**JURNAL**

**ANALISIS** **PEMAHAMAN DOKTER TENTANG KAPITASI DAN INDIKASI KEBUTUHAN MEDIS TERHADAP SISTEM RUJUKAN PASIEN JAMINAN KESEHATAN**

**NASIONAL (JKN) DI PUSKESMAS**

**KOTA CIMAHI**

**OLEH :
SRI WIDI YULIANTI**

**218020165**



**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN**

**FAKULTAS PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS PASUNDAN**

**BANDUNG**

**2025**

**ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pemahaman dokter di Puskesmas Kota Cimahi terkait mekanisme kapitasi dan indikasi kebutuhan medis dalam sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Studi ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan metode survei kepada dokter yang bertugas di Puskesmas, untuk mengevaluasi sejauh mana pemahaman mereka memengaruhi pengambilan keputusan rujukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman yang baik mengenai kapitasi dan indikasi medis dapat meningkatkan efisiensi rujukan, mengurangi beban fasilitas kesehatan tingkat lanjut, serta mendukung optimalisasi pelayanan kesehatan primer. Kesimpulan dari penelitian ini menegaskan pentingnya peningkatan edukasi bagi tenaga medis mengenai prinsip kapitasi dan sistem rujukan dalam JKN untuk mencapai pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

**Kata Kunci: Kapitasi, Sistem Rujukan, JKN, Dokter, Puskesmas, Kebutuhan Medis.**

**ABSTRACT**

This study aims to analyze the understanding of doctors in Puskesmas (Community Health Centers) in Cimahi City regarding the capitation mechanism and medical necessity indications within the patient referral system of the National Health Insurance (JKN). The study employs a descriptive approach using a survey method conducted among doctors at Puskesmas to evaluate how their understanding influences referral decision-making. The findings reveal that a good understanding of capitation and medical indications can improve referral efficiency, reduce the burden on advanced healthcare facilities, and support the optimization of primary healthcare services. The conclusion emphasizes the importance of increasing medical professionals' education on capitation principles and the referral system in JKN to achieve higher-quality healthcare services.

**Keywords: Capitation, Referral System, JKN, Doctors, Puskesmas, Medical Necessity.**

**ABSTRAK**

Panalungtikan ieu boga tujuan pikeun nganalisis pamahaman dokter di Puskesmas Kota Cimahi ngeunaan mékanisme kapitasi jeung indikasi kabutuhan médis dina sistem rujukan pasien Program Jaminan Kaséhatan Nasional (JKN). Panalungtikan ngagunakeun pendekatan deskriptif kalayan métode survei ka dokter-dokter anu tugas di Puskesmas, pikeun nalungtik kumaha pamahaman maranéhna mangaruhan kaputusan rujukan. Hasil panalungtikan nunjukkeun yén pamahaman anu hadé ngeunaan kapitasi jeung indikasi médis tiasa ningkatkeun efisiensi rujukan, ngurangan beban fasilitas kaséhatan tingkat lanjut, sarta ngadukung optimalisasi palayanan kaséhatan primér. Kasimpulan panalungtikan ieu nandakeun pentingna ningkatkeun edukasi ka tenaga médis ngeunaan prinsip kapitasi jeung sistem rujukan dina JKN pikeun ngahontal palayanan kaséhatan anu leuwih bermutu.

**Kecap Konci: Kapitasi, Sistem Rujukan, JKN, Dokter, Puskesmas, Kabutuhan Médis.**

**BAB I**

**Latar Belakang Penelitian**

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 pasal 34 ayat 2 yaitu menyebutkan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar kehidupannya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi World Health Organization (WHO)ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Usaha kearah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamskesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfrgamentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Untuk menagtasi hal tersebut, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program jaminan kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial.

Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. Untuk program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini memuat berbagai ketentuan pokok yang selanjutnya dijabarkan dalam berbagai petunjuk teknis sehingga diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) Kantor Cabang Cimahi meliputi wilayah kerja Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung Barat.

