

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 mengartikan kesehatan sebagai suatu keadaan sehat fisik dan mental maupun keadaan bebas dari berbagai penyakit. Kesehatan merupakan hak setiap individu guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam kegiatan sehari-hari. Setiap individu berhak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan diharuskan berasaskan dengan salah satunya asas perlindungan yang berarti memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.⁽¹⁾

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuiditas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.⁽²⁾

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sudah terlaksana semenjak tahun 2014 dengan BPJS Kesehatan sebagai pembayar tunggal. Perubahan mendasar dalam sistem JKN adalah cara pembayaran pemberi pelayanan kesehatan yang dulunya dikenal dengan sistem *fee for service* menjadi sistem *prospektif payment* yang bertujuan untuk menghindari kecurangan atau *moral hazard*. Sistem pembayar tunggal memberikan

kinerja optimal dalam mengelola risiko.⁽³⁾ Dalam penyelenggaraan JKN, BPJS Kesehatan menerapkan konsep *managed care* atau pelayanan terkendali. *Managed care* adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan kendali biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan.

Salah satu prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta dan terlindungi.⁽²⁾ Pemerintah menargetkan Indonesia akan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.⁽⁴⁾

Kepesertaan JKN di Indonesiaterus mengalami peningkatan, terhitung 1 November 2018 jumlah peserta yang terdaftar dalam program JKN-KIS mencapai 205.071.003 jiwa atau mencakup 78,16% dari total penduduk Indonesia. Jumlah tersebut mengalami peningkatan pada tahun 2016 yaitu mencapai 171.939.254 jiwa. Jumlah peserta pada tahun 2015 mengalami peningkatan sebesar 17,51% dibandingkan tahun 2014 (133.423.653 jiwa), dengan rata-rata peningkatan jumlah peserta per triwulan sebesar 4,38% atau 5.841.659 jiwa.^(5,6)

Upaya BPJS Kesehatan dalam meningkatkan serta mengedepankan mutu pelayanan kesehatan dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia semakin jelas. Mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai.⁽⁷⁾

Bukti upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kepuasan peserta dan fasilitas kesehatan. Sasaran pokok peta menuju JKN tahun 2012-2019 menunjukkan bahwa sasaran ke-6 “paling sedikit 85% peserta menyatakan puas baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS” dan sasaran ke-7“ Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak bagi BPJS.”⁽⁸⁾

Indeks kepuasan Peserta pada tahun 2014-2018 mulai mendekati sasaran yang ada pada peta jalan JKN. Hasil Indeks Kepuasan Pasien tahun 2014 mencapai 81%, terjadi penurunan Indeks Kepuasan Peserta tahun 2015-2016 yaitu dari 78,9% menjadi 78,6%, dan meningkat lagi menjadi 79,5% pada tahun 2017 dan 79,7% pada tahun 2018.⁽¹²⁾

Hasil Indeks Kepuasan Fasilitas Kesehatan Tahun 2014-2016 terjadi peningkatan yaitu dari 75% menjadi 76,8%, namun pada tahun 2017 terjadi penurunan Indeks Kepuasan menjadi 75,7%. Terhitung pada tahun 2018 indeks kepuasan fasilitas kesehatan JKN-KIS adalah sebesar 75,8 %.⁽¹²⁾

Lima tahun pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Dari segi biaya dan keuangan, tercatat BPJS masih mengalami defisit iuran yang cukup banyak. Pada tahun 2014, BPJS mengalami defisit iuran sebesar Rp. 1.658.028.000.000 sedangkan pada tahun 2015 mengalami kenaikan menjadi sebesar Rp. 4.878.688.000.000. Pada tahun 2016 tidak terjadi defisit iuran karena terdapat kenaikan besaran iuran sehingga menambah jumlah penerimaan iuran.⁽⁶⁾

