bisa diukur secara kuantitatif ataupun kualitatif dan dapat menggambarkan tingkat pencapaian sasaran dan tujuan organisasi, dan ukuran kinerja tersebut dapat digunakan untuk menunjukkan kemajuan kinerja hari demi hari. Menurut Mutia syarat yang harus dipenuhi dalam pengukuran kinerja yaitu fleksibel dan sensitif terhadap perubahan pelaksanaan dan juga efektif dalam arti datanya mudah diperoleh, diolah, dianalisis dengan biaya yang tersedia. Dan menurut Mulyadi syarat lain dari pengukuran kinerja haruslah mampu memberikan umpan balik untuk membantu mengenali masalah yang ada dan menemukan perbaikan-perbaikan. Penilaian kinerja tersebut harus mampu menghasilkan penilaian yang komprehensif (28).

“Yang 5 sampai 10 lah? Kalau lebih dari 10 ini payah kali kayaknya. Kayaknya malah nggak ada yang dapat gitu.”(R2)

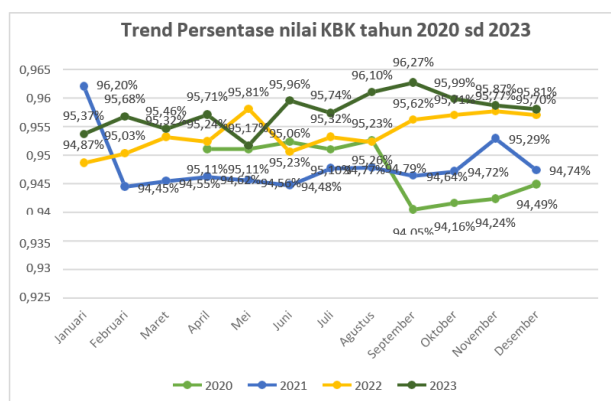
Jumlah peserta aktif yang terdaftar berkontribusi pada besaran kapitasi per bulan. Kondisi pandemi covid di tahun 2019 sampai dengan 2021 sangat mempengaruhi besaran kapitasi dan nilai KBK yang diperoleh oleh FKTP, dikarenakan turunnya jumlah peserta aktif di periode tersebut dan juga pembatasan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan langsung sehingga mempengaruhi pencapaian nilai KBK. Realisasi biaya kapitasi per tahun pada Gambar 1. terlihat penurunan di tahun 2020 dan 2021, dimana realisasi tahun 2019 sebesar Rp 221.491.958.137,00 turun menjadi Rp. 212.762.610.330,00 di tahun 2020 dan Rp. 208.264.032.585,00 di tahun 2021. Kemudian di tahun 2022 realisasi biaya meningkat mulai yaitu Rp. 220.031.168.560,00 walaupun masih lebih rendah bila dibandingkan dengan tahun 2019. Di tahun 2023 realisasi biaya kapitasi sebesar Rp. 270.597.028.071,00. Terjadi penurunan peserta aktif di masa pandemi Covid-19. Jumlah peserta aktif di tahun 2019 adalah sebanyak 2.721.122 jiwa, menjadi 2.680.695 jiwa di tahun 2020 dan 2.618.411 jiwa di tahun 2021. Namun di tahun 2022 jumlah peserta aktif mulai meningkat yaitu 2.757.974 jiwa di tahun 2022 dan meningkat lagi menjadi 2.989.167 di tahun 2023.



Gambar 1. Total Kapitasi dan jumlah Peserta

(Sumber : <https://ssbi.bpjs-kesehatan.go.id/>)

Gambar 2. memberikan gambaran rata-rata persentase nilai KBK seluruh FKTP per bulan pada periode tahun 2020 sampai dengan 2023. Data persentase nilai KBK sebelum april 2020 tidak dapat diidentifikasi atau tidak ditemukan, sehingga data yang bisa ditampilkan adalah data periode April 2020 sampai dengan Desember 2023. Persentase nilai KBK terendah yang diperoleh oleh FKTP Kantor Cabang Medan adalah 94,05% pada periode September 2020, dan persentase tertinggi adalah 96,27% pada periode September 2023.



