

TESIS

**EVALUASI PENCAPAIAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC)
DALAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI RSKDIA SITI
FATIMAH MAKASSAR: STUDY EXPLANATORY**



**ABD. RAHMAN RARA
C012171013**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**EVALUASI PENCAPAIAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC)
DALAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI RSKDIA SITI
FATIMAH MAKASSAR: STUDY EXPLANATORY**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ABD. RAHMAN RARA
C012171013

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**EVALUASI PENCAPAIAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DALAM
PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI RSKDIA SITI
FATIMAH MAKASSAR: *STUDY EXPLANATORY***

Disusun dan diajukan oleh

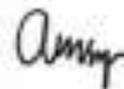
ABD. RAHMAN RARA
Nomor Pokok: C012171013

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 05 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D.
NIP. 198007172008122003



A. Masyitha-Irwani, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D.
NIP. 198303102008122002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elty L. Siattar, S.Kp.,M.Kes.
NIP. 197404221999032002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 196804212001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Abd. Rahman Rara
NIM : C012171013
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Evaluasi Pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)*
Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di RSKDIA
Siti Fatimah Makassar: *Study Explanatory*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 18 Agustus 2021

Yang Menyatakan,



Abd. Rahman Rara

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah wa Syukurillah, Segala puji bagi Allah Yang Maha Kuasa karena dengan Rahmat dan pertolonganNya sehingga saya bisa menyelesaikan tesis yang berjudul Evaluasi Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) Dalam Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di RSKDIA Siti Fatimah Makassar: Study Explanatory. Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam proses pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Hasil penelitian ini dapat di selesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama dengan kesediaan pembimbing yakni Ibu **Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,Ph.D** selaku pembimbing satu dan ibu **A. Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D** selaku pembimbing dua, yang selalu sabar dan ikhlas dalam menyempatkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan saya sehingga dapat menyusun tesis ini hingga selesai.

Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati, saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA.**
2. **Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes** selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes** selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK Universitas Hasanuddin.
4. Segenap dosen pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan atas segala ilmu yang dicurahkan.
5. Teman-teman "**PSMIK Angkatan VIII**" Manajemen Keperawatan atas persaudaraan, kerjasama, motivasi, serta dukungannya

Secara khusus tesis ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya tercinta Ayahanda **Rara** dan Ibunda **St. Hawa** dan saudara-saudara saya, serta kepada Istri tercinta **Fitriani Fajri Ahmad, S.Farm, Apt. M.Si**, kedua mertua dan adik ipar saya. Terima kasih yang tak terhingga atas segala DOA, pengorbanan, kesabaran, dukungan dan semangat yang tidak henti-hentinya diberikan hingga saya dapat menyelesaikan studi ini. Dan tak terkecuali buat kedua belahan jiwaku **Adibatul Fitrah** dan **Azkiyatul Fitrah** yang telah kebersamai saya dalam menulis tesis

ini. Dan yang tak sempat disebut semuanya, saya mengucapkan terima kasih banyak atas segala dukungan dan DOA nya. Semoga segala amal kebaikan saudara/bapak/ibu sekalian kepada saya menjadi amal jariyah.

Akhirnya, dengan menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, saran dan kritik dengan senang hati penulis terima demi penyempurnaan tesis ini dan perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala senantiasa melimpahkan rahmatNya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal Aalamin

Makassar, Agustus 2021

Penulis,

Abd. Rahman Rara

ABSTRAK

ABD. RAHMAN RARA. Evaluasi Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) Dalam Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di RSKDIA Siti Fatimah Makassar: Study Explanatory (Dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Andi Masyitha Irwan)

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di RSKDIA Siti Fatimah Makassar saat kelas B dan C

Penelitian ini menggunakan metode *mixed method* dengan desain *Explanatory Sequential*. Terdiri 2 tahap, pertama model kuantitatif dengan menggunakan data sekunder dari data output aplikasi E-klaim INA-CBGs dengan jumlah sampel 804 penerima manfaat (PM) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kedua menggunakan data primer dengan model kualitatif melalui wawancara tidak terstruktur pada 6 informan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada variabel status pulang lebih banyak PM JKN dipulangkan atas permintaan dokter saat kelas B dibanding kelas C (93.2% vs 91%). Pada lama hari rawat, lebih banyak PM JKN dirawat selama 1-3 hari saat kelas B dibanding kelas C (63.7% vs 50.7%) dan lebih sedikit PM JKN dirawat selama 4-6 hari dan 7-9 hari saat kelas B dibanding kelas C (30.3% vs 41.0%) dan (4.2% vs 7.1%). Pada readmisi, lebih banyak PM JKN dengan readmisi < 30 hari saat kelas B dibanding kelas C (77.4% vs 64.7%), dan lebih sedikit PM JKN dengan readmisi > 30 hari saat kelas B dibanding kelas C (22.6% vs 35.3%). Pada *Hospital Cost* lebih banyak PM JKN yang pembiayaannya efisien (untung) saat kelas B dibanding kelas C (86.1% vs 61.6%), dan terdapat kerugian sebanyak 585.851.271 setelah RS berubah kelas menjadi kelas C. Terdapat 4 variabel yang menggambarkan perbedaan capaian UHC dari segi kualitas layanan kesehatan RSKDIA Siti Fatimah saat berstatus kelas B dan C.

Kata Kunci: Anak, Biaya Rumah Sakit, Lama hari rawat, Pemulangan Pasien, Penerimaan Pasien kembali, Asuransi Kesehatan Universal

ABSTRACT

ABD. RAHMAN RARA. *Evaluation of Universal Health Coverage (UHC) Achievements in Maternal and Child Health Services at RSKDIA Siti Fatimah Makassar: Study Explanatory* (Supervised by Rini Rachmawaty and Andi Masyitha Irwan)

This study aims to evaluate the achievement of Universal Health Coverage (UHC) in maternal and child health services at RSKDIA Siti Fatimah Makassar during class B and C.

This study uses a mixed method with an Explanatory Sequential design. Consists of 2 stages, first a quantitative model using secondary data from the output data of the INA-CBGs E-claim application with a sample of 804 National Health Insurance Beneficiaries (NHIB) and secondly using primary data with a qualitative model through unstructured interviews with 6 informants.

The results showed that the discharge status variable, more NHIB were sent home at the request of the doctor during class B compared to class C (93.2% vs 91%). In the length of stay, more NHIB were treated for 1-3 days category during class B compared to class C (63.7% vs 50.7%) and fewer NHIB were treated for 4-6 days and 7-9 days during class B compared to class C (30.3% vs 41.0%) and (4.2% vs 7.1%). At readmissions, more NHIB with readmission < 30 days in-class B compared to class C (77.4% vs. 64.7%), and fewer NHIBs with readmissions > 30 days during class B compared to class C (22.6% vs. 35.3%). At Hospital Cost, there are more NHIB whose financing is efficient (profit) when class B is compared to class C (86.1% vs 61.6%), and there is a loss of 585,851,271 after the hospital changed class to class C. There are 4 variables that describe the difference in UHC achievements in terms of the quality of health services at RSKDIA Siti Fatimah when they are in class B and C status.

Keyword: Child, Hospital Costs, Length of Stay, Patient Readmission, Patient Discharge, Universal Health Coverage

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR GRAFIK.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	10
1. Tujuan Umum	10
2. Tujuan Khusus	10
D. Originalitas Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Algoritme Pencarian.....	13
B. Tinjauan Literatur.....	14
1. Tinjauan Teori Tentang Evaluasi	14
2. Tinjauan Teori Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	33
3. Tinjauan Teori Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan.....	56
4. Tinjauan Tentang <i>Patient Outcome</i> , <i>Cost</i> dan <i>Length Of Stay</i>	69
5. Hubungan <i>Patient Health Outcome</i> , <i>Cost</i> dan <i>Length Of Stay</i> , INA-CBGs dan Mutu Pelayanan Kesehatan	78
C. Kerangka Teori.....	81
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL.....	82
A. Kerangka Konsep Penelitian	82
B. Variabel Penelitian	82

C. Definisi Operasional.....	83
BAB IV METODE PENELITIAN	84
A. Desain Penelitian.....	84
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	85
C. Populasi Dan Sampel	85
D. Tekning Sampling	88
E. Instrumen, Metode & Prosedur Pengumpulan Data	88
F. Analisis Data	91
G. Etik Penelitian	92
H. Alur Penelitian	94
BAB V HASIL PENELITIAN.....	945
BAB VI PEMBAHASAN	115
A. Diskusi Hasil	115
B. Implikasi Penelitian	130
C. Keterbatasan Penelitian.....	130
D. Rekomendasi	130
E. Saran.....	131
BAB VII KESIMPULAN	132
Daftar Pustaka	135

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Kategori Formatif dan Sumatif	19
Tabel 2.2	Perbandingan Evaluasi Formatif dan Sumatif	21
Tabel 2.3	Perbedaan Asuransi Sosial Dan Komersial	41
Tabel 2.4	Kelebihan dan kekurangan antara metode prospektif dan retrospektif	51
Tabel 2.5	Perbedaan <i>Quality Assurance dan Quality Control</i>	59
Tabel 2.6	Enam Dimensi/Area Mutu	62
Tabel 2.7	Perbedaan Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	62
Tabel 3.1	Defenisi Operasional Variabel	83
Tabel 5.1	Karakteristik Informan	95
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Demografi Penerima Manfaat JKN Pasien Anak Rawat Inap Berdasarkan E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2019 (Kelas B) dan 2020 (Kelas C)	96
Tabel 5.3	Distribusi <i>Patient Outcome (Discharge Status)</i> , LOS (<i>Length of Stay</i>) dan Readmisi Penerima Manfaat JKN Pasien Anak Rawat Inap RSKDIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2019 (Kelas B) dan tahun 2020 (Kelas C) berdasarkan data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar	98
Tabel 5.4	Distribusi <i>Hospital Cost</i> Penerima Manfaat JKN Pasien Anak Rawat Inap RSKDIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2019 (Kelas B) dan tahun 2020 (Kelas C) berdasarkan data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar	100
Tabel 5.5	Distribusi 5 (lima) penyakit terbanyak Penerima Manfaat JKN Pasien Anak Rawat Inap RSKDIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2019 (Kelas B) dan tahun 2020 (Kelas C) berdasarkan data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar	103

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 2.1	<i>Evaluation Program Stage</i>	20
Gambar 2.2	<i>Internal Validity Continuum Showing the Three Types of Impact Evaluation Designs</i>	22
Gambar 2.3	Model Evaluasi Logika	26
Gambar 2.4	Alur entri data software INA-CBGs	55
Gambar 2.5	<i>Delivering Quality Service</i>	57
Gambar 2.6	Hubungan <i>Feedback</i> Proses Mutu dan Hasil Mutu	59
Gambar 2.7	<i>The Outcome Measures Hierarchy</i>	73
Gambar 2.8	Kerangka Teori	81
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	82
Gambar 4.1	Alur Penelitian	94

DAFTAR GRAFIK

		Halaman
Grafik 5.1	Distribusi <i>Patient Outcome/Discharge Status</i> (Status Pulang), LOS, Readmisi Pada 5 Diagnosa Terbanyak Berdasarkan Data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2019 (Kelas B)	105
Grafik 5.2	Distribusi <i>Patient Outcome/Discharge Status</i> (Status Pulang), LOS, Readmisi Pada 5 Diagnosa Terbanyak Berdasarkan Data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2020 (Kelas C)	107
Grafik 5.3	Distribusi Hospital Cost Pada 5 Diagnosa Terbanyak Berdasarkan Data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2019 (Kelas B)	109
Grafik 5.4	Grafik 5.4 Distribusi Hospital Cost Pada 5 Diagnosa Terbanyak Pada Penerima Manfaat JKN Pasien Anak Rawat Inap Berdasarkan Data E-Klaim BPJS RSKDIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2020 (Kelas B)	112

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Tabel Komparasi Pencarian PICOT	148
Lampiran 2 Alogaritma Pencarian	149
Lampiran 3 Sintesis Grid	150
Lampiran 4 Surat Pengambilan Data Awal	158
Lampiran 5 Surat Persetujuan Etik	159
Lampiran 6 Surat Disposisi Penelitian	160
Lampiran 7 Lembar Penjelasan Responden	161
Lampiran 8 Formulir Persetujuan Penelitian	162

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sistem kesehatan saat ini secara global diarahkan ke dalam program *Universal Health Coverage* (UHC) atau disebut Cakupan/Jaminan Kesehatan Universal (World Health Organization, 2020a). Hal ini bertujuan agar terjadi penguatan sistem kesehatan secara komprehensif dan koheren dimana semua individu secara global dapat merasakan keadilan kesehatan tanpa takut keterbatasan finansial. Karena mencapai derajat sehat yang adil dan menyeluruh itu harus dilakukan dengan cara pembebasan finansial melalui akses yang mudah yaitu jaminan kesehatan dan asuransi kesehatan (Alma Ata Declaration, 1978; Jakab, Melitta; Krishnan, 2001).

