

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Dasar 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). 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.

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) secara pra upaya berdasarkan kapitasi atau jumlah peserta yang terdaftar di FKTP. Sedangkan pembayaran ke FKRTL berdasarkan cara INA CBGs. Besaran kapitasi dan non kapitasi serta Indonesian *Case Based Groups* (INA-CBG's) dan *non Indonesian Case Based Groups* (non INA-CBG's) ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun sekali oleh Menteri.

World Health Report tahun 2010 menetapkan tiga (3) dimensi *Universal Health Coverage* (UHC) yaitu cakupan layanan (*service coverage*), cakupan finansial (*financial coverage*), dan cakupan kepesertaan (*population coverage*). Tiga dimensi UHC ini mengharapakan semua orang dapat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa diperhambat kesulitan biaya untuk membayar.

2.1.2 Mutu Layanan 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 integritas (integration).

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 Health System*” yang mengidentifikasi enam dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang perlu diwujudkan oleh setiap negara, yaitu pelayanan kesehatan yang: efektif, efisien, mudah diakses, aman, keadilan dan 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 Dimensi Mutu

Donabedi (1988)	Maxwell (1992)	NHS (1997)	Council Of Europ e (1998)	NLHI Of JCAH O (1999)	Institute Of Medici ne (2001)	WHO (2006)	WHO, WORLD BANK, OECD (2018)
Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness
Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency
Access	Access	Fair Access	Access	Access	-	Access	
Safety	Safety	-	Safety	Safety	Respect/Safety	Safety	Safety
Appropriateness	Appropriateness	-	Appropriateness	Appropriateness	-	-	-
Equity	Equity	-	-	-	Equity	Equity	Equity
-	-	Timeliness	-	Timeliness	Timeliness	-	Timeliness
-	Acceptability	-	Acceptability	-	-	Acceptability	

-	Choice/Availability	Patient Care Experience	Patient Satisfaction	-	Responsiveness/Patient	Patient Centeredness	People Centeredness
Health Improvement	Technical Competence	Health Improvement	Efficacy	-	-	-	-
-	-	-	-	Availability	Continuity	-	-
-	Relevance	-	Assessment	Prevention/Early	-	-	-
							Integration

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

Mutu layanan kesehatan diukur dengan cara membandingkannya terhadap standar layanan kesehatan yang telah diterapkan. Donabedian (2005) 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 diamamti 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: resik, ringkas, rapi, rawat, rajin).

Tim yang melakukan Nolan model diharapkan terdiri dari penanggungjawab proses/sistem (*system leader*), karyawan yang paham secara teknis terhadap proses pelayanan (*technical expertise*), dan 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.

Akreditasi dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Selain meningkatkan mutu, akreditasi juga bertujuan untuk memberikan jaminan, kepuasan, dan perlindungan masyarakat, memberikan pengakuan terhadap rumah sakit yang telah menerapkan standar pelayanan rumah sakit, menciptakan lingkungan intern rumah sakit yang kondusif untuk penyembuhan dan pengobatan termasuk peningkatan dan pencegahan sesuai standar struktur, proses, dan hasil. Akreditasi merupakan suatu proses pengakuan yang diberikan kepada rumah sakit dalam rangka peningkatan nilai mutu dengan keberhasilan suatu rumah sakit dalam memenuhi standar pelayanan rumah sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menjelaskan bahwa setiap rumah sakit harus memiliki izin. Izin terdiri atas izin mendirikan rumah sakit dan izin operasional rumah sakit. Izin operasional terdiri atas izin operasional sementara dan tetap. Untuk memperoleh izin mendirikan, ada beberapa syarat yang harus dipenuhi rumah sakit yaitu: studi kelayakan, master plan, status kepemilikan,

rekomendasi izin mendirikan, izin undang-undang gangguan, persyaratan pengolahan limbah, luas tanah dan sertifikat, penanaman, izin mendirikan bangunan (IMB), izin penggunaan bangunan (IPB), dan surat izin tempat usaha (SITU). Mengendalikan biaya melalui remunerasi dan *lean management*.

Remunerasi merupakan imbal jasa yang manfaatnya diterima pegawai berupa komponen-komponen untuk penghargaan atas pekerjaan, kinerja, dan masa kerja pegawai. Penyusunan sistem remunerasi wajib memperhatikan kelayakan penerimaan bagi pegawai, yaitu didasarkan pada tingkat kewajaran kehidupan fisik dan sosial pegawai di lingkungan tempat pegawai ditugaskan dengan tetap menyesuaikan kondisi dan kemampuan keuangan Balai Kesehatan yang bersangkutan. Sistem remunerasi wajib didasarkan pada prinsip atau kesetaraan pada setiap komponennya, yaitu Penghargaan atas pekerjaan didasarkan prinsip kesetaraan tingkat kompleksitas pekerjaan atau "*equal pay for jobs of equal value*"; penghargaan atas kinerja didasarkan kesetaraan tingkat pencapaian total target kinerja (total performance target) atau prinsip "*equal pay for performance of equal value*" dan kesetaraan yang berkaitan dengan ketentuan-ketentuan berbasis perorangan/individual yang didasarkan atas prinsip "*equal pay for people of equal value*".