Tabel Jumlah Penduduk dan Luas Wilayah Kerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) Kantor Cabang Cimahi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama****Daerah Tingkat II** | **Jumlah Penduduk****(Jiwa)** | **Luas Wilayah** **(Ha)** |
| Kota Cimahi |

|  |
| --- |
| 566.220 |

 |

|  |
| --- |
| 4.036,00 Ha |

 |
| Kabupaten Bandung Barat |

|  |
| --- |
| 1.531.072 |

 |

|  |
| --- |
| 130.285 Ha |

 |
| **Total** |

|  |
| --- |
| **7.551.557** |

 |

|  |
| --- |
| **327.290 Ha** |

 |

Sumber: *Data Intern*

Tabel Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Cimahi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kecamatan** | **Nama****Fasilitas Kesehatan****Tingkat Primer****(Puskesmas)** | **Kepesertaan** |
| **PBI APBN** | **PBI APBD** | **Non PBI** | **Jumlah** |
| 1 | Cimahi Utara | Cimahi Utara | 12,151 | 4 | 11,253 | 23,408 |
| Pasirkaliki | 3,361 | 0 | 2,460 | 5,821 |
| Cipageran | 11,718 | 0 | 5,380 | 17,098 |
| Citeureup | 8,870 | 0 | 3,458 | 12,328 |
| 2 | Cimahi Tengah | Cimahi Tengah | 6,920 | 0 | 15,765 | 22,685 |
| Cigugur Tengah | 15,269 | 0 | 3,732 | 19,001 |
| Padasuka | 14,719 | 0 | 5,877 | 20,596 |
| 3 | Cimahi Selatan | Cimahi Selatan | 5,851 | 3 | 12,238 | 18,092 |
| Cibeureum | 13,550 | 3 | 5,585 | 19,138 |
| Melong Asih | 7,623 | 0 | 8,179 | 15,802 |
| Cibeber | 6,582 | 0 | 2,677 | 9,259 |
| Leuwigajah | 8,560 | 0 | 1,481 | 10,041 |
| Melong Tengah | 5,007 | 0 | 2,165 | 7,172 |
| **Jumlah** | **120,181** | **10** | **80,250** | **200,441** |

Sumber : *Data Intern*

Jumlah kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Cimahi ini jelas baru 35,40% yang sudah terdaftar menjadi kepesertaan, sedangkan sisanya sebanyak 64,60% pihak penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional dalam hal ini Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Pemerintah Kota Cimahi yaitu Dinas Kesehatan melalui promosi kesehatannya terus menerus mensosialisasikan dan merekrut kepesertaan hingga tercapai 100%.

Tabel Jumlah Penerimaan Pembiayaan Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Cimahi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Kecamatan** | **Nama Fasilitas Kesehatan****Tingkat Primer****(Puskesmas)** | **Jumlah Penerimaan** **(Rp.)** |
| 1 | Cimahi Utara | Cimahi Utara |  1,095,714,000  |
| Pasirkaliki |  255,702,000  |
| Cipageran |  792,174,000  |
| Citeureup |  560,706,000  |
| 2 | Cimahi Tengah | Cimahi Tengah |  1,053,210,000  |
| Cigugur Tengah |  895,950,000  |
| Padasuka |  963,900,000  |
| 3 | Cimahi Selatan | Cimahi Selatan |  836,622,000  |
| Cibeureum |  878,394,000  |
| Melong Asih |  634,080,000  |
| Cibeber |  422,922,000  |
| Leuwigajah |  471,456,000  |
| Melong Tengah |  366,240,000  |
| **Jumlah** |  **9,227,070,000**  |

Sumber : *Data Intern*,

Jumlah kunjungan pasien Jaminan Kesehatan (JKN) adalah sebanyak 92.446 kunjungan pasien atau setara dengan 46,13% dari jumlah kepesertaan. Kunjungan tertinggi terdapat pada Puskesmas Cimahi Selatan sebanyak 35.061 kunjungan pasien atau setara dengan 193,79% dari jumlah kepesertaan pada wilayah kerjanya atau setara dengan 17,49% dari jumlah kepesertaan seluruhnya. Sedangkan kunjungan terendah terdapat pada Puskesmas Pasirkaliki sebanyak 1.889 kunjungan pasien atau setara dengan 0,94% dari jumlah kepesertaan pada wilayah kerjanya atau setara dengan 32,45% dari jumlah kepesertaan seluruhnya. Maka dapat disimpulkan bahwa dengan jumlah kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tinggi tidak dapat dipastikan mendapatkan kunjungan tinggi begitu pula sebaliknya. Hal ini tergantung bagaimana setiap Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) dapat mengelola dana kapitasi ini untuk kegiatan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang ada di wilayah kerjanya dan dapat menekan jumlah kunjungan pasien.