UHC berarti semua orang dalam suatu masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif) yang mereka butuhkan, berkualitas tinggi, tanpa takut bahwa biaya untuk membayar layanan ini pada saat digunakan akan mendorong mereka ke dalam kesulitan keuangan (Bangkok Statement on Universal Health Coverage, 2012; Forum On Universal Health Coverage, 2012). Sederhananya UHC mencakup 3 hal yaitu kesetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan dan penggunaan layanan tidak membuat orang berisiko mengalami kerugian finansial (World Health Organization, 2020b).

Program UHC secara global dicanangkan kedalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) lewat tujuan ke 3.8.1 (UHC esensial) dengan target pada tahun 2030 setengah dari populasi manusia (7,3 miliar) dapat mengakses kesehatannya, 800 juta orang diseluruh dunia yang 10 persen dari anggaran rumah tangganya tidak dihabiskan hanya pembiayaan perawatan kesehatan dan 100 juta orang tidak lagi terdorong kedalam jurang kemiskinan. Oleh sebab itu, leburnya UHC kedalam SDGs memberikan pedoman kepada 183 negara agar terlepas dari masalah tersebut dengan menerapkan UHC sesuai 14 indikator yang telah ditetapkan secara bersama-sama (United Nations Statistics Division, 2020; World Health Organization & The World Bank, 2017; World Health Organization, 2020a).

WHO dan UNICEF mengklaim bahwa ada pengaruh negatif ketika orang-orang miskin, kurang pendidikan dan terpinggirkan mendapatkan diskriminasi, terpinggirkan dan tidak dilayani dalam akses kesehatan, dimana hasil kesehatannya buruk (Countdown to 2015, 2014). Oleh karena itu, terlaksananya UHC menjadi bukti utama untuk mencegah ketidakadilan dalam akses layanan kesehatan sehingga populasi rentan (wanita, anak-anak dan remaja) akan meningkat hasil kesehatannya. Disisi lain dalam memanfaatkan layanan rumah sakit dengan adanya model pembiayaan yang dibawah oleh UHC maka akan menurunkan lama hari rawat dan mencegah terjadinya *re-admit* rumah sakit. Begitupun dalam pengeluaran biaya, UHC dapat menurunkan pengeluaran biaya perawatan kesehatan, biaya fasilitas kesehatan, pengeluaran biaya rumah tangga sendiri dan biaya perawatan kesehatan anak dibawah umur 6 tahun (Galárraga, Sosa-Rubí, Salinas-Rodríguez, & Sesma-Vázquez, 2010; Jowett, Contoyannis, & Vinh, 2003; Nguyen & Wang, 2012; World Health Organization, 2010).

Indonesia adalah negara bagian Asia Tenggara yang status ekonominya masuk dalam kategori penghasilan menengah keatas (*Upper Middle Income Country/UMIC*) dan merupakan negara dengan jumlah penduduk terbesar ke-4 secara global sekitar 270.2 juta jiwa. Sekitar 26.42 juta penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan, walaupun telah mencapai hasil yang luar biasa dalam pengurangan kemiskinan, menurunkan tingkat kemiskinan lebih dari setengahnya sejak 1999, menjadi 9,8% pada tahun 2020 (World Bank, n.d., 2020). Hingga 2017 Indonesia terus meningkatkan investasi belanja dalam bidang kesehatan yaitu 2.99% dari produk domestik bruto (PDB) (World Bank, 2017). Walaupun porsi belanja kesehatan masih terbilang rendah, Indonesia tetap berbenah untuk mencapai derajat kesehatan warganya yang setinggi-tingginya dengan memulainya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014, yang dahulu masih terpisah-pisah yaitu Askes, Jamsostek, Asabri dan Taspen (Putri, 2004).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah perwujudan langkah konkrit dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diterapkan oleh Indonesia agar setiap warganya dapat memperoleh akses layanan kesehatan secara adil (Republik Indonesia, 2004). Dan program JKN merupakan representatif dari

tujuan UHC, dimana setiap negara yang telah menandatangani komitmen bersama WHO pada tahun 2005 segera menyelenggarakan UHC sehingga setiap warga negara dapat mencapai jaminan kesehatan secara menyeluruh, adil dan tidak khawatir dengan masalah pembiayaan (World Health Organization, 2005b). Hingga tahun 2017 index cakupan layanan UHC Indonesia mencapai 57% yang berarti ada peningkatan dibanding tahun 2015 yaitu 53%. Index tersebut masih terbilang rendah jika disandingkan dengan negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura yang masing-masing index cakupan UHC nya di tahun 2017 yaitu 73% dan 86% (United Nations, 2020d).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk dengan adanya UU BPJS nomor 24 tahun 2011 untuk menyelenggarakan program jaminan sosial sekaligus bentuk realisasi dari program UU SJSN nomor 40 tahun 2004, yang terdiri dari 2 bagian yaitu BPJS Kesehatan yang melaksanakan program jaminan kesehatan (JKN) dan BPJS Ketenagakerjaan yang melaksanakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Berdasarkan liputan Katadata tahun 2020 hingga Desember 2019 cakupan kepesertaan JKN yaitu 224,1 juta atau 83 persen dari total populasi penduduk Indonesia. Adapun rinciannya 96,5 juta peserta penerima bantuan iuran (PBI) Anggaran Penerimaan dan Belanja Negara (APBN), 38,8 juta peserta PBI Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD), 14,7 juta peserta pekerja penerima upah (PPU) Pegawai Negeri Sipil (PNS), 1,57 juta PPU TNI, 1,28 juta PPU Polri, dan 1,57 juta PPU Badan Usaha Milik Negara (BUMN), 210 ribu peserta PPU Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), 34,1 juta PPU swasta, dan 30,2 juta PPU Pekerja Mandiri dan terakhir 5,01 juta peserta berasal dari bukan pekerja.

Dalam melaksanakan cakupan kesehatan melalui JKN sebagaimana dalam PERPRES Nomor 82 Tahun 2018, BPJS Kesehatan sebagai badan hukum penyelenggara jaminan kesehatan Indonesia wajib bermitra dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL). Melalui Faskes tersebut BPJS membayarkan manfaat yang telah diterima oleh penerima manfaat JKN (peserta BPJS), untuk FKTP dibayar dengan kapitasi dan untuk FKTL dibayar dengan *Indonesian Case Based Groups*

(INA-CBGs). Pembayaran melalui kapitasi bertujuan untuk menurunkan keseluruhan biaya populasi perawatan seperti membatasi penggunaan tes dan obat-obatan yang mahal, mengurangi *readmissions*, memperpendek hari rawat dan memulangkan pasien langsung ke rumah (Porter & Kaplan, 2016). Adapun pembayaran dengan penerapan metode INA-CBGs memiliki kelebihan yaitu memberikan model transparansi manajemen dan pembiayaan rumah sakit, memberikan penghargaan berupa insentif bagi rumah sakit yang mampu efisien dan bermutu bagus, sebagai badan-badan pembayar (payer) akan terbuka lebar untuk mengontrol dengan lebih baik jumlah yang dibelanjakan pada faskes dan dimasa depan pembayar dapat memprediksi ruang-ruang mana yang wajib dibayar dan tidak pada FKTL atau rumah sakit (TNP2K, 2015).

RSKDIA Siti Fatimah Makassar adalah rumah sakit yang berada dibawah satuan kerja Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan yang saat ini sudah berstatus Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak (RSKDIA). Pada tanggal 19 Agustus 2008 RSKDIA Siti Fatimah Makassar menjadi Tipe B Khusus sesuai Surat Nomor 775/Menkes/SK/VIII/2008 dan hingga 2019 memiliki 13 layanan dan telah meraih akreditasi rumah sakit dengan lulus tingkat yaitu utama. Capaian indikator mutu pelayanan RSKDIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2017, 2018 dan 2019 adalah *Bed Occupancy Rate* (63, 62, 63) %, *Bed Turnover* (71, 54, 68) kali, *Average Length of Stay* (2, 3, 2) hari, *Turnover Interval* (3, 2, 3) hari, *Net Death Rate* (3.29, 9.59, 3.31) ‰ dan *Gross Death Rate* (11.38, 13.49, 12.86) ‰. Adapun 10 penyakit terbanyak pada pasien anak bulan Januari-Desember tahun 2019 dan Januari-Juli tahun 2020 adalah Diare (267, 58), BBLR (132, 59), Asfiksia (91, 69), Demam Thypoid (79, 29), ISPA (61, 37), Hypoglikemia (46, 28), Bronchopneumonia (42, 21), Sepsis Neonatorum (38, 47), RDN (37, 30) dan DBD (25, 24) (RSKDIA Siti Fatimah, 2019).

RSKDIA Siti Fatimah Makassar sebagai FKTL telah bekerjasama dengan dengan pihak BPJS sebagai pihak ketiga yang membayarkan biaya perawatan yang didapatkan oleh penerima manfaat JKN (peserta BPJS). Proses klaimnya telah diatur melalui aplikasi e-klaim milik BPJS (E-Klaim INA-CBGs), proses input dilakukan oleh faskes dan proses verifikasi dilakukan oleh pihak BPJS untuk selanjutnya dibayar sesuai jumlah klaim (BPJS Kesehatan, 2014). Proses

klaim tersebut digunakan untuk mengatur pembayaran dengan model pembayaran INA-CBGs melalui Aplikasi INA-CBGs yang berfungsi melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Output dari pembayaran tersebut dapat mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi dengan tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Tarif INA-CBGs dibayarkan ke rumah sakit didasarkan pada klasifikasi rumah sakit (Presiden RI, 2018). Dimana setiap kelas rumah sakit memiliki tarif tersendiri yang sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan dan Peraturan Rumah Sakit Nomor 30 Tahun 2019 tentang klasifikasi rumah sakit. Adanya perbedaan tarif yang diberikan antara kelas rumah sakit diharapkan rumah sakit memiliki kompetensi sesuai dengan klasifikasi sehingga rujukan pelayanan kesehatan berbasis kompetensi dapat berjalan dengan baik. Olehnya itu, diperlukan proses reuiu rumah sakit untuk menilai kelas rumah sakit sesuai aturan yang ada yang kemudian hasil reuiu tersebut dapat memperoleh gambaran sebaran kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam penataan sistem rujukan berbasis kompetensi (Menteri Kesehatan RI, 2013a, 2018, 2019a).

Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan sebagai hasil kredensial dan rekredensial, pada tahun 2018 terdapat ketidaksesuaian sumber daya manusia (SDM) sebanyak 92% di rumah sakit umum kelas A, 96% di rumah sakit umum kelas B, 86% di rumah sakit umum kelas C, dan 33 % di rumah sakit umum kelas D. Ketidaksesuaian SDM rumah sakit berdampak pada klasifikasi rumah sakit yang tidak menggambarkan kompetensi rumah sakit yang seharusnya (Menteri Kesehatan RI, 2018). Hal tersebut menggambarkan bahwa SDM yang sesuai kompeten juga memperlihatkan kompetensi kelas rumah sakit. Sehingga memiliki SDM yang kompeten tentu berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan. Menurut Pohan (2006) dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memiliki dimensi

kompetensi teknis yang terdiri keterampilan, kemampuan dan penampilan atau kinerja baik yang apabila tidak terpenuhi dapat mengakibatkan penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien. SDM yang dimaksud adalah tenaga medis, tenaga keperawatan dan/atau tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2019a).