Gambar 2. Rata-rata Persentase Nilai KBK
(Sumber : <https://ssbi.bpjs-kesehatan.go.id/>)

Capaian nilai KBK merupakan gambaran kinerja FKTP dalam penyelenggaraan

Tabel 2. Efektifitas Prolanis DM dan Hipertensi

nmkc	Year of bulanlayanan	Terdiagnosa HT	Prolanis HT	% peserta prolanis HT	Prolanis HT Diperiksa	persentase peserta yang	HT Terkendali	% peserta prolanis HT terkendali
MEDAN	2020	38.278	3.994	10,43%	3.599	90,11%	1.002	2,62%
	2021	67.542	5.321	7,88%	4.920	92,46%	2.477	3,67%
	2022	81.592	7.572	9,28%	6.781	89,55%	4.638	5,68%
	2023	96.688	9.176	9,49%	8.197	89,33%	5.561	5,75%
	rata-rata					90,36%		4,43%

nmkc	Year of bulanlayanan	Terdiagnosa DM	Prolanis DM	% peserta prolanis DM	Prolanis DM Diperiksa	persentase peserta yang diperiksa	DM Terkendali	% peserta prolanis DM terkendali
MEDAN	2020	19.575	4.490	22,94%	575	12,81%	481	2,46%
	2021	30.982	5.865	18,93%	990	16,88%	733	2,37%
	2022	36.742	7.365	20,05%	1.171	15,90%	719	1,96%
	2023	42.449	8.524	20,08%	1.612	18,91%	818	1,93%
	rata-rata					16,12%		2,18%

Sumber : <https://ssbi.bpjs-kesehatan.go. 2>

program JKN, sehingga bisa dikatakan jika nilai KBK rendah maka kinerja FKTP juga rendah. Nilai KBK juga mempengaruhi besaran pembayaran kapitasi yang diperoleh FKTP. Penelitian yang dilakukan oleh Augustian & Ayuningtyas (2023) juga mendapati terjadi penurunan nilai KBK FKTP di Wilayah Jakarta Timur pada periode 2020 sampai dengan 2021 dikarenakan penerapan PSBB yaitu pembatasan sosial berskala besar (29). Rasio peserta prolanis Hipertensi terkendali tiap tahun meningkat yaitu rata-rata 4,43% per tahun, tetapi rasio peserta prolanis DM terkendali malah menurun yaitu rata-rata 2,18% per tahun. Hal ini terjadi karena persentase pasien DM yang diperiksa juga rendah tiap tahun yaitu 16,12% per tahun, sementara pasien hipertensi yang diperiksa bisa mencapai 90,36% per tahun. Rendahnya persentase pasien DM yang diperiksa terjadi karena pembatasan pemeriksaan KGD pada pasien-pasien DM di FKTP sebab biaya pemeriksaan KGD lebih mahal dibandingkan dengan pemeriksaan tekanan darah, sehingga tidak bisa dilakukan berulang-ulang pada pasien yang sama. Berbeda dengan pemeriksaan tekanan darah yang bisa dilakukan kapan saja saat pasien datang kontrol.

Nilai rata-rata RPPT yaitu 3,30% adalah sangat jauh dari nilai minimal target kinerja yaitu 5%. RPPT merupakan salah satu indikator KBK yang paling sulit karena merupakan ukuran outcome, memerlukan proses yang lebih kompleks dan dipengaruhi oleh faktor lain di luar fasilitas kesehatan yaitu faktor dari peserta sendiri misalnya kepatuhan, perilaku, gaya hidup, dan faktor lingkungannya. Outcome merupakan hal yang ingin dicapai karena bukan hanya

berdampak pada individu tetapi juga berdampak pada tujuan program JKN dalam penanggulangan penyakit DM dan hipertensi, serta efektifitas pembiayaan penyakit katastropik akibat komplikasi DM dan hipertensi (29).

