

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Amanat Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), telah ditetapkan 1 Januari 2014 sebagai awal program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 menjelaskan bahwa Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

Tujuan utama JKN adalah menyediakan layanan kesehatan yang bermutu bagi penduduk Indonesia tanpa hambatan finansial. Program JKN diberlakukan untuk memenuhi hak masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang layak dibutuhkan sepanjang hidup untuk hidup sehat dan produktif. Untuk mendapatkan haknya, setiap orang wajib membayar iuran dan bagi yang tidak mampu iurannya dibayar oleh pemerintah.

Penyelenggaraan layanan kesehatan dilakukan di fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan. Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta selama peserta mendapatkan manfaat pelayanan sesuai dengan haknya. Pelayanan gawat darurat dapat dimanfaatkan oleh peserta JKN-KIS di fasilitas kesehatan yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

2.1.2 Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu menurut *The Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria* (2008) dalam buku *a guide to using data for health care quality improvement* adalah kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan layanan maupun produk perawatan kesehatan sesuai dengan yang diinginkan.

Berdasarkan laporan oleh *WHO, Organization Economic Cooperation and Development* (OECD), dan bank dunia yang berjudul “*Delivering quality health services A global imperative for universal health coverage*” tahun 2018 menerjemahkan mutu dalam bentuk 7 dimensi antara lain *safety* (keamanan), *effectiveness* (efektifitas), *patient centeredness* (berpusat pada Peserta), *timeliness* (ketepatan waktu), *efficiency* (efisiensi), *equity* (keadilan), dan *integration* (integrasi).

Masalah mutu dilakukan dengan cara menganalisa dimensi mutu. *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2006 telah mengeluarkan dokumen “*Quality of Care: a Process For Making Strategic Choices in HealthSystem*” yang mengidentifikasi enam dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang perlu diwujudkan oleh setiap negara, yaitu pelayanan kesehatan yang:

1. Efektif
2. Efisien
3. Mudah diakses
4. Aman
5. Keadilan
6. Mengutamakan Peserta.

Berdasarkan laporan kedua yang dikeluarkan oleh *Institute of Medicine* yang berjudul “*crossing the quality chasm*”. Pada laporan tersebut diusulkan bahwa indikator mutu harus diterjemahkan dalam bentuk enam dimensi kesehatan antara lain *safety* (keamanan), *effectiveness* (efektifitas), *patient centeredness* (berpusat pada Peserta), *timeliness* (ketepatan waktu), *efficiency* (efisiensi), dan *equity* (keadilan).

Berikut perbandingan dimensi mutu dari berbagai sumber.

Tabel 2.1. (Perbandingan dimensi mutu)

Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	NHS (1997)	Council of Europe (1998)	NLHI of JCAHO (1999)	Institut of Medicie (2001)	WHO (2006)	WHO, WORLD BANK, OECD (2018)
<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>	<i>Effectiveness</i>
<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>	<i>Efficiency</i>
<i>Access</i>	<i>Access</i>	<i>Fair Access</i>	<i>Access</i>	<i>Access</i>	-	<i>Access</i>	
<i>Safety</i>	<i>Safety</i>	-	<i>Safety</i>	<i>Safety</i>	<i>Respect /safety</i>	<i>Safety</i>	<i>Safety</i>
<i>Appropriateness</i>	<i>Appropriateness</i>	-	<i>Appropriateness</i>	<i>Appropriateness</i>	-	-	-
<i>Equity</i>	<i>Equity</i>	-	-	-	<i>Equity</i>	<i>Equity</i>	<i>Equity</i>
-	-	<i>Timeliness</i>	-	<i>Timeliness</i>	<i>Timeliness</i>	-	<i>Timeliness</i>
-	<i>Acceptability</i>	-	<i>Acceptability</i>	-	-	<i>Acceptability</i>	
-	<i>Choice/availability of information</i>	<i>Patient care experience</i>	<i>Patients satisfaction</i>	-	<i>Responsiveness/patient centeredness</i>	<i>Patient centeredness</i>	<i>People centeredness</i>
<i>Health improvement</i>	<i>Technical competence</i>	<i>Health improvement</i>	<i>Efficacy</i>	-	-	-	-
-	-	-	-	<i>Availability</i>	<i>Continuity</i>	-	-
-	<i>Relevance</i>	-	<i>Assessment</i>	<i>Prevention/early detection</i>	-	-	<i>Integration</i>

Sumber: EURO Guideline on developing quality & safety strategies with a health system approach. 2008