Jumlah rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKNadalah sebanyak 76.152 rujukan pasien atau 27,13% dari jumlah pelayan dasar yang dilakukan di Puskesmas. Bila dilihat dari masing-masing Puskesmas maka Puskesmas Cimahi Tengah adalah Puskesmas tertinggi yang melakukan rujukan pasien yaitu sebanyak 15.210 rujukan pasien atau 46,54 % dari jumlah pelayanan dasar yang dilakukan. Sedangkan Puskesmas Melong Tengah adalah Puskesmas terendah yang melakukan rujukan pasien yaitu sebanyak 1.745 rujukan pasien atau 11,78% dari jumlah pelayanan dasar yang dilakukan. Hal ini tentunya harus dilihat kembali apakah dasar rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional ini telah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan atau tidak.

Tabel 10 Penyakit Terbanyak Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

|  |
| --- |
|  |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **BULAN** | **JUMLAH** |
| **Jan** | **Feb** | **Maret** | **April** | **Mei** | **Juni** | **Juli**  | **Agustus** | **September** | **Oktober** | **November** | **Desember** |  |
| 1 | Diabetes Melitus tidak Spesifik | 255 | 248 | 280 | 274 | 296 | 760 | 370 | 341 | 304 | 378 | 122 | 303 | **3.931** |
| 2 | Hipertensi Primer (esensial) | 317 | 274 | 259 | 253 | 271 | 604 | 393 | 327 | 225 | 385 | 102 | 287 | **3.697** |
| 3 | Stroke | 190 | 188 | 197 | 222 | 242 | 424 | 313 | 229 | 181 | 228 | 76 | 167 | **2.657** |
| 4 | HHD | 153 | 61 | 150 | 185 | 202 | 292 | 359 | 262 | 209 | 141 | 59 | 90 | **2.163** |
| 5 | Asma | 53 | 32 | 56 | 62 | 90 | 262 | 74 | 66 | 50 | 63 | 22 | 0 | **830** |
| 6 | Tuberkulosis | 79 | 0 | 69 | 52 | 116 | 204 | 63 | 62 |   | 70 | 20 | 91 | **826** |
| 7 | Osteoarthritis | 73 | 0 | 70 | 75 | 88 | 100 | 93 | 124 | 90 | 57 | 0 | 0 | **770** |
| 8 | Artritis | 52 | 58 | 0 | 88 | 62 | 0 | 0 | 85 | 0 | 0 | 23 | 86 | **454** |
| 9 | PJK | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 203 | 0 | 0 | 0 | 95 | 0 | 0 | **326** |
| 10 | CHD | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 136 | 0 | 0 | 52 | 0 | 33 | 49 | **310** |

Jumlah rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)dan tabel 7 penyakit terbanyak yang dirujuk dari pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tentulah hal ini sangat dipertanyakan mengingat tingginya pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dirujuk dengan diagnosa penyakit terbanyak adalah bagian dari penyakit yang seharusnya dilayani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau layanan primer.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian **“Analisis Pemahaman Dokter tentang Kapitasi dan Kebutuhan Indikasi Medis terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Puskesmas di Kota Cimahi”.**

**BAB II**

**KAJIAN PUSTAKA**

**Analisis**

Dalam Kamus Bahasa Indonesia Kontemporer karangan Peter Salim dan Yenni Salim (2002) menjabarakan analisis sebagai berikut :

1. Analisis adalah penyidikan terhadap suatu peristiwa (perbuatan, karangan dan sebagainya) untuk mendapatkan fakta yang tepat (asal usul, sebab, penyebab sebenarnya, dan sebagainya).
2. Analisis adalah penguraian pokok persoalan atas bagian-bagian, penelaahan bagian-bagian tersebut dan hubungan antar bagian untuk mendapatkan pengertian yang tepat dengan pemahaman secara keseluruhan.
3. Analisis adalah penjabaran (pembentangan) sesuatu hal, dan sebagainya setelah ditelaah secara seksama.
4. Analisis adalah proses pemecahan masalah yang dimulai dengan hipotesis (dugaan, dan sebagainya) sampai terbukti kebenarannya melalui beberapa kepastian (pengamatan, percobaan, dan sebagainya).