Pada tahun 2019, Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan dua surat edaran di bulan Juli dan Agustus. Surat tersebut terkait reviu kelas rumah sakit dengan nomor HK.04.01/I/2963/2019 dan surat hasil penilaian ulang reviu kelas rumah sakit dengan nomor YR.05.01./III/3787/2019. Reviu kelas rumah sakit dilaksanakan dalam rangka kesesuaian kelas rumah sakit dengan standar klasifikasi yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2014 pada saat rumah sakit tersebut memiliki izin. Surat tersebut berisi tentang pengumuman 194 rumah sakit di Indonesia yang mengalami penurunan kelas. Dan salah satu diantaranya adalah RSKDIA Siti Fatimah Makassar yang mengalami penurunan kelas, dari kelas B ke kelas C. Walaupun sudah diberikan masa sanggah untuk memperbaiki data terkini yang dimiliki oleh RSKDIA Siti Fatimah Makassar hasilnya masih tetap sama yaitu turun kelas menjadi C. Adanya penurunan kelas tersebut berdampak pada tarif yang diberikan oleh BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan yang sebelumnya dibayar dengan tarif kelas B menjadi tarif pada kelas C. Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Menteri Kesehatan RI (2019) aplikasi INA-CBGs secara otomatis akan merubah tarif yang didapatkan sesuai perubahan kelas rumah sakit karena terdapat kode registrasi rumah sakit dalam menggunakan aplikasi INA-CBGs.

Adanya perubahan kelas memberikan dampak yang beragam pada rumah sakit, terutama efek langsung yang dirasakan adalah penurunan biaya tarif. Diliput dari Tribunnews (2019), Bambang Wibowo sebagai Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan mengungkapkan:

“Dampak pertama dari penurunan kelas adalah pembayaran dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit akan menurun. Kemudian dari segi pelayanan,

bagi pasien baru yang akan meminta rujukan mungkin saja bisa mengalami perubahan karena adanya penurunan kelas”

Berita lain juga mengabarkan, yang diunggah oleh media online dari Makassar Inside (2019) melalui perkataan salah satu pimpinan rumah sakit yang terkena dampak dari penurunan kelas rumah sakit yaitu Direktur Utama RSKD Dadi, dr Arman mengatakan:

“Klaim dari BPJS akan berubah. Misalnya saja, ada yang mau dioperasi usus buntu. Akan berbeda klaim dari BPJS jika dilakukan di rumah sakit yang bertipe ‘A’ dibanding yang bertipe ‘C’. Padahal pelayanannya sama antara rumah sakit yang satu dengan lainnya”

Hal tersebut menggambarkan, walaupun ada tindakan medis yang sama dari rumah sakit yang berbeda kelas, maka rumah sakit tetap harus memberikan layanan kesehatan tanpa melihat klaim yang diberikan oleh BPJS. Ini berarti rumah sakit tetap harus mengedepankan layanan berbasis kompetensi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Ternyata betul yang dikatakan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan bahwa penurunan kelas rumah sakit memiliki dampak pada tarif yang dibayarkan oleh BPJS. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya selisih ratusan juta dari perhitungan tarif INA-CBGs enam bulan sebelum dan setelah penurunan kelas RSKDIA Siti Fatimah Makassar. Hal senada juga terjadi pada penerima manfaat JKN di RSKDIA Siti Fatimah Makassar yang cenderung semakin banyak penerima manfaat yang dibayarkan setelah perubahan kelas. Adapun data yang menjadi bukti kuat dapat dilihat setelah data ditarik dari aplikasi INA-CBGs RSKDIA Siti Fatimah Makassar enam bulan sebelum dan setelah penurunan kelas. Untuk enam bulan (Maret - Agustus 2019) saat masih kelas B, tarif INA-CBGs yang dibayarkan ke rumah sakit yaitu 3.730.024.100 dan jumlah yang dibayarkan oleh BPJS yaitu 1361 penerima manfaat. Sedangkan enam bulan (September 2019 - Februari 2020) setelah perubahan kelas C, tarif INA-CBGs yang dibayarkan ke rumah sakit adalah 3.830.539.000 dengan jumlah yang dibayarkan yaitu 2220 penerima manfaat. Kemudian untuk perbandingan selisih antara tarif INA-CBGs dikurangi tarif rumah sakit total perhitungannya cenderung hasilnya negatif. Adapun total perhitungan tarif INA-

CBGs dikurang tarif rumah sakit saat menjadi kelas B yaitu -10.094.586.357 dan pada saat turun menjadi kelas C total perhitungannya menjadi -4.591.466.878.

Fenomena tarif dan jumlah penerima manfaat JKN di RSKDIA Siti Makassar diatas nampaknya terlihat mencolok, khususnya setelah terjadi penurunan kelas dari B ke kelas C. Hal ini tentunya berdampak signifikan terhadap pelayanan kesehatan dan keperawatan langsung kepada penerima manfaat JKN. Sementara, sampai saat ini belum ada evaluasi terkait dampak yang ditimbulkan dari penurunan kelas RSKDIA Siti Fatimah Makassar. Oleh karena itu, penyelenggaraan UHC melalui jaminan kesehatan nasional dengan proses reuiu rumah sakit yang hasilnya terjadi penurunan kelas menjadikan dasar peneliti untuk melakukan evaluasi pencapaian UHC dalam pelayanan kesehatan di RSKDIA Siti Fatimah Makassar.

B. Rumusan Masalah

UHC merupakan jaminan kesehatan yang mampu memperkuat sistem dan kualitas kesehatan bagi setiap negara (World Health Organization, 2010). JKN adalah jaminan kesehatan untuk meningkatkan akses dan kualitas kesehatan khususnya di Indonesia. Agar jaminan kesehatan berjalan di Indonesia sesuai komitmen WHA 2005 maka dibuatkan badan penyelenggara sebagai perantara antara penerima manfaat JKN dan fasilitas kesehatan yang disebut BPJS (Republik Indonesia, 2011).

BPJS adalah badan hukum yang menjalankan program jaminan kesehatan kepada penerima manfaat yang telah menjadi peserta BPJS dan kemudian mendapatkan jaminan kesehatan jika memanfaatkan layanan kesehatan baik pada level FKTP ataupun FKTL. BPJS memiliki wewenang untuk membayar klaim dari setiap pelayanan kesehatan dari pesertanya. Kemudian setiap tarif yang dibayarkan ke fasilitas kesehatan oleh BPJS tergantung dari kelas rumah sakit (Menteri Kesehatan RI, 2013a). Dan pembayaran layanan kesehatan ke FKTL semuanya telah diatur melalui satu aplikasi e-klaim INA-CBGs (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Dalam pembiayaan jaminan kesehatan nasional melalui sistem INA-CBGs, komponen harus saling terkait satu dan yang lainnya. Komponen yang langsung

terkait pada output pelayanan adalah *clinical pathway*, coding dan teknologi informasi. Output pelayanan yang dimaksud adalah terciptanya mutu sesuai standar sehingga terjadi efisiensi seluruh komponen dalam rumah sakit (Menteri Kesehatan RI, 2017). Satu dari tiga komponen tersebut yaitu *clinical pathway* merupakan komponen yang berpengaruh dalam penerapan standar mutu pelayanan dan efisiensi rumah sakit (Ashton, 2001).

Dalam sistem layanan kesehatan rumah sakit terdapat komponen input, proses dan output yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menjalankan alur layanan kesehatan (Donabedian, 1966). Setiap komponen terdapat instrument yang harus disiapkan agar pelayanan kesehatan dapat berjalan, dan supaya pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan koridornya maka dibutuhkan suatu instrument yang terstandarisasi dalam setiap komponen (Ashton, 2001). *Clinical pathway* dan INA-CBGs adalah instrument yang sangat penting dalam komponen sistem layanan kesehatan rumah sakit yang berfungsi sebagai alat pengendali mutu dan biaya (Komaryani, 2017).

Menurut Ashton (2001) *clinical pathway* adalah alat manajemen perawatan pasien yang mengatur dan mengurutkan waktu intervensi utama perawat, dokter, dan departemen lain untuk jenis kasus tertentu. *Clinical pathway* bertujuan untuk memperbaiki luaran klinis pasien, menurunkan lama hari rawat, menurunkan biaya perawatan, menghemat penggunaan sarana dan meningkatkan kepuasan pasien (Rotter et al., 2012). Sedangkan INA-CBGs adalah instrumen yang digunakan dalam pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan menggunakan metode pembayaran prospektif (casemix) yang bertujuan mengendalikan biaya kesehatan dan mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Besaran tarif INA-CBGs yang dibayarkan oleh BPJS ke FKTL dapat dilihat dalam aplikasi INA-CBGs yang merupakan aplikasi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Output/hasil* dari penarikan data pada aplikasi e-klaim INA-CBGs itemnya beragam diantaranya identitas pasien, tanggal masuk dan keluar, diagnosa, kode diagnosa (ICD 9 dan ICD 10), pengelompokan diagnosa, tarif peritem, hasil pasien keluar dan sebagainya (Menteri Kesehatan RI, 2019b). Kumpulan item database tersebut bisa melacak *patient outcome*,

length of stay dan *hospital cost*, yang dapat dijadikan dasar dalam menilai mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (FKTL). Ketiga item tersebut adalah bagian dari komponen yang ada dalam *clinical pathway*. Menurut Firmanda (2012) dengan selembar *clinical pathway* dapat melihat biaya intervensi (obat, jasa medis, pemeriksaan diagnostik, operasi), hasil pasien, lama hari rawat, kode diagnosa dan kinerja individu dan Tim. Sehingga alur pelayanan kesehatan jika sesuai dengan *clinical pathway* yang kemudian dimasukkan kedalam resume medis kemudian di input ke dalam aplikasi INA-CBGs maka menghasilkan mutu pelayanan kesehatan dan efisiensi rumah sakit (Komaryani, 2017).

Program Jaminan Kesehatan melalui salah satu alatnya yaitu output data dari aplikasi e-klaim INA-CBGs berupa *patient outcome*, *length of stay* dan *hospital cost* dapat ditarik dalam setiap episode waktu. Misalnya sebelum dan setelah penurunan kelas dapat ditarik datanya yang kemudian dapat dianalisis dengan data yang didapatkan. Olehnya itu, penurunan kelas RSKDIA Siti Fatimah Makassar dapat di evaluasi mutu pelayanannya berdasarkan analisis data dari aplikasi INA-CBGs yang didapatkan. Sehingga penelitian ini memunculkan pertanyaan, apakah mengevaluasi jaminan kesehatan nasional dengan menggunakan data aplikasi e-klaim INA-CBGs dapat mengetahui pencapaian UHC sekaligus mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak (*patient outcome*, *length of stay* dan *cost*) sebelum dan setelah penurunan kelas pada penerima manfaat JKN (peserta BPJS) di RSKDIA Siti Fatimah Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian *universal health coverage* dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di RSKDIA Siti Fatimah Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengevaluasi *patient outcome* (status pulang), *length of stay* (los) dan *readmission* dalam pelayanan kesehatan pada penerima manfaat JKN di RSKDIA Siti Fatimah Makassar sebelum dan setelah penurunan kelas.

- b. Mengevaluasi *hospital cost* dalam pelayanan kesehatan pada penerima manfaat JKN di RSKDIA Siti Fatimah Makassar sebelum dan setelah penurunan kelas.