Mutu layanan kesehatan diukur dengan cara membandingkannya terhadap standar layanan kesehatan yang telah diterapkan. Donabedian (1980) mengusulkan tiga standar, yaitu: Standar struktur, Standar proses, dan Standar output. Setiap standar layanan kesehatan dapat dibuat beberapa kriteria atau indikator yang terbaik dan mudah digunakan untuk menunjukkan pencapaian standar layanan kesehatan yang digunakan. Prinsip menentukan kriteria/indikator menggunakan prinsip “AMOUR”, yaitu:

1. *Achievable*: Kriteria harus dicapai.
2. *Measurable*: Kriteria harus dapat diukur. Standar layanan kesehatan mungkin dinyatakan tanpa ukuran, tetapi indikator harus menyebutkan suatu ukuran.
3. *Observable*: Kriteria harus dapat diamati. Kriteria yang tidak dapat diamati maka tidak akan dapat mengetahui pencapaian kriteria.
4. *Understandable*: Kriteria harus dimengerti oleh siapa yang akan menggunakannya.
5. *Reasonable*: Kriteria harus layak dan masuk akal. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan melakukan konsultasi dengan para teman sejawat ataupun manajemen yang terlibat dalam penyusunan standar layanan kesehatan dan kriteria untuk meminta tanggapan.

Nolan model merupakan suatu model yang digunakan untuk upaya perbaikan proses yang berkesinambungan yang terdiri dari perencanaan (*plan*), dikerjakan (*do*), cermati hasilnya (*check*), dan amalkan untuk seterusnya (*action*), yang dikenal dengan siklus PDCA. Sebelum dilakukan perubahan, harus ditentukan sasaran perbaikan, kemudian menetapkan penukaran atau perubahan, dan ditetapkan perbaikan-perbaikan yang akan dilakukan dalam siklus PDCA.

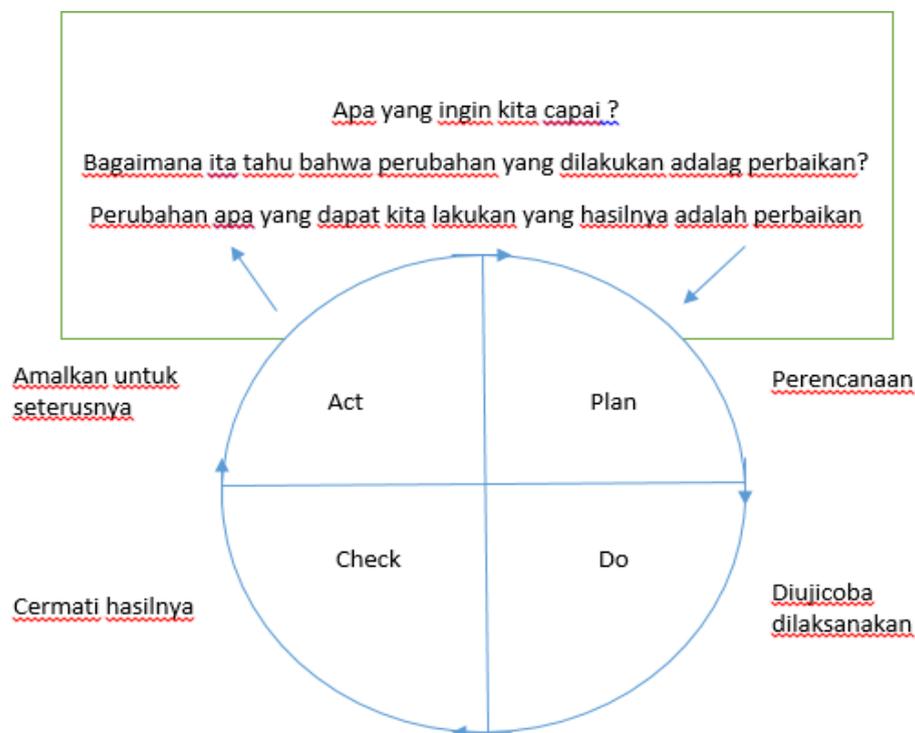
Sasaran perbaikan ditetapkan berdasarkan lima kriteria, yakni *specific*, *measurable*, *achievable*, *relevant*, dan *time specific*. Pada umumnya, topik yang digunakan dalam penetapan sasaran perbaikan adalah perhatian pada dimensi mutu yaitu keamanan, efektifitas dan kemanfaatan, pemenuhan kebutuhan dan kepuasan pelanggan, waktu, efisiensi, keadilan, tata graha (5 R: resiko, ringkas, rapi, rawat, rajin).

