

## **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). 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 pelayanan 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 mengharapkan 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 *integration* (integritas).

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

Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	NHS (1997)	Council of Europe (1998)	NLHI of JCAHO (1999)	Institute of Medicine (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 of information	Patient care experience	Patient satisfaction	-	Responsiveness/patient centeredness	Patient centeredness	People centeredness
Health improvement	Technical competence	Health improvement	Efficacy	-	-	-	-
-	-	-	-	Availability	Continuity	-	-
-	Relevance	-	Assessment	Prevention/early detection	-	-	-
							Integration

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

Mutu pelayanan kesehatan diukur dengan cara membandingkannya terhadap standar pelayanan kesehatan yang telah diterapkan. Donabedian (1980) mengusulkan tiga standar, yaitu: standar struktur, standar proses, dan standar output. Setiap standar pelayanan kesehatan dapat dibuat beberapa kriteria atau indikator yang terbaik dan mudah digunakan untuk menunjukkan pencapaian standar pelayanan 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 pelayanan 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 pengukuran 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 (5R: resik, ringkas, rapi, rawat, rajin).

Tim yang melakukan Nolan model diharapkan terdiri dari penanggung jawab 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.

### **2.1.3 Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN**

Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk:

## 1. Pembayaran jasa pelayanan kesehatan

Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP. Tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan meliputi Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan pegawai tidak tetap, yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembagian jasa pelayanan kesehatan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel:

- a. jenis ketenagaan dan/atau jabatan; dan
- b. kehadiran.

## 2. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk:

- a. biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan
- b. biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya

Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya sebagaimana meliputi:

- a. belanja barang operasional, terdiri atas:
  - 1) pelayanan kesehatan dalam gedung;
  - 2) pelayanan kesehatan luar gedung;
  - 3) operasional dan pemeliharaan kendaraan puskesmas keliling;
  - 4) bahan cetak atau alat tulis kantor;
  - 5) administrasi, koordinasi program, dan sistem informasi;
  - 6) peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan; dan/atau
  - 7) pemeliharaan sarana dan prasarana.
- b. belanja modal untuk sarana dan prasarana yang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **2.1.4 Pembayaran Kapitas Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan**

Upaya dilakukan melalui peningkatan performa FKTP, dilakukan melalui penerapan regulasi tentang Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP). Dalam implementasi KBKP, terdapat model *reward* dan *punishment*. FKTP yang dapat memenuhi indikator KBK akan memperoleh tarif kapitasi maksimal.

Penerapan regulasi ini merupakan bagian dari sistem kendali mutu dan kendali biaya untuk mencapai dimensi mutu efisiensi dan efektifitas

Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama digunakan sebagai acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, tim kendali mutu dan biaya, serta pemangku kepentingan terkait dalam penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama secara efektif dan efisien.

Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

#### 1. Angka Kontak

Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan. Indikator angka kontak dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Angka kontak} = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah peserta yang terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Angka kontak adalah perbandingan jumlah peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan jumlah peserta terdaftar dikali 1000 (seribu). Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di satu FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan. Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.

Bentuk kontak yang menjadi penilaian adalah sebagai berikut:

##### a. Tempat kontak

- Yang berada di FKTP (puskesmas, klinik, dokter praktik perorangan (DPP), rumah sakit kelas D pratama)
- Jaringan pelayanan puskesmas (puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan bidan desa)
- Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya);
- Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), pos pembinaan terpadu (posbindu), pos kesehatan desa (poskesdes), posyandu lansia;
- Upaya Kesehatan Sekolah (UKS);
- Tempat kontak lainya yang disepakati

#### b. Jenis Pelayanan

##### 1) Kunjungan Sakit

- Pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- Pelayanan tindakan medis non spesialisik (operatif/ non operatif, pemeriksaan penunjang, diagnosis laboratorium tingkat pertama)
- Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan.
- Pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
- Kunjungan rumah pasien sakit.
- Pelayanan kasus medis rujuk balik.

##### 2) Kunjungan sehat

- Pelayanan imunisasi.
- Pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan kelompok.
- Pemeriksaan kesehatan Ibu dan anak,serta Keluarga Berencana (KB).
- Kunjungan rumah.
- Senam sehat.

#### 2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik (RRNS) merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan dengan melihat optimalnya koordinasi dan kerjasama antara FKTP dengan FKRTL, sehingga sistem rujukan

terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP. Indikator RNNS dapat dihitung dengan formulasi sebagai berikut :

$$RNNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialisik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100\%$$

Rasio rujukan rawat jalan non spesialisik adalah perbandingan jumlah peserta yang dirujuk dengan kasus non spesialisik dengan jumlah seluruh peserta yang dirujuk oleh FKTP dikali 100 (seratus). Jumlah rujukan rawat jalan non spesialisik adalah jumlah peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun tidak menutup kemungkinan dokter merujuk pasien dengan mempertimbangkan TACC yaitu *Time* (lama penyakit), *Age* (usia pasien), *Complication* (komplikasi penyakit yang dapat memperparah kondisi pasien), dan *Condition* (jika terdapat penyakit penyerta) serta kondisi fasilitas pelayanan.