D. Originalitas Penelitian

Penggunaan aplikasi e-klaim INA-CBGs di era jaminan kesehatan nasional (JKN) pertama kali dimulai tahun 2014. Walaupun secara historis e-klaim sudah dilaksanakan sebelum era JKN yaitu ketika masih menggunakan klaim pada program JAMKESMAS pada tahun 2010 yang saat itu masih versi pertama. Seiring berjalan waktu pelaksanaan JKN, aplikasi e-klaim INA-CBGs mengalami pengembangan yang hingga saat ini perubahannya yang cukup signifikan. Tentunya dengan pengembangan dan penambahan dari segi interface maupun rancang bangun alur pengiriman data item dapat dijadikan alat ukur dalam mendorong dan menilai mutu pelayanan kesehatan. Dan sejauh ini aplikasi INA-CBGs telah digunakan oleh rumah sakit dan klinik yang melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Beberapa penelitian telah dilakukan tentang evaluasi jaminan kesehatan nasional terkait dengan mutu pelayanan kesehatan, namun terkait dengan penggunaan sumber data dari aplikasi INA-CBGs belum ada yang teliti. Adapun penelitian yang berhubungan dengan evaluasi program jaminan kesehatan yang peneliti dapat lacak adalah Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I Kabupaten Sleman Tahun 2016. Penelitian tersebut menggunakan data pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas) dengan metode *mix method*. Hasilnya adalah penilaian masyarakat terhadap Program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan di Kabupaten Sleman pada model pelayanan mendapat nilai cukup baik, dan pada kualitas pelayanan juga mendapatkan nilai cukup baik. (Nur, Utami, & Mutiarin, 2016). Penelitian lainnya melihat hubungan antara program jaminan kesehatan dengan pengeluaran saku pribadi (*out of pocket*) pada pasien yang bersalin. sebagian pengeluaran OOP untuk biaya pelayanan persalinan masih ada pada ibu yang menggunakan JKN selama persalinan, berpotensi disebabkan oleh ketersediaan stok obat dan kurangnya rawat inap (Nur et al., 2016).

Pelaksanaan program JKN diharapkan dapat mengontrol mutu dan biaya yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Pelaksanaan INA-CBGs yang merupakan bagian dari JKN adalah mendorong peningkatan mutu dan efisiensi biaya. Penelitian yang dilakukan pada pasien stroke bertujuan untuk mengukur kualitas perawatan di unit stroke dan mengetahui akseptabilitas dan ketepatan aturan dari jkn. Hasilnya adalah kualitas pelayanan di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito dari pihak dokter sudah baik. Rasionalisasi obat dan keamanan pasien diprioritaskan. Dari hasil penelitian kualitatif, penerimaan formulasi nasional sedikit kurang diterima oleh para dokter. Pelindung saraf dan jenis obat lain tidak ada dalam daftar. Perawatan rumah sebagai salah satu rehabilitasi tidak ditanggung oleh BPJS. Sistem rujukan balik ke dokter umum tidak dapat diterima oleh ahli saraf karena kurangnya fasilitas di puskesmas atau PPK I. Penelitian dan pendidikan di rumah sakit akademik tidak berjalan dengan baik karena kurangnya pasien.

Beberapa penelitian yang disebutkan diatas adalah bentuk JKN terhadap mutu pelayanan kesehatan. Namun, seiring perkembangan dan perubahan kebijakan pada program JKN terkait dengan aturan review rumah sakit hingga saat ini belum ada yang evaluasi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab II, diuraikan tinjauan tentang algoritma pencarian, tinjauan literatur (tinjauan teori evaluasi, jaminan kesehatan nasional, mutu pelayanan kesehatan, *patient health outcome*, *cost* dan *length of stay* dalam rumah sakit) dan kerangka teori.

A. Algoritme Pencarian

Terdapat beberapa artikel ilmiah yang digunakan pada tinjauan pustaka ini. Adapun artikel ilmiah yang digunakan adalah artikel yang didapatkan melalui pencarian di database *Pubmed*, *Proquest*, *Clinicalkey for Nursing*, *Google Scholar*, *CINAHL* dan Garuda.

Database awal yang digunakan untuk pencarian artikel adalah *Pubmed* dengan memanfaatkan kolom *Advanced Search* yang kemudian memasukkan *keyword* (*National Health Insurance Beneficiaries*) AND (*National Health Insurance OR Universal Health Insurance OR Health Care Service*) AND (*Patient Health Outcome OR Length of Stay OR Cost*) didapatkan artikel sebanyak 851 dan dilakukan filter berupa teks lengkap gratis, studi evaluasi, artikel jurnal, dalam 5 tahun terakhir dan Bahasa Inggris didapatkan 198 artikel. Database selanjutnya adalah *proquest* dengan *keyword* (“*Inpatient*”) AND (“*Health Care Service*”) AND (“*Quality Health Care OR Quality Health Service*”) dengan filter 5 tahun terakhir didapatkan sejumlah 52 artikel. Pada teknik pencarian di *Clinicalkey for Nursing* dengan memasukkan *keyword* “*Inpatient AND National Health Insurance OR Universal Health Insurance OR Health Care Service AND Patient Health Outcome OR Length of Stay OR Cost*” diperoleh 39 artikel dan dilakukan filter 5 tahun terakhir maka didapatkan 17 artikel.

Pada pencarian melalui database *Scholar* dengan memasukkan *keyword* “*National Health Insurance Beneficiaries*” AND “*National Health Insurance*” OR “*Universal Health Insurance*” OR “*Universal Health Insurance*” OR “*Health Care Service*” AND “*Patient Health Outcome*” OR “*Health Outcome*” OR “*Length of Stay*” OR “*Cost*” didapatkan 129 artikel yang kemudian difilter menggunakan 5 tahun terakhir, didapatkan 56 artikel. Kemudian dilakukan lagi

penelitian dengan menggunakan data base CINAHL dengan memasukkan *keyword (Beneficiaries) AND (National Health Programs) AND (Patient Outcomes OR Health Outcomes OR Costs OR Cost OR Length Of Stay OR Los OR Inpatient Stay OR Time In Hospital OR Time To Discharge)* dengan filter 5 tahun terakhir dan teks lengkap didapatkan 39 artikel. Dan data base terakhir yang digunakan untuk pencarian adalah Garuda dengan memasukkan kata kunci INA-CBGs didapatkan artikel sebanyak 41 artikel, kemudian dilakukan filter 5 tahun dan didapatkan 28 artikel.

B. Tinjauan Literatur

1. Tinjauan Teori Tentang Evaluasi

a. Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah alat manajemen penting yang berfungsi untuk mengukur bagaimana kebijakan mencapai hasil yang diharapkan dan untuk memandu perbaikan dari setiap intervensi yang sedang berlangsung (Malta et al., 2016). Evaluasi program adalah pengumpulan informasi yang rutin, sistematis, dan disengaja untuk mengungkap atau mengidentifikasi apa yang berkontribusi pada "keberhasilan" program dan tindakan apa yang perlu diambil untuk menangani temuan proses evaluasi (Durning & Hemmer, 2010). Dengan kata lain, evaluasi program mencoba untuk mengidentifikasi sumber-sumber variasi hasil program baik dari dalam maupun luar program, sambil menentukan apakah sumber-sumber variasi atau bahkan hasil itu sendiri diinginkan atau tidak diinginkan (Frye & Hemmer, 2012).

Dalam buku *Understanding Evaluation In: Evaluation Research* karya Alan Clarke (2011) terdapat istilah dan pengertian terkait evaluasi yang dikutip dari beberapa ahli.

- 1) Evaluasi adalah jenis penelitian kebijakan, dirancang untuk membantu orang membuat pilihan bijak tentang pemrograman masa depan. Evaluasi tidak bertujuan untuk menggantikan pengalaman dan penilaian pembuat keputusan, tetapi menawarkan bukti sistematis yang menginformasikan

pengalaman dan penilaian. Evaluasi mengupayakan ketidakberpihakan dan keadilan. Yang terbaik, ini berusaha untuk mewakili berbagai perspektif dari mereka yang memiliki kepentingan dalam program tersebut (Weiss, 1990).

- 2) Evaluasi biasanya diartikan sebagai penentuan nilai atau nilai sesuatu dalam hal ini, program pendidikan dan sosial, kebijakan, dan personel dinilai menurut kriteria yang sesuai, dengan kriteria tersebut, kriteria dijelaskan dan dibenarkan (House, 1993).
- 3) Evaluasi program adalah pengumpulan informasi sistematis tentang kegiatan, karakteristik, dan hasil program untuk digunakan oleh orang-orang tertentu untuk mengurangi ketidakpastian, meningkatkan efektivitas, dan membuat keputusan terkait dengan apa yang dilakukan dan dipengaruhi oleh program tersebut (Patton, 1986).

Definisi lain dari evaluasi digambarkan secara singkat, konsisten dan umum oleh *Joint Committee* (1994) di dalam buku *Evaluation Theory, Models, and Applications* karya Stufflebeam & Coryn (2014), evaluasi adalah penilaian sistematis dari nilai atau manfaat suatu objek. Evaluasi sebagai tindakan atau proses untuk menentukan manfaat, nilai, atau signifikansi suatu proses produk/jasa. Dan akar utama dari istilah evaluasi adalah nilai. Sehingga dalam melakukan evaluasi, evaluasi bergantung dan melibatkan nilai dalam program yang dijalankan. Nilai-nilai yang dimaksud adalah efektivitas, efisiensi, kegunaan, biaya, keamanan dan legalitas. Hal senada diungkapkan oleh Clarke (2011) bahwa evaluasi berkaitan dengan menentukan manfaat, nilai atau nilai dari kebijakan yang ditetapkan atau intervensi yang direncanakan. Penekanan evaluasi di tempatkan pada pemberian pengetahuan praktis untuk membantu proses pengambilan keputusan dan fiturnya dipandang sebagai jenis penelitian kebijakan.

Penelitian evaluasi adalah penerapan sistematis dari prosedur penelitian sosial untuk menilai konseptualisasi, desain, implementasi, dan

kegunaan program intervensi sosial (Rossi dan Freeman, 1993 dalam Clarke, 2011). Baik istilah 'evaluasi' dan 'penelitian evaluasi' digunakan dalam definisi yang sama dan cenderung istilah-istilah tersebut dipakai secara bergantian. Beberapa ahli membuat titik yang berbeda antara evaluasi dan penelitian evaluasi. Berikut ini perbedaannya yang dirangkum dalam Clarke (2011) :

- 1) Evaluasi mengacu pada tujuan untuk menetapkan nilai atau nilai suatu tindakan, intervensi atau program, sedangkan penelitian evaluatif dikatakan terjadi ketika metode ilmiah digunakan dalam proses melakukan evaluasi (Suchman, 1967).
- 2) Evaluasi program pada dasarnya mode penyelidikan yang berorientasi pada layanan dan praktis yang terutama memiliki maksud evaluatif. Sebagai suatu pendekatan, ini secara langsung menanggapi kebutuhan administrator dan manajer program. Tujuan utamanya adalah untuk menetapkan manfaat atau nilai suatu program atau intervensi. Penelitian program digambarkan sebagai studi ilmu sosial terapan tentang program sosial tanpa pretense untuk menjadi evaluatif, responsif, atau berguna setidaknya dalam jangka pendek (Lipsey, 1986).
- 3) Evaluasi bertujuan memberikan informasi bagi mereka yang bertanggung jawab untuk membuat keputusan tentang pengembangan program tersebut di masa mendatang, meskipun pengevaluasi program menggunakan metode penelitian untuk mengumpulkan data tentang program tertentu. Dengan demikian, penekanannya adalah pada kegunaan, relevansi, kepraktisan, dan pemenuhan kebutuhan informasi pembuat keputusan tertentu. Berbeda dengan penelitian evaluasi dimana ada penekanan yang relatif lebih besar pada generalisasi, kausalitas, dan kredibilitas dalam komunitas penelitian (Patton, 1986).

Chelmsky (1985) dalam Clarke (2011) membahas 3 kategori efektivitas evaluasi program yaitu:

- 1) Deskriptif

Pada tingkat deskriptif, pengevaluasi ingin mengetahui berapa banyak orang yang terlibat dalam kegiatan program tertentu dan apakah bentuk partisipasi mereka.

2) Normatif

Program efektif jika melibatkan pertanyaan sejauh mana program beroperasi seperti yang dimaksudkan semula. Misalnya, apakah pasien menerima jumlah kunjungan rumah yang ditentukan dalam jangka waktu yang direkomendasikan oleh program.

3) Sebab Akibat

Dirancang untuk memastikan apakah suatu program telah berhasil atau tidak. Evaluator berusaha untuk menemukan perubahan mana yang dapat dilihat sebagai hasil dari intervensi program tertentu.