**Pemahaman**

Menurut kamus ilmiah popular, pemahaman berasal dari kata faham yang mendapat imbuhan pe- dan –an. Faham menurut bahasa artinya tanggap, mengerti, benar, pandangan, ajaran. Menurut Paul A.Partanto dan M. Dahlan Al Barry (2001) pemahaman didefiinisikan proses berpikir dan belajar. Dikatakan demikian karena untuk menuju kea rah pemahaman perlu diikuti dengan belajar dan berpikir.

Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia karangan W.J.S Porwadarminto (1991), pemahaman merupakan proses, perbuatan dan cara memahami. Menurut Winkel (1996), pemahaman merupakan kemampuan untuk menangkap makna dan arti dari bahan yang dipelajari. Sedangkan dalam taksonomi Bloom, kesanggupan memahami setingkat lebih tinggi dari pada pengetahuan, namun tidaklah berarti bahwa pengetahuan tidak dipertanyakan sebab untuk memahami, perlu terlebih dahulu mengetahui atau mengenal. Menurut Bloom dan Winkel (1996), pemahaman termasuk dalam klasifikasi ranah kognitif level 2 (dua) setelah pengetahuan.

Pengertian lain dari pemahaman adalah tingkatan kemampuan yang mengharapkan seseorang mampu memahami arti atau konsep, situasi serta fakta yang diketahuinya. Dalam hal inidia tidak sekedar hafal secara verbalitas, tetapi memahami konsep dari masalah atau fakta yang ditanyakan, maka operasionalnya dapat membedakan, mengubah, mempersiapkan, menyajikan, mengatur, menginterpretasikan, menjelaskan, mendemonstrasikan, memberi contoh, memperkirakan, menentukan dan mengambil keputusan (Ngalim Purwanto;1997).

**Dokter**

Menurut Standar Kompetensi Dokter Indonesia (2012), dokter adalah adalah seorang tenaga kesehatan (dokter) yang menjadi tempat kontak pertama pasien dengan dokternya untuk menyelesaikan semua masalah kesehatan yang dihadapi tanpa memandang jenis penyakit, organologi, golongan usia, dan jenis kelamin, sedini dan sedapat mungkin, secara menyeluruh, paripurna, bersinambung, dan dalam koordinasi serta kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, dengan menggunakan prinsip pelayanan yang efektif dan efisien serta menjunjung tinggi tanggung jawab profesional, hukum, etika dan moral. Layanan yang diselenggarakannya adalah sebatas kompetensi dasar kedokteran yang diperolehnya selama pendidikan kedokteran.

**Kapitasi**

Menurut Hendrartini (2005), konsep kapitasi (capitation concept system) adalah sebuah konsep atau sistem pembayaran yang memberi imbalan jasa pada “health provider” (Pemberi Pelayanan Kesehatan/ PPK) berdasarkan jumlah orang (capita) yang menjadi tugas atau kewajiban Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan untuk melayaninya, yang diterima oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangktan di muka (prepaid) dalam jumlah yang tetap, tanpa memperhatikan jumlah kunjungan, pemeriksaan, tindakan, obat dan pelayanan medic lainnya yang diberikan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) tersebut.

Menurut Thabrani (1998) dan Hendrartini (2007), dengan sistem kapitasi, PPK akan berusaha mencapai keuntungan semaksimal mungkin.

**Indikasi Kebutuhan Medis**

Tingkat kemampuan dokter dalam pengelolaan penyakit di dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia dikelompokkan menjadi 4 (empat) tingkatan, yaitu :

1. Tingkat kemampuan 1 (satu) : mengenali dan menjelaskan.
2. Tingkat kemampuan 2 (dua): mendiagnosis dan merujuk.
3. Tingkat kemampuan 3A (tiga A): bukan gawat Darurat.
4. Tingkat kemampuan 4 (empat) : mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

1. Tingkat kemampuan 4A (empat A), kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter
2. Tingkat kemampuan 4B (empat B), profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan/ atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB).