Komponen remunerasi sesuai dengan Permenkes No. 18/2014 diantaranya *pay for position*: pemberian imbalan berdasarkan berbagai indikator seperti dalam pemberian gaji (pangkat, golongan, masa kerja), *Pay for performance*: pemberian imbalan berdasarkan kinerja, dan *pay for people*: pemberian imbalan sebagai tunjangan, asuransi, dan dana pension. Tujuan pemberian kompensasi:

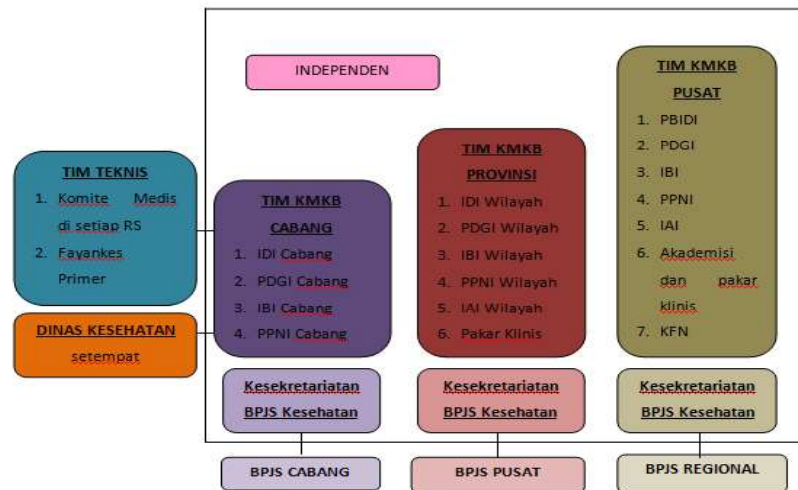
mengoptimalkan *clinical outcome*, meningkatkan kepuasan Peserta, memperhatikan kepuasan tenaga kesehatan, memberi ruang pada otonomi profesional, meningkatkan kinerja rumah sakit (pada sisi administrasi dan sisi klinis), dan remunerasi tidak efektif jika salah satu tujuan pemberian kompensasi di rumah sakit tidak tercapai.

Lean Healthcare merupakan suatu upaya untuk mengefektifkan kinerja Rumah Sakit dengan mengidentifikasi *waste* dalam pelayanan. Sehingga, diharapkan minimalisir *waste* ini dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan serta meningkatkan kepuasan Peserta. Proses pelayanan rawat jalan dan rawat inap melibatkan peran tenaga kesehatan oleh sebab itu, identifikasi waste kritis tidak hanya dititik beratkan pada manajemen rumah sakit saja melainkan paada semua sector bidang yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan (Adellia,et al.2013)

2.1.3 Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan tertuang pada Peraturan BPJS 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 mempunyai tugas, yaitu: 1) Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan

kompetensi; 2) Utilization review; 3) Audit medis; dan 4) Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.



Gambar 2.3 Tim Koordinasi dan Tim Teknis KMKB

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 indikator; 2) memantau indikator terpilih terhadap standar; 3) mengakses database fasyankes, database BPJSK, dan database dinas kesehatan setempat, khususnya data yang terkait dengan indikator terpilih; 4) menganalisa data; 5) merumuskan permasalahan; dan 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 topik, (2) menetapkan kriteria, (3) menetapkan jumlah sampel, (4) membandingkan kriteria dengan pelaksanaan, (5) analisa data, (6) menyusun rekomendasi untuk perbaikan, dan (7) reaudit.

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 realis 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 tentang bagaimana suatu mekanisme berjalan dalam konteks untuk mencapai hasil tertentu (Pawson & Tilley, 1997).

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 kebijakan karena 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 antara mekanisme, 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).

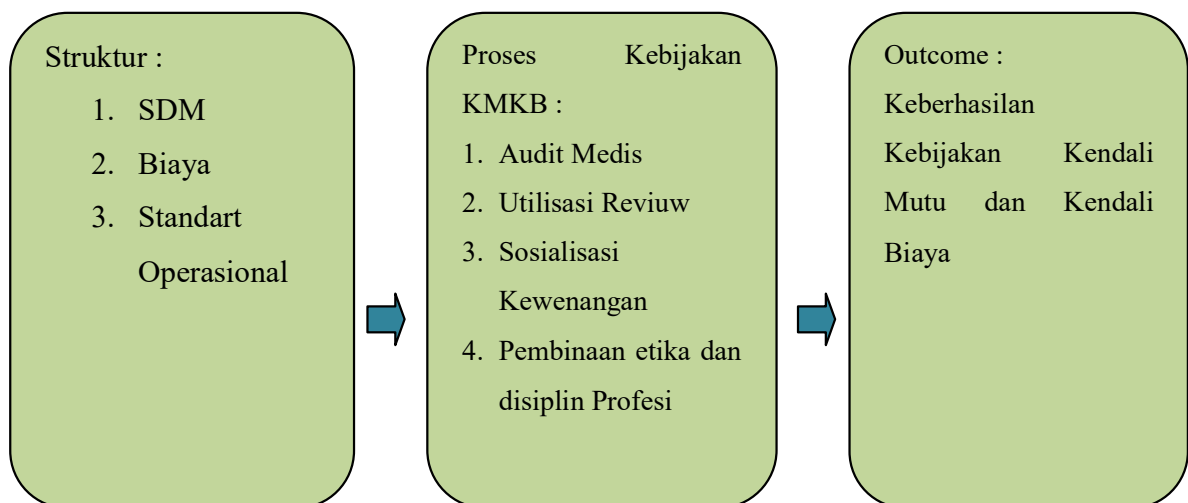
Pendekatan *realist evaluation* mensyaratkan bahwa teori-teori yang mendasari program dituangkan dalam hipotesis yang jelas tentang bagaimana, untuk siapa, sampai sejauh mana, dan dalam konteks apa sebuah program mungkin bekerja (menyebabkan perubahan). Evaluasi program yang dilakukan ditujukan untuk 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).

2.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dijelaskan, maka kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut.



2.1 Bagan Kerangka Konsep