Tim yang melakukan Nolan model diharapkan terdiri dari:

1. Jawab proses/sistem (*system leader*)
2. Karyawan yang paham secara teknis terhadap proses pelayanan (*technical expertise*)
3. Pelaksana yang sehari-hari mengerjakan proses pelayanan (*day-to-day leader*).

Tim tersebut akan melakukan analisis permasalahan yang ada dalam sistem mikro, menetapkan sasaran, menetapkan pengukuran, dan mengikuti keseluruhan langsung serta proses perbaikan. Langkah perbaikan sistem mikro pelayanan model Nolan terdiri dari: bentuk tim, tetapkan sasaran perbaikan, tentukan pengukuran, pilih perubahan yang perlu dilakukan, uji coba beberapa perubahan dalam skala kecil, implementasikan perubahan, dan sebarkan ke unit yang lebih luas.

Gambar 2.1 (Perbaikan sistem Mikro Pelayanan dengan Model Nolan)



Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit menjelaskan bahwa Izin Mendirikan adalah izin usaha yang diterbitkan oleh Lembaga OSS (*Online Single Submission*) untuk dan atas nama menteri, gubernur, atau bupati/wali kota setelah pemilik Rumah Sakit melakukan pendaftaran sampai sebelum pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan memenuhi persyaratan dan/atau komitmen.

2.1.3 Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Managed care adalah suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif, penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilisasi berkurang, unit layanan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan dan terdapat program peningkatan mutu pelayanan.

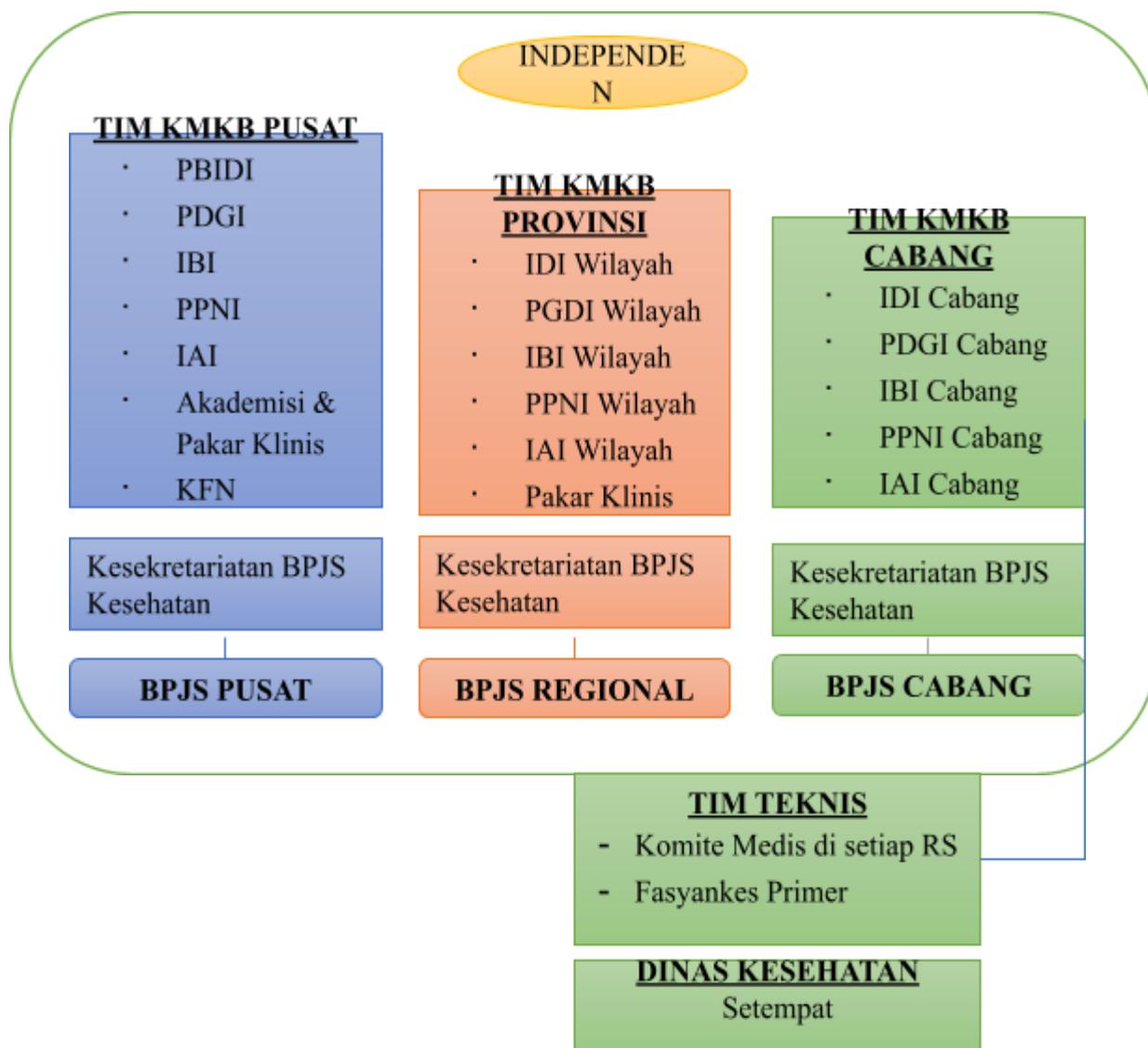
Menurut Sekhri (2000), *managed care* secara umum dapat diartikan sebagai pengaturan finansial dan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan.

Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan tertuang pada Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada penyelenggaraan program JKN. Regulasi disusun untuk menjamin pelayanan yang diberikan kepada peserta sesuai dengan mutu yang diharapkan. Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan pada fasilitas kesehatan, bpjs kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, dinkes kab/kota, dinkes provinsi dan kementerian kesehatan.

TKMKB (Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya) mempunyai tugas, yaitu:

1. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi
2. *Utilization review*
3. Audit medis
4. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan

Tabel 2.2 (Tim Koordinasi dan Tim Teknis



Utilization review merupakan proses untuk meninjau apakah pelayanan pada Peserta diselenggarakan dengan efisien dan efektif, apakah secara medis diperlukan, dan apakah sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku (BPJSK, 2015).

Pelaksanaan *Utilization review (UR)* dilakukan dengan membahas hal-hal, antara lain:

1. Menentukan *indicator*.
2. Memantau indikator terpilih terhadap standar.
3. Mengakses *data base* fasyankes, *data base* BPJS, dan *data base* dinas kesehatan setempat, khususnya data yang terkait dengan indikator terpilih.

4. Menganalisa data
5. Merumuskan permasalahan
6. Melaksanakan rekomendasi.

Audit medis adalah peninjauan prosedur medis secara sistematis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan hasil pelayanan Peserta melalui peninjauan terstruktur dimana praktik medis, prosedur medis dan hasilnya diperiksa dan dibandingkan dengan standar prosedur medis baku yang disepakati. Selanjutnya hasil tinjauan digunakan untuk melakukan perubahan prosedur medis pada bagian tertentu, atau menggantinya dengan standar baru jika hal ini diperlukan (NICE, 2002).

Berdasarkan SK Menkes No.496/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit, Audit medis dilakukan dengan cara:

1. Pemilihan *topic*
2. Menetapkan kriteria
3. Menetapkan jumlah sampel
4. Membandingkan kriteria dengan pelaksanaan
5. Analisa data
6. Menyusun rekomendasi untuk perbaikan *Reaudit*.

Berdasarkan kebijakan dari Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya menjelaskan bahwa Tim kendali mutu dan kendali biaya terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis.

A. Tim koordinasi

Terdiri dari organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:

- a. Melakukan evaluasi kebijakan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi Memberikan rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis.

- b. Melakukan pembahasan terhadap usulan perbaikan kebijakan
- c. Membahas hasil audit medis yang memerlukan kebijakan baru
- d. Melakukan evaluasi pelayanan kesehatan bagi peserta untuk menyusun profil pelayanan kesehatan.

Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggung jawab tim koordinasi memiliki kewenangan:

- a. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi
- b. *Utilizationreview* dan audit medis
- c. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan
- d. Berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal:

1. Pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi
2. *Utilizationreview* dan audit medis
3. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

B. Tim teknis

Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:

- a. Melakukan pertemuan pembahasan implementasi JKN yang mencakup aspek pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan
- b. Memberikan rekomendasi apabila terjadi perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dalam hal penerapan mutu pelayanan medis
- c. Melakukan audit medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggung jawab tim teknis memilikikewenangan sebagai berikut:

- a. Meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan
- b. Melakukan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkalamelalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