Pada Standar Kompetesi Dokter Indonesia (2012), dari 736 daftar penyakit terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan karena diharapkan dokter layanan primer dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Selain itu terdapat 275 keterampilan klinis juga yang harus dikuasai oleh lulusan program studi dokter. Selain 144 dari 726 penyakit, terdapat juga 261 penyakit yang harus dikuasai lulusan untuk dapat mendiagnosisnya sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan gawat darurat.

Kondisi saat ini, kasus rujukan ke layanan sekunder untuk kasus-kasus yang seharusnya dapat dituntaskan di layanan primer masih cukup. Berbagai factor mempengaruhi diantaranya kompetensi dokter, pembiayaan, dan sarana prasarana yang belum mendukung. Hal ini termasuk ke dalam kriteria 4A (empat A).

Dengan menekankan pada tingkat kemampuan 4A (empat A), maka dokter layanan primer dapat melaksanakan diagnosis dan menatalaksana penyakit dengan tuntas. Namun bila pada pasien telah teerjadi komplikasi, tingkat keparahan (severity of illness) 3 (tiga) ke atas, adanya penyakit kronis lain yang sulit dan pasien dengan daya tahan tubuh menuun, yang seluruhnya membutuhkan penanganan lebih lanjut, maka dokter layanan primer secara cepat dan tepat harus membuat pertimbangan dan memutuskan dilakukannya rujukan.

Melihat kondisi ini, diperlukan adanya panduan bagi dokter pelayanan primer yang merupakan bagian dari standar pelayanan dokter pelayanan primer. Panduan ini selanjutnya menjadi acuan bagi seluruh dokter pelayanan primer dalam menerapkan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat.

**Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan**

Sistem adalah kumpulan atau komponen yang saling berkaitan erat satu sama lain sehingga sulit untuk dipisahkan dalam upaya mencapai satu tujuan (Thaurany H, 1989). Sesuai Peraturan Meneteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, disebutkan bahwa sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan serta tmbal balik baik vertical maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan, dan seluruh fasilitas kesehatan.

Adapun ketentuan umum dalam sistem rujukan pelayan kesehatan, dijelaskan sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan, yaitu :
	1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama
	2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua
	3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga
2. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
3. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik
4. Pelayanan kesehata tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialistik atau dokter gigi sub spesialistik yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.
5. Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Peserta yang ingin mendaptkan pelayanan yang tida sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh pihak penjamin pelayan kesehatan.
7. Fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka pihak penjamin pelayanan kesehatan akan melakukan recredentialing terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada kelanjuttan kerjasama.
8. Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal.
9. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasab fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
10. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
11. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila :
	1. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspesialistik.
	2. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan.
12. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :
	1. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
	2. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut.
	3. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi, dan pelayanan jangka panjang.
	4. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan, dan/ atau ketenagaan.

**Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Seperti yang tertuang di dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi social yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari :

1. Regulator
2. Peserta program Jaminan Kesehtan Nasional (JKN)
3. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)
4. Badan Penyelenggara

**Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 mengatur segala sesuatu tentang Pusat Kesehatan Masyarakat ( Puskesmas).

**Kota Cimahi**

Menurut posisi geografisnya, Kota Cimahi terletak antara 1070 30’ 30” - 1070 34’ 30” BT dan 60 50’ 00” - 60 56’ 00” LS dan berada pada cekungan Bandung, yang merupakan inti dari wilayah Bandung Raya. Kota Cimahi berada di lintas jalan nasional yang menghubungkan Kota Bandung - Kota Jakarta; Jalan Tol Cileunyi-Purwakarta-Padalarang, serta jalur kereta api Bandung - Jakarta. Dengan melihat kedudukan geografis yang sangat strategis dan terletak di persimpangan jalur kegiatan ekonomi regional dan sebagai kota inti Bandung Raya yang berdampingan dengan ibu kota Provinsi Jawa Barat yang sangat dinamis, Kota Cimahi memiliki potensi pengembangan daerah sebagai pusat pelayanan jasa yang berbasis pada sumber daya manusia, terutama di bidang industri, pendidikan, perdagangan dan pariwisata.