Tabel 3. Rata-rata Nilai RPPT 1

Tahun	% peserta prolansis HT terkendali	% peserta prolansis DM terkendali	RPPT
2020	2,62%	2,46%	2,54%
2021	3,67%	2,37%	3,02%
2022	5,68%	1,96%	3,82%
2023	5,75%	1,93%	3,84%
rata-rata	4,43%	2,18%	3,30%

KESIMPULAN

Tantangan pelaksanaan kegiatan prolansis yaitu SDM di puskesmas terbatas sementara banyak kegiatan program lain yang harus dilaksanakan, faktor dari peserta misalnya kepatuhan pola hidup sehat, faktor pemahaman peserta terhadap penyakitnya dan penatalaksanaannya, mobilitas peserta prolansis untuk datang aktif kegiatan prolansis di FKTP, faktor komunikasi untuk meng-update informasi-informasi dari kegiatan prolansis, dan faktor keengganan peserta untuk mendapat tatalaksana awal oleh dokter spesialis di rumah sakit. Sementara belum ada kebijakan khusus dari Pemerintah Daerah kota Medan yang mengatur tentang pelaksanaan prolansis di FKTP. Sampai saat ini FKTP mengelola sendiri pembiayaan kegiatan prolansis dan kegiatan *home visit*, puskesmas menyediakan dana *home visit* dari dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), sedangkan klinik pratama menyediakan dana *home visit* dari dana kapitasi yang diperoleh setiap bulan. Persepsi *stakeholder* terkait rancangan model KBK insentif yaitu target nilai RPPT antara 5% sampai dengan 10% dengan pemberian

insentif secara rating/ bertingkat, indikator intermediet untuk DM adalah Hba1c dan untuk Hipertensi adalah tekanan darah, pembayaran insentif diberikan kepada FKTP, dan dikelola untuk mendorong kegiatan-kegiatan prolansis, serta pembayaran insentif haruslah rutin dan pasti. Sementara pendapat stakeholder tentang indikator yang ideal untuk penatalaksanaan peserta DM adalah Hba1c karena mampu menilai rata-rata kadar gula darah 3 bulan terakhir dan memprediksi resiko terjadinya komplikasi, dan untuk indikator hipertensi adalah tekanan darah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Dr. Dra. Diah Ayu Puspendari, Apt., MBA., M.Kes. yang telah membimbing penelitian ini. Terimakasih juga kepada BPJS Kesehatan Cabang Medan dan Depwil I, Dinas Kesehatan kota Medan, Pimpinan Puskemas Sentosa Baru, Puskesmas Sei Agul, Puskesmas Helvetia, Klinik Pratama Dandy, Klinik Pratama Adisma, dan Klinik Pratama Citra Medika, serta kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2019 [cited 2024 Jun 26]; Available from: <https://peraturanpedia.id/peraturan-badan-penyelenggara-jaminan-sosial-kesehatan-nomor-7-tahun-2019/>
2. Pheakdey S, Chan N, Kolesar RJ, Chak C. Improving health service quality in the Kingdom of Cambodia: A policy perspective. *Asia Pacific Journal of Public Health* [Internet]. 2020 Nov 15;32(8):426–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539520957841>
3. Ashcroft R, Silveira J, Rush B, McKenzie K. Incentives and disincentives for the treatment of depression and anxiety: A scoping review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014 Jul 1;59(7):385–92.
4. Cahyati ST, Sandra C, Herawati YT. Implementasi kebijakan pembayaran kapitasi berbasis kinerja (KBK) di Puskesmas Kabupaten Nganjuk. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2023 Sep 3;12:168–77.
5. Purnamasari AT, Ningrum HD. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di masa pandemi COVID-19 pada FKTP di Kota Malang. *JKKI*. 2023 Jun;12:84–96.
6. DJSN, BPJS Kesehatan. *Statistik JKN 2015-2019: Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional*. 1st ed. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional; 2021. 84–137 p.
7. *Kajian Kebijakan Pembayaran Insentif dan Disinsentif Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada FKTP*. 2023.
8. Meiriana A, Trisnantoro L, Padmawati RS. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada penyakit hipertensi di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. *JKKI*. 2019;08(02):51–8.
9. Salamah S, Khafiyya AN, Ramadhani R, Arfiana MR, Syamsuri I, Faizah NN, et al. Outcomes of the Indonesian Chronic Disease Management Program (PROLANIS) in patients with hypertension during the COVID-19 pandemic in rural areas: A preliminary evaluation study. *Medical Science Monitor*. 2023 Apr 25;29.
10. Tanty HN, Anggriani Y, Saragi S. Pengaruh Prolanis terhadap outcome klinik pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Kecamatan Pulogadung. *Farmasains*. 2019 Apr;6.
11. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A community-based intervention for managing hypertension in rural South Asia. *New England Journal of Medicine*. 2020 Feb 20;382(8):717–26.
12. Harniati A, Suriah, Amqam H. Ketidakpatuhan peserta BPJS Kesehatan mengikuti kegiatan Prolanis di Puskesmas Rangas Kabupaten Mamuju. *JKMM*. 2018 Jan;1:1–6.
13. Purnamasari SM, Prameswari GN. Pemanfaatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis di Puskesmas. *HIGEIA*. 2020 Apr;2.
14. Arifin B, van Asselt ADI, Setiawan D, Atthobari J, Postma MJ, Cao Q. Diabetes distress in Indonesian patients with type 2 diabetes: A comparison between primary and tertiary care. *BMC Health Services Research*. 2019 Dec 30;19(1):773.
15. Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, et al. Quality of primary health care in China: Challenges and recommendations. *The Lancet*. 2020 Jun;395(10239):1802–12.
16. Anselmi L, Ohrnberger J, Fichera E, Nhassengo P, Fernandes QF, Chicumbe S. The impact of performance-based financing within local health systems: Evidence from Mozambique. *Health Economics*. 2023 Jul 27;32(7):1525–49.
17. Glazier RH, Green ME, Frymire E, Kopp