### 3. Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien *Diabetes Mellitus* tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien *Hipertensi Essential* (HT).

Indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RPPT = \frac{\text{Rasio Prolanis DM Terkendali} + \text{Rasio Prolanis HT Terkendali}}{2}$$

$$RPPT \text{ DM} = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis DM terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM}} \times 100\%$$

$$RPPT \text{ HT} = \frac{\text{jumlah peserta Prolanis HT terkendali}}{\text{jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa HT}} \times 100\%$$

Jumlah Peserta Prolanis terkendali adalah peserta dengan diagnosa penyakit DM atau HT yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan kadar gula darah puasa bagi pasien DM atau tekanan darah bagi pasien HT terkendali. Jumlah peserta terdaftar di FKTP dengan diagnosa DM atau HT adalah peserta terdaftar di FKTP yang telah ditegakkan diagnosa penyakit DM atau HT.

Kriteria terkendali adalah:

- pasien DM dengan capaian kadar gula darah puasa; dan
- pasien HT dengan capaian tekanan darah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Organisasi Profesi.

#### 4. Perhitungan Capaian Pembayaran KBK

Tabel 2. 2 Penilaian KBK

No	Indikator Kinerja	Bobot	Target	Kriteria Penilaian		Nilai Capaian
				Rating	Deskripsi	
				A	B	
1	Angka Kontak	40%	≥ 150‰	4	≥ 150‰	1.6
				3	>145-<150‰	1.2
				2	>140-145‰	0.8
				1	≤140‰	0.4
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	≤ 2%	4	≤2%	2
				3	>2-2,5%	1.5
				2	>2,5-3%	1
				1	3%	0.5
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	10%	≥ 5%	4	≥5%	0.4
				3	4%-<5%	0.3
				2	3%-<4%	0.2
				1	<3%	0.1

Tabel 2. 3 Penyesuaian Pembayaran kapitasi Berdasarkan Nilai Capaian KBK

Nilai Capaian	% Pembayaran Kapitasi	
	Puskesmas	Klinik Pratama / RS D Pratama
4	100%	100%
3 - < 4	95%	97%
2 - < 3	90%	96%
1 - < 2	85%	95%

#### 2.1.5 *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.

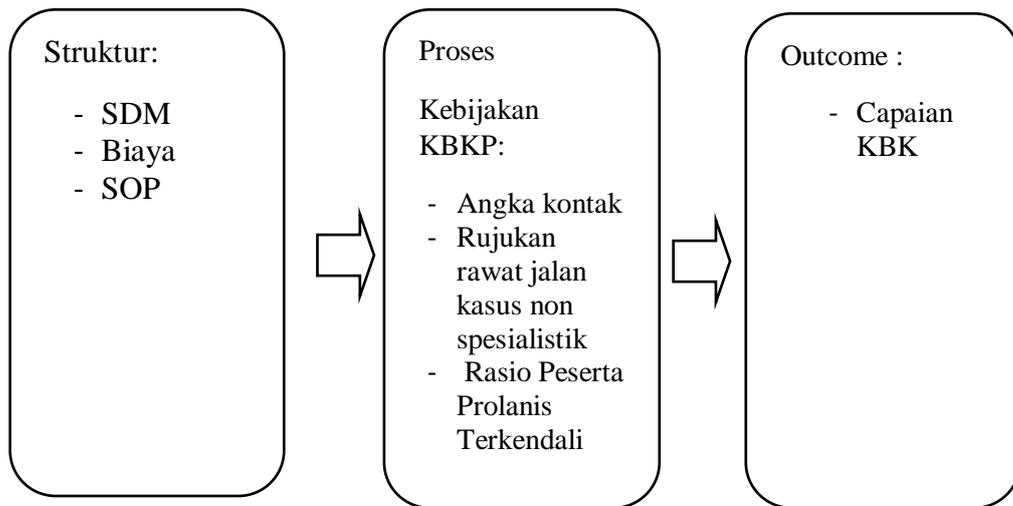
Dalam pendekatan ini, teori dibingkai sebagai proposisi tentang bagaimana suatu mekanisme berjalan dalam konteks untuk mencapai hasil tertentu (Pawson & Tilley, 1997).

*Realist evaluation* semakin banyak digunakan dalam penelitian 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**



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Adopsi dari Teori Donabedian