Wilayah administrasi Kota Cimahi memiliki luas 40,2 Km2 yang terdiri dari 3 (tiga) kecamatan dan 15 kelurahan sebagaimana terlihat dalam Tabel berikut :

Tabel Luas Wilayah per Kecamatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Kecamatan** | **Luas** |
| 1 | Kecamatan Cimahi Selatan | 16,94 Km2 |
| 2 | Kecamatan Cimahi Tengah | 10,11 Km2 |
| 3 | Kecamatan Cimahi Utara | 13,32 Km2 |
|  | **TOTAL**  | **40,25 Km2** |

Batas-batas wilayah administrasi Kota Cimahi adalah sebagai berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Sebelah Utara
 | : | Kecamatan Parongpong; Cisarua dan Ngamprah - Kabupaten Bandung Barat. |
| * Sebelah Timur
 | : | Kecamatan Sukasari, Sukajadi, Cicendo dan Andir - Kota Bandung. |
| * Sebelah Selatan
 | : | Kecamatan Margaasih - Kabupaten Bandung dan Kecamatan Bandung Kulon - Kota bandung. |
| * Sebelah Barat
 | : | Kecamatan Padalarang dan Batujajar - Kabupaten Bandung Barat |

******

Gambar Peta Administrasi Kota Cimahi

**Kerangka Pemikiran**

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka, maka dapat disusun kerangka pemikiran penelitian sebagai berikut :

|  |  |
| --- | --- |
| Variabel BebasPemahaman Dokter Tentang Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (X1)Pemahaman Dokter Tentang Kebutuhan Indikasi Medis Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (X2) | Variabel TerikatSistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Y) |

Gambar Kerangka Pemikiran Penelitian

Sumber : diolah peneliti

**BAB III**

**METODOLOGI PENELITIAN**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersifat deskriptif dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan Exporative Analysis Study dengan time horizon datanya Cross-sectional yang mencerminkan gambaran dari suatu keadaan pada suatu saat tertentu.

Teknik pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuesioner yang diisi oleh dokter-dokter yang melakukan pelayanan primer pasien Jaminan Kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi. Peneliti melakukan uji validitas menggunakan Pearson Product Moment dan melakukan uji reliabilitas dengan Cronbach’s Alpha. Pada penelitian ini melibatkan unit observasi yaitu dokter-dokter yang melakukan pelayanan primer pasien Jaminan Kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi. Puskesmas di Kota Cimahi terdiri dari 13 Puskesmas yang tersebar di 15 Kelurahan dan 3 Kecamatan.

Populasi penelitian ini adalah dokter-dokter yang melakukan pelayanan primer pasien Jaminan Kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi. pada penelitian ini sampel adalah seluruh dari dokter yang bertugas melakukan pelayanan primer di Puskesmas Kota Cimahi.

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

**Pengaruh Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi**

Hipotesis statistik yang digunakan untuk menguji pengaruh Pemahaman Kapitasi terhadap Sistem Rujujan JKN adalah sebagai berikut :

H0 : ρyx2 = 0 Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak berpengaruh terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi

H1 : ρyx2 ≠ 0 Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berpengaruh terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi

Penentuan hasil pengujian (penerimaan/penolakan H0) dapat dilakukan dengan membandingkan thitung. Dari tabel t diperoleh nilai ttabel dengan db = 30-2 = 28 sebesar 2,051. Sedangkan dari Tabel dapat diperoleh nilai thitung untuk X1 adalah sebesar 0,189. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai thitung < ttabel sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi. Dari nilai koefisien jalur yang diperoleh dapat dihitung pengaruh secara tidak langsung dari Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi:

Pengaruh langsung X1 terhadap Y

 = PYX1.PYX1 = 0,189 x 0,189 x 100% = 3,57%

Pengaruh X1 terhadap Y karena ada hubungan dengan X2

 = PYX1.PX1X2.PYX2 = 0,189 x 0,522 x 0,817 x 100% = 8,06%

Total Pengaruh = 3,57% + 8,06% = 11,63%

Pengaruh langsung Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap sistem rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi tanpa memperhatikan indikasi medis diperoleh sebesar 3,57% dan Pemahaman Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap sistem rujukan pasien kesehatan JKN dengan mengkaitkan indikasi medis JKN di Puskesmas Kota Cimahi diperoleh sebesar 11,63%.