Pelabelan efektivitas evaluasi program mampu melihat hasil program dan mencapai tujuan akhir program serta untuk meningkatkan kualitas program. Selain itu, pelabelan tersebut dapat memeriksa program dari sejumlah perspektif yang berbeda dan mencari hubungan sebab akibat antara kegiatan dan hasil program. Sehingga menjadi pertimbangan dan membuat prediksi tentang perkembangan masa depan (Clarke, 2011)

b. Tujuan Evaluasi

Menurut Patton (1987) tujuan evaluasi yaitu untuk membuat penilaian tentang suatu program, untuk meningkatkan keefektifannya, dan/atau untuk menginformasikan keputusan pemrograman. Lebih lanjut dalam tulisan Clarke (2011) terdapat beberapa tujuan dilakukannya evaluasi yaitu:

- 1) Evaluasi disajikan sebagai bentuk penelitian sosial terapan, yang tujuan utamanya bukan untuk menemukan pengetahuan baru, seperti halnya penelitian dasar, tetapi untuk mempelajari keefektifan yang digunakan pengetahuan yang ada untuk menginformasikan dan membimbing tindakan praktis. Seperti yang dikemukakan oleh Stufflebeam dan Shinkfield (1985), tujuan paling penting dari evaluasi bukanlah untuk membuktikan tetapi untuk meningkatkan.

- 2) Evaluasi tidak seperti ilmu-ilmu dasar, tidak bertujuan untuk kebenaran atau kepastian. Tujuannya adalah untuk membantu meningkatkan program yang dijalankan dan pembuatan kebijakan. Orientasi praktis inilah yang merupakan salah satu ciri pembeda utama dari evaluasi.
- 3) Sebagai bentuk penyelidikan, ini sangat berorientasi pada tindakan. Pandangan bahwa penelitian evaluasi berbeda dari jenis penelitian lain, lebih dalam hal tujuan yang dimaksudkan dari pada sifat desain atau metode pelaksanaannya, dianut oleh banyak ahli teori evaluasi.

c. Jenis Evaluasi

Organisasi *Betterevaluation* membagi bentuk-bentuk evaluasi yaitu:

1) *Needs Analysis*

Analisis dan prioritas mana yang perlu menginformasikan perencanaan intervensi

2) *Ex Ante Impact Evaluation*

Memprediksi kemungkinan dampak intervensi untuk informasi alokasi sumber daya

3) *Process Evaluation*

Memeriksa sifat dan kualitas implementasi intervensi

4) *Outcome And Impact Evaluation*

Memeriksa hasil intervensi

5) *Sustained And Emerging Impacts Evaluations*

Mengkaji dampak abadi dari suatu intervensi beberapa waktu setelah intervensi berakhir

6) *Value-For-Money Evaluations*

Meneliti hubungan antara biaya intervensi dan nilai dampak positif dan negatifnya

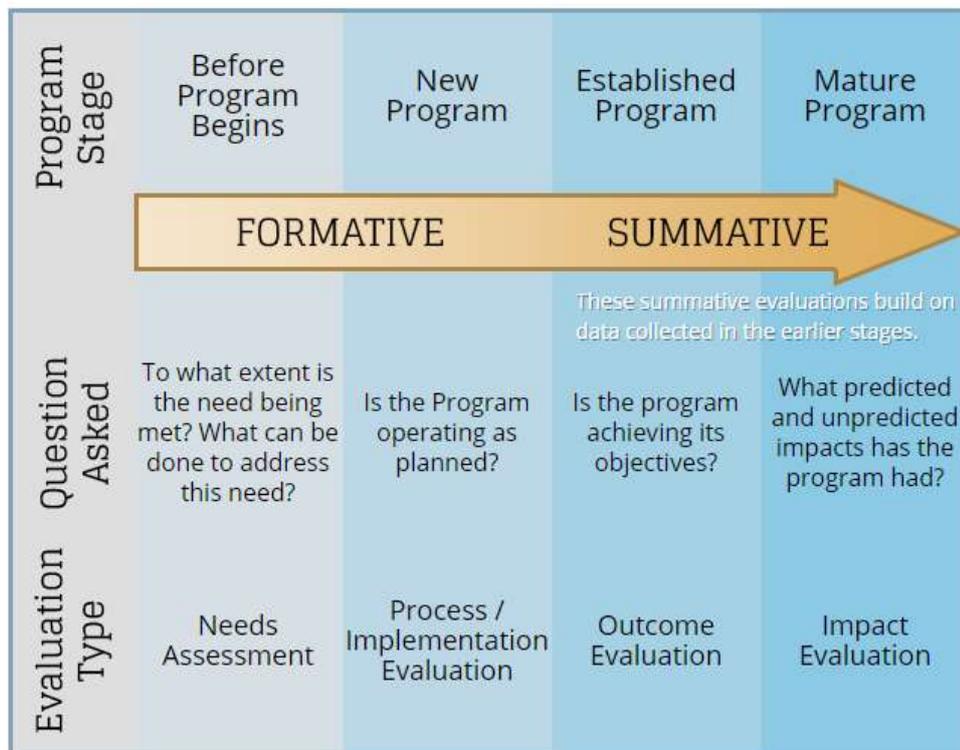
7) *Syntheses Of Multiple Evaluations*

Menggabungkan bukti dari berbagai evaluasi (Betterevaluation, 2021).

Menurut Scriven (1967) bahwa evaluasi dibagi dalam 2 jenis kategori yaitu formatif dan sumatif. Di dalam kategori formatif dan sumatif, terdapat berbagai jenis evaluasi seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1
Kategori Formatif dan Sumatif

Jenis Evaluasi	Tujuan
Formatif	
Penilaian Kebutuhan	Menentukan siapa yang membutuhkan program, seberapa besar kebutuhan tersebut, dan apa yang dapat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Penilaian kebutuhan dapat membantu menentukan audiens apa yang saat ini tidak dilayani oleh program dan memberikan wawasan tentang karakteristik apa yang harus dimiliki program baru untuk memenuhi kebutuhan audiens ini.
Evaluasi Proses atau Implementasi	Memeriksa proses implementasi program dan menentukan apakah program beroperasi sesuai rencana. Dapat dilakukan terus menerus atau sebagai penilaian satu kali. Hasilnya digunakan untuk meningkatkan program. Evaluasi proses program dapat berfokus pada jumlah dan jenis peserta yang dijangkau dan / atau menentukan seberapa puas individu-individu ini dengan program tersebut.
Sumatif	
Evaluasi Hasil	Menyelidiki sejauh mana program mencapai hasil-hasilnya. Hasil ini adalah perubahan jangka pendek dan jangka menengah yang dihasilkan langsung dari program. Misalnya, evaluasi hasil dapat meningkatkan pelayanan atau efektivitas dari program pelayanan kesehatan.
Evaluasi Dampak	Menentukan setiap perubahan yang lebih luas dan berjangka panjang yang telah terjadi sebagai hasil dari program. Dampak ini adalah efek bersihnya, misalnya meningkatkan jumlah kunjungan atas kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang telah didapatkan



Gambar 2.1
Evaluation Program Stage

Gambar diadaptasi dari:

Norland, E. (2004, Sept).education theory to conservation practice Presented at the Annual Meeting of the International Association for Fish & Wildlife Agencies, Atlantic City, New Jersey.

Pancer, s. M., and Westhues, A. (1989) "A developmental stage approach to program planning and evaluation." *Evaluation Review* (13): 56-77.

Rossi R H., Lipsey, M. W., & Freeman. H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach* Thousand Oaks. Call: Sage Publications.

Dalam menangkap elemen penting dari dua pendekatan formal untuk evaluasi formatif dan sumatif dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 2.2

Perbandingan Evaluasi Formatif dan Sumatif

Keterangan	Formatif	Sumatif
Target audiens	manajer program / praktisi	pembuat kebijakan, penyandang dana, publik
Fokus pengumpulan data	klarifikasi tujuan, sifat implementasi, mengidentifikasi hasil	implementasi isu, ukuran hasil
Peran evaluator	interaktif	independen
Metodologi	kuantitatif dan kualitatif (penekanan pada yang terakhir)	penekanan pada kuantitatif
Frekuensi pengumpulan data	pemantauan terus menerus	terbatas
Prosedur pelaporan	informal melalui kelompok diskusi dan rapat	laporan formal
Frekuensi pelaporan	selama periode observasi / studi	pada penyelesaian evaluasi

Sumber: Diadaptasi dari Herman et al. (1987) dalam (Clarke, 2011)

d. Model Evaluasi

Ada 8 model bentuk evaluasi program, yaitu:

a) Model eksperimental/quasi-eksperimental/pa-eksperimental

Desain eksperimental dan kuasi eksperimental adalah beberapa desain paling awal yang diterapkan saat evaluasi mulai umum digunakan pada pertengahan 1960-an. Timbul dari landasan teoritis reduksionis, kebenaran temuan dari studi yang menggunakan desain ini bergantung pada validasi cermat pengevaluasi terhadap asumsi hubungan kausal linier antara elemen program dan hasil program yang di inginkan (Stufflebeam & Coryn, 2014). Secara umum, desain eksperimental msengesampingkan lebih banyak ancaman terhadap validitas internal daripada desain kuasi-eksperimental, dan desain kuasi-eksperimental

menyingkirkan lebih banyak ancaman daripada desain pra-eksperimental, seperti yang ditunjukkan dalam 'validitas internal Kontinum' pada gambar 2.2. Dalam merancang evaluasi dampak, tujuannya adalah untuk memilih desain kontinum yang mungkin dapat diterapkan secara layak untuk program kesehatan. Karena tidak ada desain dampak yang bisa mengatur dari semua ancaman. Bagaimanapun, setiap desain memiliki ancaman terhadap validitas internal pada semua evaluasi dampak.



Gambar 2.2
Internal Validity Continuum Showing the Three Types of Impact Evaluation Designs

Diadaptasi dari: Grembowski, D. (2001). *The Practice of Health Program Evaluation*. The Practice of Health Program Evaluation. <https://doi.org/10.4135/9781483328621>

Singkatnya, ada tiga jenis desain dasar untuk melakukan evaluasi dampak: eksperimental, kuasi-Eksperimental, dan pra-eksperimental. Pada bagian selanjutnya, desain dampak di setiap jenis ditinjau, bersama dengan masing-masing ancaman validitas internal dan eksternal. Selanjutnya, ancaman terhadap kesimpulan statistik dan validitas pengukuran diperiksa (Grembowski, 2001).

b) Model evaluasi empat tingkat Kirkpatrick

Salah satu model evaluasi yang paling terkenal dan banyak digunakan untuk program-program adalah model evaluasi empat tingkat dengan Donald Kirkpatrick. Konseptualisasi berkembang dari disertasi doktor Kirkpatrick pada tahun 1952. Dari November 1959 hingga Februari 1960, Kirkpatrick menerbitkan serangkaian empat artikel yaitu *Techniques for Evaluating Training Programs, in the*

Journal for the American Society of Training Directors (Reio, Rocco, Smith, & Chang, 2017).