2.1.4 *Realist Evaluation* sebagai Kerangka Evaluasi Kebijakan

Realist evaluation yang diperkenalkan oleh Pawson dan Tilley (1997) merupakan bentuk evaluasi berbasis teori, berdasarkan pada filosofi sains *realist* yang membahas pertanyaan apa yang berhasil, untuk siapa, dalam keadaan apa, dan bagaimana dilakukan. Pendekatan ini merupakan cara evaluasi implementasi kebijakan yang dirancang untuk menangkap aspek- aspek yang terjadi di lapangan. Dalam pendekatan ini, teori dibingkai sebagai proposisi tentangbagaimana suatu mekanisme berjalan dalam konteks untuk mencapai hasil tertentu (Pawson & Tilley1997).

Realist evaluation semakin banyak digunakan dalam penelitian kesehatan dan penelitian evaluasi lainnya. Asumsi yang dibangun dalam *realist evaluation* adalah bahwa program merupakan jelmaan dari teori. Artinya, setiap kali sebuah program dirancang dan diimplementasikan, akan selalu dipengaruhi oleh satu atau lebih teori tentang apa yang mungkin menyebabkan perubahan, meskipun teori tersebut tidak disebutkan secara eksplisit. *Realist evaluation* sangat relevan untuk penelitian evaluasi kebijakankarena bertujuan untuk mengembangkan teori dengan berprinsip pada pentingnya konteks untuk memahami mengapa suatu program atau kebijakan berhasil atau tidak berhasil. Dengan demikian, kegiatan *realist evaluation* berusaha untuk menguraikan hubungan antaramekanisme,

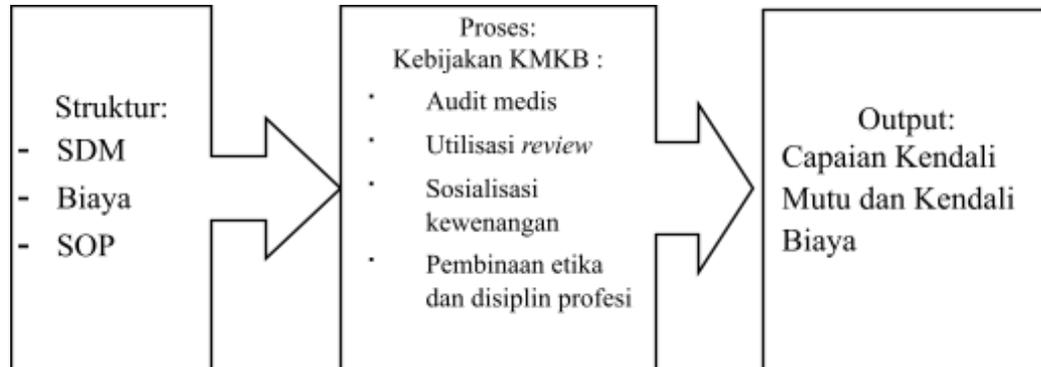
konteks, dan hasil, tidak hanya terbatas pada apakah suatu program berhasil atau tidak. Dengan demikian, hasil penelitian ini akan lebih komprehensif dalam menjawab pertanyaan penelitian (Wong et al., 2016).

Pendekatan *realist evaluation* mensyaratkan bahwa teori-teori yang mendasari program dituangkan dalam hipotesis yang jelas tentang bagaimana, untuk siapa, sampai sejauh mana, dan dalam konteks apa sebuah program mungkin bekerja (menyebabkan perubahan). Evaluasi program yang dilakukan ditujukan untuk menguji dan memperbaiki hipotesis tersebut. Data yang dikumpulkan dalam *realist evaluation* yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut antara lain dampak dan proses implementasi program, konteks yang mungkin berdampak pada *outcome*, serta mekanisme tertentu yang mungkin menciptakan perubahan (Wong et al. 2016).

Mengingat data yang diperlukan memiliki jangkauan yang luas, maka metode yang digunakan untuk mengumpulkan data tersebut juga dapat bervariasi. Metode pengumpulan data yang dipilih diharapkan cukup adekuat sehingga mampu menangkap *intended* dan *unintended outcome* serta interaksi C-M-O yang menyebabkannya. Selain itu, bagaimana data mampu digunakan untuk mengembangkan, mendukung, menyangkal, maupun memperbaiki teori juga penting untuk dijelaskan dalam rencana analisis (Wong et al., 2016).

22 Kerangka Konsep

Tabel 2.3 (Kerangka Konsep)



Berdasarkan Adopsi dari Teori Donabedian