**Pengaruh Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Cimahi**

Hipotesis statistik yang digunakan untuk menguji pengaruh Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebagai berikut :

H0 : ρyx2 = 0 Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak berpengengaruh terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

H1 : ρyx2 ≠ 0 Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak berpengengaruh terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penentuan hasil pengujian (penerimaan/penolakan H0) dapat dilakukan dengan membandingkan thitung. Dari tabel t diperoleh nilai ttabel dengan db = 30-2 = 28 sebesar 2,051. Sedangkan dari Tabel 4. dapat diperoleh nilai thitung untuk X2 adalah sebesar 0,817. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai thitung < ttabel sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak berpengengaruh terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dari nilai koefisien jalur yang diperoleh dapat dihitung pengaruh secara tidak langsung dari Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):

Pengaruh langsung X2 terhadap Y

 = PYX2.PYX2 = 0,817 x 0,817 x 100% = 66,77%

Pengaruh X2 terhadap Y karena ada hubungan dengan X2

 = PYX2.PX1X2.PYX1 = 0,817 x 0,522 x 0,189 x 100% = 8,06%

Total Pengaruh = 66,77% + 8,06% = 74,83%

Pengaruh langsung Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tanpa memeperhatikan pemahaman kapitasi diperoleh sebesar 66,77% dan Indikasi Medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) jika dikaitkan dengan adanya pemehaman kapitasi diperoleh sebesar 74,83%.

**Pengaruh Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Pengujian pengaruh bersama-sama dilakukan dengan uji F. Jika nilai F tabel > Fhitung maka berarti variabel bebas secara bersama-sama mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat. Dari tabel F diperoleh nilai Ftabel dengan db1 = 2 dan db2 = 30-2-1 = 27 adalah sebesar 4,24.

Hipotesis yang diuji adalah sebagai berikut :

H0 : ρyx1x2 = 0 Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis Tidak berpengaruh Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

H1 : ρyx2 ≠ 0 Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis berpengaruh Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penentuan hasil pengujian (penerimaan/penolakan H0) dapat dilakukan dengan membandingkan Fhitung. Dari tabel F diperoleh nilai Ftabel dengan db1 = 2 dan db2 = 30-2-1 = 27 sebesar 4,24. Sedangkan dari Tabel dapat diperoleh nilai Fhitung adalah sebesar 375.236. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai Fhitung > Ftabel sehingga dapat disimpulkan bahwa secara bersama-sama terdapat pengaruh yang signifikan dari Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Besar pengaruh variabel independen terhadap dependen ditunjukkan oleh koefisien determinasi. Hasil nilai koefisien determinasi sebesar 0,965.

Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebesar koefisien determinasi (R square) pada yakni sebesar 96,5% dan sisanya sebesar 3,5% (100%-96,5%) dipengaruhi faktor lain yang tidak digunakan dalam penelitian.

 Dari keseluruhan penjelasan diatas maka pengaruh langsung dan tidak langsung masing-masing variabel Pemahaman Tentang Kapitasi dan Indikasi Medis Tehadap Sistem Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat dilihat dalam Tabel berikut:

**Tabel Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Antar Variabel**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Koefisien Jalur** | **Pengaruh langsung** | **Pengaruh Melalui** | **Total** |
| **Pemahaman Kapitasi** | **Indikasi Medis** |
| Pemahaman Kapitasi | 0,189 | 3,57% |   | 8,06% | 11,63% |
| Indikasi Medis | 0,817 | 66,77% | 8,06% |   | 74,83% |
| Total | 70,34% | 8,06% | 8,06% | 86,46% |

Dari data diatas dapat diihat bahwa pengaruh langsung pemahaman kapitasi terhadap sistem rujukan pasien Kesehatan JKN adalah sebesar 3,57% sementara pengaruhnya melalui indikasi medis sebesar 8,06% sehingga pengaruh totalnya sebesar 11,69%. Sedangkan pengaruh langsung indikasi terhadap sistem rujukan pasien Kesehatan JKN sebesar 66,77% sementara pengaruhnya melalui pemahaman kapitasi sebesar 8,06% sehingga pengaruh totalnya sebesar 74,83%.