Model Kirkpatrick terdiri dari empat kriteria atau tingkat evaluasi yaitu reaksi, pembelajaran, kinerja pekerjaan, dan dampak organisasi. Model evaluasi tersebut fokus pada pelatihan dan pengembangan program (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Di Tingkat 1, fokusnya adalah pada reaksi pelajar terhadap program. Instrumen pengukuran meminta komentar tentang konten pelatihan, materi, instruktur, fasilitas, metode penyampaian, dll. Hal ini penting karena reaksi positif terhadap program pelatihan dapat mendorong karyawan untuk mengikuti program di masa mendatang. Sebaliknya, komentar negatif tentang program dapat menghalangi peserta didik untuk menghadiri dan / atau menyelesaikan program. Baik komentar positif maupun negatif dapat digunakan untuk mengubah program dan untuk memastikan dukungan organisasi untuk program pelatihan (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Pada Tingkat 2 adalah evaluasi konten, pemeriksaan terhadap apa yang dipelajari karyawan sebagai hasil dari berpartisipasi dalam program pelatihan. Kirkpatrick mendefinisikan pembelajaran "sebagai sejauh mana peserta mengubah sikap, meningkatkan pengetahuan, dan / atau meningkatkan keterampilan sebagai hasil dari menghadiri program" (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Pada Tingkat 3 mengukur kinerja kerja karyawan dengan menentukan sejauh mana karyawan menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh di tempat kerja. Tingkat evaluasi ini sangat penting, karena ini menutupi masalah transfer pembelajaran. Jika karyawan tidak menerapkan apa yang mereka pelajari ke dalam pekerjaan mereka, upaya pelatihan tidak dapat berdampak pada hasil organisasi (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Pada Level 4, organisasi mencari hasil program dari upaya pelatihan mereka. Pada tingkat ini, organisasi berusaha untuk mengukur perubahan organisasi yang sebenarnya karena pelatihan

menempatkan nilai pada perubahan tersebut. Program yang menargetkan peningkatan penjualan, pengurangan kecelakaan, penurunan omset, penurunan biaya, atau peningkatan produksi seringkali dapat dievaluasi dalam kaitannya dengan hasil (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Model Kirkpatrick berorientasi dan berfokus pada penentuan hasil dari suatu program. Dengan kata lain, jika digunakan dalam penelitian maka ini adalah model evaluasi sumatif, yang hanya dilakukan setelah program pelatihan dilaksanakan untuk menilai apakah program pelatihan berhasil dan memberikan ringkasan laporan hasil pelatihan untuk pertimbangan kelanjutan dan / atau perbaikannya. Namun demikian, sebagaimana dikemukakan oleh Kirkpatrick, berdasarkan hasil evaluasi tersebut, keputusan untuk melanjutkan atau mengubah program pelatihan dapat dibuat dengan semestinya. Hasil evaluasi sumatif dapat berubah menjadi evaluasi formatif untuk pengembangan instrumen, perbaikan program masa depan, dan / atau modifikasi (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

c) Model Evaluasi IPO

Bushnell (1990) model evaluasi mirip dengan banyak model desain instruksional sistematis. Akronim IPO Model berasal dari tiga tahap model yaitu input, proses, dan output. Tahap input berisi semua elemen yang dapat mempengaruhi keefektifan pelatihan, seperti kompetensi pelatih, materi pelatihan, fasilitas dan peralatan. Dalam tahap proses, pelatih merencanakan, merancang, mengembangkan, dan menyampaikan program. Tahap keluaran, manfaat jangka pendek terdiri dari tiga tingkat pertama Kirkpatrick - reaksi peserta, pengetahuan yang diperoleh, dan peningkatan kinerja pekerjaan. Bushnell memasukkan level keempat Kirkpatrick untuk mengidentifikasi selama ini manfaat jangka panjang untuk garis bawah organisasi, yang meliputi profitabilitas, kepuasan pelanggan dan produktivitas (Reio et al., 2017).

d) Model Evaluasi Enam Tahap Brinkerhoff

Brinkerhoff (1987) menganjurkan evaluasi melingkar dengan mengukur semua elemen desain instruksional. Model evaluasi enam tahap dimulai dengan penilaian kebutuhan dan mengidentifikasi tujuan pelatihan. Tahap dua mengevaluasi desain program, dan tahap tiga mengevaluasi implementasi program, yang mirip dengan evaluasi Kirkpatrick Level 1. Tahap empat mengevaluasi pembelajaran, dan identik dengan Level 2 Kirkpatrick. Tahap 5 mengevaluasi perilaku, dan mirip dengan evaluasi Level 3 Kirkpatrick. Tahap enam mengevaluasi seberapa banyak pembelajaran yang ditransfer ke hasil, seperti halnya Kirkpatrick's Level 4 (Reio et al., 2017).

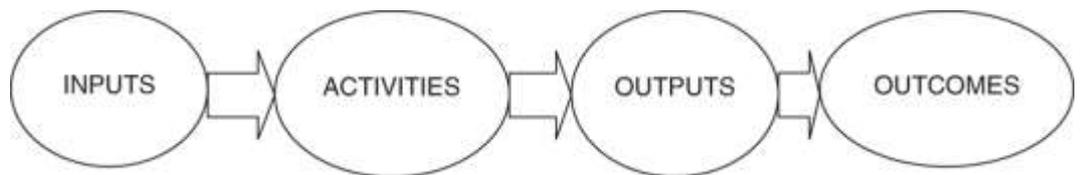
e) Model Evaluasi CIRO

Warr, Bird, dan Rackham (1970) mempresentasikan kerangka empat tingkat lainnya, yang terdiri dari konteks, masukan, reaksi, dan hasil (CIRO). Evaluasi konteks melibatkan perolehan informasi tentang situasi saat ini untuk menentukan kebutuhan dan tujuan pelatihan. Ini mirip dengan evaluasi konteks dalam model CIPP. Evaluasi masukan melibatkan perolehan informasi tentang kemungkinan sumber pelatihan, dan juga mirip dengan tahap masukan model CIPP. Evaluasi reaksi melibatkan memperoleh informasi tentang reaksi peserta untuk meningkatkan proses pelatihan, mirip dengan Level 1 Kirkpatrick Evaluasi reaksi. Evaluasi hasil melibatkan memperoleh informasi tentang hasil atau hasil dari program. Fase hasil ini memiliki tiga tingkat yang berbeda: hasil langsung, menengah, dan akhir, dan mirip dengan tingkat pembelajaran, perilaku, dan hasil Kirkpatrick (Reio et al., 2017).

f) Model Evaluasi Logika

Evaluasi model logika dibangun dan diciptakan oleh penciptanya yaitu Frechtling (2007) dan strukturnya berbagi karakteristik dengan model evaluasi CIPP, tetapi berfokus pada proses perubahan dan sistem di mana inovasi ditanamkan. Meskipun kesederhanaan strukturalnya membuatnya menarik bagi evaluator

pemula dan berpengalaman, pendekatan ini didasarkan pada asumsi bahwa hubungan antara metode pemberdayaan program dan hasil yang diinginkan dipahami dengan jelas. Empat komponen dasar Model Logika mudah didefinisikan (Gambar 2.3). Tingkat kerumitan yang dimasukkan ke dalam spesifikasi setiap komponen dapat bervariasi dengan keahlian penilai atau sumber daya direktur program. Saat menggunakan Model Logika untuk perencanaan program, sebagian besar merasa berguna untuk memulai dengan hasil yang diinginkan dan kemudian bekerja mundur melalui komponen lainnya. Untuk program yang kompleks, Model Logika dapat diperluas ke beberapa tingkatan. Deskripsi kami hanya akan mencakup dasar-dasar dari empat elemen penting, tetapi detail Model Logika berjenjang yang cocok untuk program yang lebih kompleks sudah tersedia dalam teks (Frye & Hemmer, 2012).



Gambar 2.3
Model Evaluasi Logika

Input Model Logika terdiri dari semua sumber daya yang relevan, baik material maupun intelektual, diharapkan tersedia atau benar-benar tersedia untuk proyek atau program. Masukan dapat mencakup sumber pendanaan (sudah tersedia atau baru mau diperoleh), fasilitas, keterampilan, waktu, keterampilan staf, teknologi, dan elemen budaya kelembagaan yang relevan (misalnya dukungan Departemen). Mendefinisikan Input program mendefinisikan titik awal program baru atau status saat ini dari program yang ada (Frye & Hemmer, 2012).

Komponen kedua dari Model Logika merinci Kegiatan, serangkaian "perawatan", strategi, inovasi atau perubahan yang

direncanakan untuk program pendidikan. Aktivitas biasanya diharapkan terjadi dalam urutan yang ditentukan dalam Model. Pengurutan aktivitas secara eksplisit mengakui bahwa aktivitas selanjutnya dapat dipengaruhi oleh apa yang terjadi setelah atau selama implementasi aktivitas sebelumnya (Frye & Hemmer, 2012).

Keluaran, komponen ketiga Model Logika, didefinisikan sebagai indikator bahwa salah satu kegiatan program atau bagian dari suatu kegiatan sedang berlangsung atau selesai dan sesuatu (“produk”) terjadi. Struktur Model Logika menentukan bahwa setiap Aktivitas harus memiliki setidaknya satu Output, meskipun satu Output mungkin ditautkan ke lebih dari satu Aktivitas. Keluaran dapat bervariasi dalam “ukuran” atau kepentingannya dan terkadang sulit dibedakan dari Hasil, komponen Model Logika keempat (Frye & Hemmer, 2012).

Hasil menentukan perubahan jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang yang dimaksudkan sebagai hasil dari kegiatan program. Hasil program dapat mencakup perubahan dalam status kesehatan peserta program pasien. Hasil dapat ditentukan pada tingkat individu, kelompok atau organisasi (misalnya, perubahan infrastruktur departemen untuk mendukung kualitas pelayanan) (Frye & Hemmer, 2012).

g) Model Evaluasi CIPP

Pertama kali dijelaskan dalam pada tahun 1971, Stufflebeam sebagai pemilik teori menginginkan evaluasi Model CIPP untuk fokus pada peningkatan program dari pada membuktikan sesuatu tentang program. Kegunaan model CIPP di berbagai pengaturan evaluasi pendidikan dan non-pendidikan telah didokumentasikan secara menyeluruh. Pendekatan CIPP terdiri dari empat set studi evaluasi yang saling melengkapi yang memungkinkan evaluator mempertimbangkan dimensi program yang penting tetapi mudah terlewatkan yaitu *Context, Inputs, Process*, dan *Products* (CIPP). Tiga elemen pertama model CIPP berguna untuk studi evaluasi yang

berfokus pada perbaikan (formatif), sedangkan pendekatan Produk, elemen keempat, sangat sesuai untuk studi sumatif (akhir) (Frye & Hemmer, 2012).

Studi evaluasi konteks

Studi evaluasi Konteks CIPP biasanya dilakukan ketika program baru sedang direncanakan. Pertanyaan evaluasi terkait, berguna ketika program yang telah ditetapkan sedang mengalami perubahan yang direncanakan atau harus beradaptasi dengan keadaan yang berubah. Temuan studi Konteks memberikan dasar yang berguna untuk mengevaluasi hasil selanjutnya (Produk) (Frye & Hemmer, 2012).

Studi evaluasi masukan

Model CIPP Studi evaluasi input berguna ketika alokasi sumber daya (misalnya staf, anggaran, waktu) menjadi bagian dari perencanaan program atau penulisan proposal program. Studi evaluasi masukan menilai kelayakan atau keefektifan biaya dari pendekatan alternatif atau bersaing untuk kebutuhan program yang direncanakan, termasuk berbagai rencana kepegawaian dan untuk mengalokasikan sumber daya relevan lainnya. Memasukkan pendekatan evaluasi Input ke dalam pengembangan program membantu menjaga respon maksimum terhadap kebutuhan program (konteks) (Frye & Hemmer, 2012).

Studi evaluasi proses

Studi evaluasi Proses CIPP biasanya digunakan untuk menilai implementasi program. Jenis studi ini juga mempersiapkan penilai untuk menafsirkan hasil program. Dengan memusatkan perhatian pada elemen program yang terkait dengan hasil tersebut. Studi evaluasi proses dapat dilakukan satu kali atau lebih saat program berjalan untuk memberikan informasi formatif untuk memandu revisi dalam proses. Studi evaluasi Proses model CIPP sangat berharga untuk mendukung akuntabilitas kepada pemangku kepentingan

program. Ini juga memungkinkan pengumpulan data yang diperlukan untuk perbaikan berkelanjutan program (Frye & Hemmer, 2012).

Studi Evaluasi Produk

Studi evaluasi produk model CIPP tampak familiar bagi kebanyakan evaluator karena fokusnya pada hasil program. Studi evaluasi Produk CIPP adalah studi yang paling selaras dengan evaluasi program “sumatif” tradisional. Jenis studi evaluasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menilai hasil program, termasuk hasil positif dan negatif, hasil yang diinginkan dan tidak diinginkan, hasil jangka pendek dan jangka panjang. Studi evaluasi produk juga menilai relevansi dampak, keefektifan, keberlanjutan program dan / atau hasilnya, dan daya angkut program (Frye & Hemmer, 2012).