Untuk memperbaiki implementasi JKN, pengendalian mutu dan biaya sangat penting untuk dilakukan. Maka pada tahun 2016, BPJS Kesehatan mengeluarkan Peraturan BPJS No 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional yang diharapkan dapat menjamin

pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien.⁽¹⁸⁾

Setelah dikeluarkannya peraturan tersebut ternyata implementasi JKN di Indonesia masih belum bisa berjalan dengan baik. Dilihat dari indeks kepuasan secara umum indeks kepuasan peserta JKN terhadap layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan mulai membaik namun hal ini tidak terlepas dari keluhan dari peserta JKN. Keluhan peserta JKN di fasilitas kesehatan pada tahun 2016 antara lain antrian pelayanan di Faskes, Peserta tidak dilayani oleh dokter, iur biaya, FKRTL membuat kuota pelayanan peserta, pembatasan pemberian obat, ketersediaan obat Program Rujuk Balik (PRB), pasien disuruh datang berulang-ulang, jam praktek dokter di FKTP tidak sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama (PKS), kurang adanya informasi mengenai jenis pelayanan yang ada di RS, adanya kuota ruang rawat inap dan informasi ketersediaan kamar hanya 10% dari total RS, Keterbatasan dan ketersediaan Ruang Rawat Intensif.⁽⁸⁾

Berdasarkan hasil yang disampaikan oleh direktur Pelayanan BPJS Kesehatan pada Rakerkesnas tahun 2017 menyatakan bahwa keluhan Fasilitas Kesehatan terhadap kerjasama dengan BPJS Kesehatan tahun 2016 antara lain distribusi peserta di FKTP tidak merata, peserta banyak terdaftar di fasilitas kesehatan tertentu, kekosongan obat di distributor, proses pengajuan klaim lama, proses kerja sama fasilitas kesehatan tidak transparan, pasien tidak memahami prosedur pelayanan, tarif kapitasi dan INA CBGs kurang memadai, dan terlalu banyak aplikasi yang di *entry*.⁽⁸⁾

Dilihat dari segi biaya dan keuangan berdasarkan laporan keuangan jaminan kesehatan sosial tercatat BPJS kembali mengalami defisit iuran yang cukup banyak meskipun pada tahun 2016 tidak mengalami defisit iuran karena adanya penambahan jumlah penerimaan iuran. BPJS mengalami defisit iuran sebesar 6.732.574.000.000 pada

tahun 2017 dan mengalami kenaikan menjadi sebesar Rp. 7.363.505.000.000 pada tahun 2018. ^(6,9,10,11,12)

Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa implementasi JKN setelah adanya peraturan KMKB masih belum menunjukkan hasil yang memuaskan sehingga pengendalian mutu dan biaya masih perlu dikembangkan dan dioptimalkan penerapannya. Jika tidak dilakukan perubahan yang mengarah ke perbaikan, maka akan mengancam mutu layanan kesehatan dalam era JKN karena tidak ada evaluasi tentang kinerja pemberi layanan kesehatan apakah bekerja berdasarkan *evidence* terbaik dan terkini atau tidak. Kondisi ini juga memungkinkan terjadinya peluang *moral hazard*, jenis *fraud standard of care* dan potensi *fraud* jenis lainnya serta defisit dana JKN yang nantinya akan berpengaruh terhadap mutu layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. ⁽⁸⁾

Pengembangan sistem kendali mutu dan kendali biaya salah satunya adalah dibentuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). TKMKB adalah lembaga independen yang pembentukannya difasilitasi oleh BPJS Kesehatan. TKMKB terdiri dari Tim koordinasi yang terdiri dari organisasi profesi, akademisi, pakar klinis dibantu oleh Tim teknis yang terdiri dari unsur klinisi dari komite medik rumah sakit. Struktur TKMKB terdapat di 3 tingkat sesuai dengan struktur organisasi BPJS Kesehatan yaitu tingkat pusat, provinsi/regional dan cabang. Tugas TKMKB berkaitan dengan penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya adalah melaksanakan *utilization review* atau audit medis terkait dengan adanya temuan yang tidak sesuai standar yang disepakati. Selain tugas tersebut TKMKB juga diberi tanggung jawab untuk mengadakan sosialisasi kewenangan dan pembinaan etika profesi kesehatan. ⁽¹³⁾

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh PKMK FKKMK UGM tahun 2018 di 7 provinsi ditemukan bahwa TKMKB sudah bekerja namun perlu kegiatan tambahan untuk mendukung kegiatan KMKB program JKN. Adapun permasalahan yang ditemukan ialah rendahnya inisiatif independen KMKB yang dimiliki oleh TKMKB, tidak adanya sistem pelaporan dan media untuk akuntabilitas sehingga hasil kinerja TKMKB tidak dapat digunakan oleh stakeholder, pengelola RS dan masyarakat luas, temuan lainnya ialah belum meratanya edukasi mengenai KMKB sehingga belum semua pimpinan dan TKMKB di RS mengerti serta memiliki kemampuan melakukan kegiatan KMKB. Berdasarkan penelitian tersebut juga mendapatkan gambaran bahwa TKMKB koordinasi dan teknis baru berfokus pada kendali biaya dan belum secara komprehensif berfokus pada kendali mutu pelayanan.⁽⁸⁾