- A, Hogg W, Premji K, et al. Do incentive payments reward the wrong providers? A study of primary care reform in Ontario, Canada. *Health Affairs*. 2019 Apr;38(4):624–32.
18. Jin Y, Tian W, Yu Y, Pan W, Yuan B. Impact of pay-for-performance incentives for contracted family doctor service among primary healthcare providers on diabetes care in China. *Research Square*. 2021 Jun.
 19. Ma X, Wang H, Yang L, Shi L, Liu X. Realigning the incentive system for China's primary healthcare providers. *BMJ*. 2019 Jun 21;l2406.
 20. Zivojinovic AS. *Blood Glucose Monitoring*. In: *Basics of Hypoglycemia*. IntechOpen; 2022.
 21. Yu X, Li YT, Cheng H, Zhu S, Hu XJ, Wang JJ, et al. Longitudinal changes in blood pressure and fasting plasma glucose among 5,398 primary care patients with concomitant hypertension and diabetes: An observational study and implications for community-based cardiovascular prevention. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2023 Apr 3;10.
 22. Wang Y, Hu XJ, Wang HHX, Duan HY, Chen Y, Li YT, et al. Follow-up care delivery in community-based hypertension and type 2 diabetes management: A multi-centre, survey study among rural primary care physicians in China. *BMC Family Practice*. 2021 Dec 13;22(1):224.
 23. Tri Cahyati S, Sandra C, Tri Herawati Y. Implementasi kebijakan pembayaran kapitasi berbasis kinerja (KBK) di Puskesmas Kabupaten Nganjuk. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2023.
 24. Fardousi N, Nunes da Silva E, Kovacs R, Borghi J, Barreto JOM, Kristensen SR, et al. Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. *PLoS Medicine*. 2022 Jul 7;19(7):e1004033.
 25. Shubrook JH, Pfothenauer KM. Home blood glucose monitoring. *Osteopathic Family Physician*. 2022 Nov 30;14(6).
 26. Kranzer K, Simms V, Bandason T, Dauya E, McHugh G, Munyati S, et al. Economic incentives for HIV testing by adolescents in Zimbabwe: A randomized controlled trial. *The Lancet HIV*. 2018 Feb;5(2):e79–86.
 27. Kristiyanti M. Peran indikator kinerja dalam mengukur kinerja manajemen. *Majalah Ilmiah Informatika*. 2012;3(3).
 28. Riadi M. Pengukuran kinerja (pengertian, tujuan, syarat, indikator, model dan proses) [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 23]; Available from: <https://www.kajianpustaka.com>
 29. Augustian R, Ayuningtyas D. Analisis capaian kapitasi berbasis kinerja fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayah Jakarta Timur pada masa pandemi COVID-19. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*. 2023 Jul 20;8(7):5205–22.