Studi evaluasi produk dapat dilakukan saat proyek berjalan, karena laporan sementara dari studi semacam itu berguna untuk tujuan akuntabilitas dan untuk mempertimbangkan proses alternative. Untuk mencakup luasnya studi evaluasi Produk yang baik, evaluator dapat memilih dari metode dan sumber data berikut:

- a) Penilaian pemangku kepentingan terhadap proyek atau program
 - b) Studi perbandingan hasil dengan proyek atau program serupa
 - c) Penilaian pencapaian tujuan program
 - d) Wawancara kelompok tentang berbagai hasil program
 - e) Studi kasus tentang pengalaman peserta terpilih
 - f) Survei
 - g) Laporan peserta tentang efek proyek (Frye & Hemmer, 2012).
- h) Model Evaluasi Donabedian

Dalam Clarke (2011), Donabedian (1980) telah mengidentifikasi tiga dimensi luas dalam penyediaan perawatan kesehatan yang dapat memberikan fokus untuk evaluasi, yaitu struktur, hasil dan proses. Pertama yaitu dimensi struktur dimana mengacu pada lingkungan fisik perawatan (sifat, jumlah dan distribusi bangunan), peralatan dan personel atau sumber daya manusia. Kemudian kedua yaitu dimensi hasil dimana dapat dilakukan valuasi

dengan memusatkan pada hasil akhir perawatan dengan tujuan utama untuk mengukur dampak layanan perawatan kesehatan. Dimensi Hasil didefinisikan sebagai setiap perubahan dalam status kesehatan pasien yang dapat dikaitkan langsung dengan pengobatan atau perawatan yang mereka terima. Terakhir, evaluasi proses melibatkan pertimbangan tentang yang sebenarnya terjadi antara profesional layanan kesehatan dan pasien selama pemberian layanan kesehatan.

Dimensi hasil berkaitan dengan masalah efektivitas, yaitu sejauh mana pengobatan atau kebijakan dapat dilihat berhasil. Tugas yang dihadapi evaluator adalah menentukan apakah tujuan dan sasaran yang ditetapkan dari perlakuan, program atau kebijakan benar-benar tercapai. Seperti yang dicatat oleh Coulter (1991):

Evaluasi perawatan kesehatan melibatkan penentuan tujuan perawatan, pemantauan masukan perawatan kesehatan, mengukur sejauh mana hasil yang diharapkan telah dicapai dan menilai sejauh mana konsekuensi yang tidak diinginkan atau berbahaya dari intervensi.

Menentukan tujuan dapat menjadi batu sandungan besar pertama dalam evaluasi apapun, terlepas dari apakah fokus studi adalah inisiatif kebijakan nasional, program perawatan kesehatan lokal terkoordinasi yang melibatkan kerjasama antara sejumlah layanan yang berbeda atau terisolasi. Konteks umum dari evaluasi, jika efektivitas digunakan sebagai kriteria evaluatif, penting bahwa tujuan kebijakan atau program dibuat eksplisit dan ditentukan dengan jelas di awal. Penilai perlu mengembangkan indikator yang tepat untuk mengukur sejauh mana tujuan ini tercapai (Clarke, 2011).

Dimensi proses perawatan kesehatan juga dapat menjadi subjek evaluasi. Hal ini menekankan bukan pada hasil asuhan yang diterima, tetapi pada aspek pemberian asuhan yang sebenarnya termasuk akses awal, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi (Clarke, 2011).

e. Teknik Evaluasi

Dikutip dari CDC (2016) bahwa terdapat enam teknik dalam melakukan evaluasi program:

1) Libatkan pemangku kepentingan

Langkah pertama ini mengidentifikasi dan melibatkan pemangku kepentingan. Orang-orang ini memiliki kepentingan dalam evaluasi.

- a) Cari tahu yang ingin mereka ketahui dan bagaimana mereka menggunakan informasi tersebut.
- b) Libatkan mereka dalam merancang dan / atau melakukan evaluasi.
- c) Untuk pemangku kepentingan yang kurang terlibat, beri tahu mereka tentang kegiatan melalui pertemuan, laporan, dan alat komunikasi lainnya.

2) Identifikasi elemen program yang akan dipantau

Pada langkah ini putuskan apakah layak dipantau.

- a) Untuk memutuskan komponen program yang diawasi, tanyakan bagaimana menggunakan informasi, sumber daya yang tersedia, dan apakah data dapat dikumpulkan dengan teknis masuk akal dan etis.
- b) Pemantauan juga disebut evaluasi proses, adalah upaya berkelanjutan yang melacak variabel seperti pendanaan yang diterima, produk dan layanan yang diberikan, pembayaran yang dilakukan, sumber daya lain yang disumbangkan dan dikeluarkan oleh program, kegiatan program, dan kepatuhan pada jadwal.
- c) Pemantauan selama implementasi program dapat memberi tahu apakah program dilaksanakan sesuai rencana dan seberapa baik program tersebut menjangkau audiens target.
- d) Jika staf dan perwakilan peserta melihat masalah, buat koreksi ditengah program.

3) Pilih pertanyaan evaluasi kunci

Pertanyaan evaluasi dasar yang harus disesuaikan dengan konten program, meliputi:

- a) Apakah yang dievaluasi? (Misalnya, apakah program itu dan dalam konteks apakah program itu ada?)
 - b) Apakah kesetiaan terhadap rencana intervensi dipertahankan?
 - c) Apakah tingkat keterpaparan cukup untuk membuat perbedaan yang dapat diukur?
 - d) Aspek apakah dari program yang dipertimbangkan saat menilai kinerja?
 - e) Standar apakah (jenis atau tingkat kinerja) yang harus dicapai agar program dianggap berhasil?
 - f) Bukti apakah yang digunakan untuk menunjukkan bagaimana program telah dilakukan?
 - g) Bagaimana pelajaran yang didapat dari inkuiri digunakan untuk meningkatkan efektivitas kesehatan masyarakat?
- 4) Tentukan bagaimana informasi dikumpulkan

Pada langkah ini, putuskan cara-cara mengumpulkan informasi.

- a) Tentukan sumber informasi dan metode pengumpulan data yang digunakan.
- b) Kembangkan desain penelitian yang tepat untuk situasi yang dihadapi. Meskipun ada banyak pilihan, pilihan tipikal meliputi:
 - (1) Desain eksperimental (gunakan tugas acak untuk membuat kelompok intervensi dan kontrol, intervensi diberikan hanya untuk satu kelompok, dan kemudian membandingkan kelompok pada beberapa ukuran minat untuk melihat apakah Efek)
 - (2) Desain kuasi-eksperimental (samahalnya seperti eksperimental tetapi tidak selalu melibatkan penugasan acak peserta kelompok)
 - (3) Survei (cuplikan cepat lintas bagian dari seseorang atau sekelompok orang dalam beberapa ukuran melalui telepon, Internet, tatap muka, dll.) dan
 - (4) Desain studi kasus (individu atau situasi diselidiki secara mendalam dan dianggap sangat unik).

- c) Pemilihan desain menentukan apakah dihitung sebagai bukti, bagaimana bukti tersebut akan dikumpulkan dan diproses, dan jenis klaim apa yang dapat dibuat berdasarkan bukti tersebut.
- 5) Mengembangkan analisis data dan rencana pelaporan
 - Selama langkah ini, tentukan bagaimana data dianalisis dan bagaimana hasilnya apakah diringkas, diinterpretasikan, disebarluaskan, dan digunakan untuk meningkatkan pelaksanaan program.
- 6) Pastikan menggunakan dan membagikan pelajaran yang dipetik
 - Evaluasi yang efektif membutuhkan waktu, upaya, dan sumber. Dengan adanya investasi ini, sangat penting bahwa temuan evaluasi disebarluaskan dengan tepat dan digunakan untuk menginformasikan pengambilan keputusan dan tindakan. Sekali lagi, pemangku kepentingan utama dapat memberikan informasi penting tentang bentuk, fungsi, dan distribusi temuan evaluasi untuk memaksimalkan penggunaannya.

2. Tinjauan Teori Tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional

a. Universal Health Coverage

Sehat adalah hak dasar yang sangat fundamental bagi setiap manusia (United Nations, 1948). Maslow (1943) berpendapat bahwa sehat itu bagian dari hak keamanan manusia, tanpa sehat manusia tidak akan aman. Derajat Sehat yang baik akan mempengaruhi manusia mampu produktif, menikmati dan menjalani kehidupan dengan berkualitas serta untuk perdamaian dan keamanan global (Susilo, 2020; World Health Organization, 2010). Walaupun sehat sebagai hak asasi setiap manusia, derajat sehat sungguh rumit didapat dan diakses sebab Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan jika manusia ingin sehat, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan tetapi harus sejahtera fisik, sejahtera mental dan sejahtera sosial (World Health Organization, 1948).

Tantangan untuk mencapai derajat kesehatan (individu, keluarga dan komunitas) terus menerus dipromosikan dan direformasikan sehingga kebutuhan akan kesehatan perlu diformulasikan dalam sistem kesehatan (CDC, 2019; Jamison et al., 2018; Maslow, 1943). Sistem kesehatan adalah cakupan semua kegiatan yang tujuan utamanya adalah meningkatkan, memulihkan, atau memelihara kesehatan (World Health Organization, 2000). Sasarannya adalah meningkatkan kesehatan dan keadilan kesehatan dengan cara yang responsif, adil secara finansial, dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan sebaik-baiknya, atau paling efisien (World Health Organization, 2007). Kehadirannya adalah sangat penting karena dengan sistem kesehatan, program *Millenium Development Goals* (MDGs) yang telah dicanangkan sejak tahun 2000 sampai tahun 2015 terus diperbaiki menuju program *Sustainable Development Goals* (SDGs) yakni dari tahun 2015 hingga 2030 yang merupakan tujuan dan aksi global untuk kesehatan yang baik dan kesejahteraan (United Nations, 2017; World Health Organization, 2017).

Sistem kesehatan dilakukan dalam berbagai cara dan saat ini sistem kesehatan secara global diarahkan ke dalam program *Universal Health Coverage* (UHC) atau disebut Cakupan/Jaminan Kesehatan Universal setelah ditetapkan kedalam program SDGs yang ketiga (World Health Organization, 2020a). Hal ini bertujuan agar terjadi penguatan sistem kesehatan secara komprehensif dan koheren dimana semua individu secara global dapat merasakan keadilan kesehatan tanpa takut akan keterbatasan finansial. Karena mencapai derajat sehat yang adil, dan menyeluruh itu harus dilakukan dengan cara pembebasan finansial melalui akses yang mudah yaitu jaminan kesehatan dan asuransi kesehatan (Alma Ata Declaration, 1978; Jakab, Melitta; Krishnan, 2001)

Jaminan kesehatan universal (UHC) berarti semua orang dalam suatu masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif) yang mereka butuhkan, berkualitas tinggi, tanpa takut bahwa biaya untuk membayar layanan ini pada saat digunakan akan mendorong mereka ke dalam kesulitan

keuangan (Bangkok Statement on Universal Health Coverage, 2012; Forum On Universal Health Coverage, 2012). Sederhananya UHC mencakup 3 hal yaitu kesetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan dan penggunaan layanan tidak membuat orang berisiko mengalami kerugian finansial (World Health Organization, 2020b).

Program UHC secara global dicanangkan kedalam SDGs lewat tujuan ke 3.8.1 (UHC esensial) dengan target pada tahun 2030 setengah dari populasi manusia (7,3 miliar) dapat mengakses kesehatannya, 800 juta orang diseluruh dunia yang 10 persen dari anggaran rumah tangganya tidak dihabiskan hanya pembiayaan perawatan kesehatan dan 100 juta orang tidak lagi terdorong kedalam jurang kemiskinan. Oleh sebab itu, leburnya UHC kedalam SDGs memberikan pedoman kepada 183 negara agar terlepas dari masalah tersebut dengan menerapkan UHC sesuai 14 indikator yang telah ditetapkan secara bersama-sama (United Nations Statistics Division, 2020; World Health Organization & The World Bank, 2017; World Health Organization, 2020a).