Penelitian dari Sanjaya pada TKMKB Cabang Surakarta menyatakan bahwa faktor penghambat kinerja TKMKB adalah keterbatasan waktu, akses data pelayanan kesehatan, dan fasilitasi kegiatan TKMKB. Tugas *utilization review* belum sesuai standar karena hanya dilaksanakan 1 kali dan tidak ada pemantauan dan tindak lanjut dari hasil *utilization review*, pembahasan masalah dan evaluasi kebijakan belum sesuai standar karena permasalahan rekomendasi belum sesuai dengan permasalahan yang diangkat. Sosialisasi kewenangan, pembinaan etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan belum sesuai standar karena tidak tersampaikan ke seluruh anggota organisasi profesi.⁽¹⁴⁾

Kebijakan KMKB sudah diterapkan di Provinsi Sumatera Barat terbukti dengan sudah terbentuknya TKMKB pada setiap cabang salah satunya TKMKB Cabang Padang. Wilayah kerja TKMKB cabang Padang mencakup 5 kota/kab diantaranya kota Padang, kabupaten Padang Pariaman, kota Pariaman, kabupaten Pesisir Selatan dan kabupaten Kepulauan Mentawai. Berdasarkan wawancara peneliti bersama Ketua

TKMKB Cabang Padang, secara umum beliau berpendapat bahwa TKMKB cabang Padang sudah bekerja dengan baik dan telah melaksanakan tugas sesuai dengan arahan dan pedoman teknis KMKB yang ada.

Dengan dikeluarkannya peraturan BPJS No 8 tahun 2016 tentang penerapan kendali mutu dan kendali biaya pada penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, serta berdasarkan uraian dan pemaparan yang telah disampaikan peneliti ingin mengevaluasi penerapan kebijakan KMKB di Kota Padang

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah ada, dapat diketahui rumusan masalah penelitian adalah bagaimana evaluasi kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Kota Padang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Kota Padang tahun 2019

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai ketersediaan Input (sumber daya manusia, biaya, SOP, dan pelatihan) dalam penerapan kebijakan kendali mutu dan kendali biaya
2. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pelaksanaan tugas berupa Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi, *Utilization review*, Audit Medis dan Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan oleh TKMKB di Kota Padang

3. Untuk mengetahui informasi mendalam mengenai pencapaian kinerja TKMKB di Kota Padang
4. Untuk mengetahui distribusi frekuensi kepuasan peserta dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan distribusi frekuensi kepuasan fasilitas kesehatan dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi para akademisi dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat tentang penerapan kendali mutu dan kendali biaya dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

1.4.2 Aspek Praktis

1. Bagi TKMKB Cabang Padang, dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi penerapan kendali mutu dan kendali biaya yang lebih efektif dalam meningkatkan kepuasan peserta dan provider.
2. Bagi Fasilitas Kesehatan, dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi penerapan kendali mutu dan kendali biaya dalam meningkatkan kepuasan peserta dan provider.
3. Bagi Peneliti, dapat menambah ilmu dan wawasan selama penelitian tentang penerapan kendali mutu dan kendali biaya serta membandingkan ilmu teoritis yang didapatkan selama perkuliahan dengan kenyataan yang didapatkan di lapangan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah mengevaluasi mengenai penerapan dan pencapaian kebijakan KMKB dilihat dari ketersediaan input (Sumber daya manusia,

biaya, SOP, dan pelatihan) serta pelaksanaan tugas oleh TKMKB Koordinasi dan Teknis berupa sosialisasi kewenangan, *utilization review*, audit medis serta pembinaan etika dan disiplin profesi dalam meningkatkan kepuasan peserta dan provider di Kota Padang. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *mix method* (metode campuran).

Penelitian kualitatif bertujuan untuk melihat secara mendalam penerapan kebijakan KMKB di Kota Padang sedangkan penelitian kuantitatif bertujuan untuk melihat indeks kepuasan peserta dan indeks kepuasan fasilitas kesehatan sebelum dan setelah adanya peraturan penerapan KMKB di kota padang dengan menggunakan metode telaah data sekunder.