**BAB V**

**KESIMPULAN**

* 1. Hasil analisis deskriptif mengenai pemahaman kapitasi menunjukkan bahwa secara keseluruhan variabel X1 yaitu Pemahaman Kapitasi yang diukur melalui Sembilan pernyataan, masuk dalam katagori PAHAM dan memiliki total skor keseluruhan 1.086 dengan rata-rata sebesar 120,67.
	2. Hasil analisis deskriptif mengenai indikasi medis menunjukkan bahwa secara keseluruhan variabel X2 yaitu indikasi medis yang diukur melalui lima belas pernyataan , masuk dalam katagori PAHAM dan memiliki total skor keseluruhan 1.815 dengan rata-rata sebesar 121.
	3. Hasil analisis deskriptif mengenai sistem rujukan JKN menunjukkan bahwa secara keseluruhan variabel Y yaitu sistem rujukan JKN yang diukur melalui sebelas pernyataan,masuk dalam katagori PAHAM dan memiliki total skor keseluruhan 1.334 dengan rata-rata sebesar 121,27.
	4. Hasil analisis verifikatif menunjukan bahwa antar variabel memiliki pengaruh yang signifikan, berdasarkan pada tabel 4.55 dapat dilihat pengaruh total antar variabel memiliki nilai 86,46%, pengaruh langsung antar variabel 70,34%

**SARAN**

1. Meningkatkan pemahaman tentang pemanfaatan dana kapitasi JKN karena masih ada 1 responden yang menjawab kurang paham
2. memahami besaran alokasi pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena masih ada 3 responden yang menjawab kurang paham
3. memahami penetapan dan pertimbangan pembagian jasa pelayanan kesehatan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non Kesehatan karena masih ada 5 responden yang menjawab kurang paham
4. memahami jumlah jasa pelayanan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dan tenaga non Kesehatan karena masih ada 3 responden yang menjawab kurang paham
5. memahami kebutuhan dan pengadaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai karena masih ada 3 responden yang menjawab kurang paham

**DAFTAR PUSTAKA**

Anas Sudijono, 1996, *Pengantar Statistik Pendidikan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Azrul A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI., 1996, *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta.

Barno, 1995, *Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam SJSN*, PDGI, Jakarta.

Bloom dan Winkel, 1996*, Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 1996, *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Pengertian dan Pelaksanaannya*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2001, *Profil Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Tahun 2000*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2000, *Pembinaan, Pengembangan, dan Pendorongan JPKM, Acuan Bagi Pembina*, Jakarta.

Feldstein P., 1979, **Health Care Economics**, Unites States of America.

Health Insurance Association of America (HIAA), 1995., *Managed Care Integrating The Delivery and Financing of Health Care*.

Ilyas Yoslis, 2000, *Fraud : Biaya Terselubung Pelayanan Kesehatan*.

Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition, An Asspen Publication*, Marryland.

Jacobs Phillips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care. Fourth Edition An Asspen Publication*. Marryland.

Murti Bhisma, 2000, *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Penerbit Kanisius. Yogyakarta.

Ngalim Purwanto, 1997, *Psikologi Pendidikan*, PT Remaja Rosdakarya, Jakarta.

Paul, 2001, *Kamus Ilmiah Popular*, Arkela TT, Surabaya.

Peter Salim dan Yenni Salim, 2002, *Kamus Besar Bahasa Indonesia Kontemporer, Jakarta Modern Press*, Jakarta.

Ronnie, Rivany, 1998/1999., DRG dan Casemix, *Reformasi Mikro Ekonomi di Industri Layanan Kesehatan Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia*, Jakarta.

Rully Indrawan dan Poppy Yaniawati. 2014. *Metodologi Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif dan Campuran untuk Manajemen, Pembangunan, dan Pendidikan. Penerbit Buku Refika Aditama*.Jakarta.

Santerre and Neun, 2000, *Health Economics : Theories, Insight and Industry Studies*, United States of America.

Stierle F ( GTZ ), 1999*. Basic Principles of The German Health Care System. International Seminar Health Insurance Development and Futher Development*, berlin.

Stierle F ( GTZ ), 2002*, Sejarah dan Prinsip-Prinsip Sistem Asuransi Kesehatan Sosial Jerman. International Seminar for Development Social Health Insurance System in Indonesia*, Yogyakarta.

Sulastomo, 2002, *Asuransi Kesehatan Sosial, Sebuah Pilihan, PT. Raja Grafindo Persada*, Jakarta.

Thabrany Hasbullah, 1998, *Pembayaran Kapitasi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, Jakarta.

W.J.S. Porwadarminta, 1991, *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Balai Pustaka, Jakarta.*

*WHO, World Health Report 2000, Health System Improving Performance*, Switzerland.