Satu dari empat kategori yang menjadi fokus utama dan pertama UHC adalah kesehatan ibu dan anak (KIA) (World Health Organization, 2020a). Beberapa sumber daya global seperti UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO dan Bank Dunia menjadikan KIA sebagai prioritas dalam penguatan program SDGs, karena KIA adalah kelompok yang sangat berisiko dan rentan dalam tatanan pembangunan kesehatan masyarakat (EWEC, 2020). Sama halnya dengan lembaga internasional *The Joint Commission (JC)* sebagai organisasi nirlaba independen yang mengatur standard dan akreditasi fasilitas kesehatan (rumah sakit dan klinik) juga berkontribusi pada KIA dengan cara membuat standar pelayanan skala internasional untuk mengurangi angka dan kasus kematian ibu dan bayi yang lahir di fasilitas kesehatan (Lyons, 2019). Tidak kalah penting kontribusi besar bagi KIA adalah perawat sebagai profesi kesehatan terbesar dalam angkatan tenaga kesehatan, dibawah *International Council of Nurses (ICN)* telah berkomitmen untuk

menurunkan angka kematian ibu hamil dan bayi serta meningkatkan KIA dengan bekerja setiap waktu di semua pengaturan fasilitas kesehatan terutama di layanan primer sebagai pendidik, promotor dan pemberdaya KIA (ICN, 2019).

KIA memainkan peran penting dalam kehidupan sebab jika diabaikan akan mempengaruhi pembentukan sumber daya manusia. Berawal dari kesehatan ibu terganggu akan mempengaruhi kesehatan anak-anaknya. Kemudian ketika ibu meninggal akan mempengaruhi anaknya menjadi kekurangan gizi dan tidak bersekolah (Holly E. Reed, Koblinsky & Mosley, 2000). Begitupun ketika gizi ibu saat hamil dan melahirkan kurang cenderung anaknya akan lahir dengan berat badan rendah dan gangguan perkembangan (Dewey, 2016). Sehingga berlanjut pada resiko sekarat dan menderita infeksi, retardasi pertumbuhan, tes kognitif rendah dan gampang terkena penyakit kronis (World Health Organization, 2005a). Selain itu, jika wanita meninggal atau sakit akan berimplikasi pada kehilangan anggota keluarga atau komunitas untuk bekerja atau melakukan kegiatan penting dalam kehidupan keluarganya (Islam, M.K & Gerdtham, 2006).

Fakta membuktikan bahwa ibu dan anak masih menjadi sorotan utama permasalahan dalam bidang kesehatan khususnya pada target SDGs. Berdasarkan data PBB (2020) yang dihimpun dari laporan perkembangan SDGs goal ke-3 bahwa terdapat ratio kematian ibu yaitu 211 kematian per 100.000 kelahiran hidup diseluruh dunia tahun 2017. Pada anak hingga 2015 kematian balita mencapai 42 kematian dan tahun 2018 kematian balita 39 per 1000 kelahiran hidup. Adapun rasio kematian pada neonatal secara global 18 kematian per 1000 kelahiran hidup tahun 2018. Terdapat juga rasio kematian anak sebelum mencapai usia 5 tahun yaitu 5.3 juta anak meninggal secara global dan setengahnya atau 2.5 juta meninggal pada periode neonatal (28 hari).

Data yang ditunjuk diatas sesungguhnya memberikan kabar positif akan program-program yang telah dijalankan sejak tahun 2000 mulai dari program MDGs sampai SDGs. Dimana terdapat penurunan

rasio kematian ibu dan anak, 38 persen menurun untuk kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, untuk neonatal dan anak dibawah 5 tahun menurun 50% per 1000 kelahiran hidup (United Nations, 2020c). Ratio tersebut diharapkan dapat mengalami penurunan hingga 2030 yaitu ratio kematian ibu ditargetkan mencapai 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan kematian neonatal 12 per 1000 kelahiran hidup dan kematian anak dibawah usia 5 tahun 25 kematian per 1000 kelahiran hidup (United Nations, 2020b).

UHC adalah jalan terbaik untuk mencapai target kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak pada tahun 2030 melalui jaminan kesehatan (United Nations, 2020a). Adanya kebebasan mengakses layanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan keuangan memberikan dorongan yang lebih tinggi kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan antenatal, persalinan dan perawatan postnatal pada tenaga kesehatan terampil dilayanan kesehatan sehingga dapat dipastikan bahwa ibu, bayi baru lahir dan anak mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan yang setinggi mungkin (EWEC, 2016; World Health Organization, 2018).

WHO dan UNICEF mengklaim bahwa ada pengaruh negatif ketika orang-orang miskin, kurang pendidikan dan terpencil mendapatkan diskriminasi, terpinggirkan dan tidak dilayani dalam akses kesehatan, dimana populasi yang rentan seperti ibu hamil, anak-anak dan remaja hasil kesehatannya buruk (Countdown to 2015, 2014). Oleh karena itu, terlaksananya UHC menjadi bukti utama untuk mencegah ketidakadilan dalam akses layanan kesehatan sehingga populasi rentan (wanita, anak-anak dan remaja) akan meningkat hasil kesehatannya. Disisi lain dalam memanfaatkan layanan rumah sakit dengan adanya model pembiayaan yang dibawah oleh UHC maka akan menurunkan lama hari rawat dan mencegah terjadinya *re-admit* rumah sakit. Begitupun dalam pengeluaran biaya, UHC dapat menurunkan pengeluaran biaya perawatan kesehatan, biaya fasilitas kesehatan, pengeluaran biaya rumah tangga sendiri dan biaya perawatan kesehatan

anak dibawah umur 6 tahun (Galárraga et al., 2010; Jowett et al., 2003; Nguyen & Wang, 2012; World Health Organization, 2010).

UHC dianggap dapat menjadi solusi buat setiap penduduk terutama bagi orang-orang miskin dan tertinggal dalam mengakses layanan kesehatan secara adil, menyeluruh dan tanpa takut dengan pembayarannya. Hal tersebut berhubungan dengan adanya sistem pembayaran yang dibangun dalam sistem UHC yaitu pembayaran kapitasi untuk pemberi layanan kesehatan primer dan pembayaran DRG (*Diagnostic Related Group*) untuk pemberi layanan kesehatan pada tingkat rumah sakit. Adanya pembayaran tersebut dapat memberikan jaminan kesehatan yang tidak hanya dari sisi keuangan juga dari sisi kualitas perawatan.

UHC merupakan jaminan kesehatan tidak terkecuali diprogramkan khusus kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak yang mampu memperkuat sistem dan kualitas kesehatan bagi setiap negara (World Health Organization, 2010). Beberapa negara penghasilan rendah dan menengah (LMIC) seperti Guatemala, Argentina dan Paraguay dengan UHC negara tersebut mampu memperluas asuransi kesehatan kepada populasi rentan yaitu ibu dan anak. (World Bank, 2013). Negara Asia Selatan seperti Bhutan, Maladewa, dan Sri Lanka dengan UHC mampu mencapai keberhasilan dengan menurunkan biaya pengeluaran sendiri (*out-of-pocket expenditure*) untuk kesehatan ibu dan anak (Scammell et al., 2016). Untuk Asia Tenggara seperti Vietnam sebagai negara berpenghasilan menengah (MIC) memberikan tiga skema jaminan kesehatan yaitu diberlakukan bagi pegawai di sektor formal, sukarela dan diberikan secara gratis bagi orang miskin. Dampak UHC di negara Vietnam mampu meningkatkan pemanfaatan dan kunjungan kesehatan dan pengurangan biaya kesehatan bagi anak-anak dibawah umur 6 tahun (Nguyen & Wang, 2012). Sebaliknya, negara-negara Eropa dengan UHC yang mapan (HIC) membelanjakan jauh lebih banyak untuk kesehatan secara keseluruhan (termasuk KIA) seperti Norwegia membelanjakan 8.2% dari PDB, Inggris membelanjakan 7,5%, Denmark

membelanjakan 8,3%, Jerman membelanjakan 7,2%; dan Prancis membelanjakan 9,0% (Eurostat, 2020).

Indonesia adalah negara bagian Asia Tenggara yang status ekonominya masuk dalam kategori penghasilan menengah keatas (*Upper Middle Income Country/UMIC*) dan merupakan negara dengan jumlah penduduk terbesar ke-4 secara global sekitar 270.2 juta jiwa. Sekitar 26,42 juta penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan, walaupun telah mencapai hasil yang luar biasa dalam pengurangan kemiskinan, menurunkan tingkat kemiskinan lebih dari setengahnya sejak 1999, menjadi 9,78% pada tahun 2020 (World Bank, n.d., 2020). Dengan kekuatan yang telah diraih, Indonesia masih memiliki tantangan yang besar untuk mencapai target jangka panjang. Selain sektor ekonomi, pendidikan dan pembangunan infrastruktur, kesehatan juga menjadi prioritas pembangunan jangka panjang. Hingga 2017 Indonesia terus meningkatkan investasi belanja dalam bidang kesehatan yaitu 2,99% dari produk domestik bruto (PDB) (World Bank, 2017). Walaupun porsi belanja kesehatan masih terbilang rendah, Indonesia tetap berbenah untuk mencapai derajat kesehatan warganya yang setinggi-tingginya dengan memulainya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014, yang dahulu masih terpisah-pisah yaitu Askes, Jamsostek, Asabri dan Taspen (Putri, 2004).

b. Jaminan Kesehatan Nasional

1) Pengertian

Asuransi/jaminan kesehatan sosial (SHI) adalah salah satu mekanisme organisasi yang memungkinkan untuk menghimpun dan mengumpulkan dana untuk membiayai layanan kesehatan, bersama dengan pembiayaan pajak, asuransi kesehatan swasta, asuransi masyarakat, dan lain-lain (Doetinchem & Carrin, 2010).

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (Republik Indonesia, 2004).

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 (Menteri Kesehatan RI, 2013b).

Jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Republik Indonesia, 2004).

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program Pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Manfaat program ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (managed care) (DPR RI, 2004).

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Kemenkes RI, 2014).

Kelebihan sistem asuransi sosial di bandingkan dengan asuransi komersial antara lain:

Tabel 2.3
Perbedaan Asuransi Sosial Dan Komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
Kepesertaan bersifat wajib (untuk semua penduduk)	Kepesertaan bersifat sukarela
Non Profit	Profit
Manfaat komprehensif	Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan.

Sumber: Diadaptasi dari (Kemenkes RI, 2014)

2) Sejarah

Berikut rincian perjalanan singkat terbentuknya JKN di Indonesia yang dikutip dari BPJS Kesehatan (2020):

- a) Pada tahun 1949, Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (*universal health insurance*) yang saat itu lagi gencar-gencarnya diterapkan oleh banyak negara maju dan tengah berkembang pesat. Pada saat itu kepesertaannya masih difokuskan pada pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja.
- b) Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya.
- c) Pada tahun 1984, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK berubah menjadi BUMN yang sebelumnya berstatus dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan. Dibawah BUMN ini mengatasnamakan PERUM HUSADA BHAKTI (PHB) bertugas melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.

- d) Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. Pada Saat menjadi PT Askes (Persero) jaminan merambah ke karyawan BUMN melalui program Askes Komersial.
- e) Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) menerapkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) atau disebut dengan program Askeskin dengan target peserta masyarakat miskin dan tidak mampu berjumlah 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat. Selanjutnya PT Askes (Persero) membuat Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200 kabupaten/kota atau 6.4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).
- f) Pada 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan resmi beroperasi sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Yang diawali tahun 2004 dikeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan pada tahun 2011 pemerintah mengeluarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan. Dengan demikian, adanya Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan memberikan kepastian buat seluruh penduduk Indonesia akan perlindungan dan jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

3) Dasar Hukum

Dasar hukum pembentukan jaminan kesehatan nasional yaitu:

- (a) Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) atau *Universal Independent of Human Right* dicetuskan pada tanggal 10

Desember 1948 yang terdiri dari 30 pasal. Pasal 25 ayat 1 menyebutkan bahwa Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya.

(b) Resolusi WHA (*World Health Assembly*) ke 58 Tahun 2005 di Jenewa: setiap negara perlu mengembangkan UHC melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yg berkelanjutan.

(c) Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) melalui mekanisme asuransi sosial agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia yang pada gilirannya Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (sesuai Sila ke 5 Panca Sila) dapat terwujud.

(d) Pada Pasal 28 H ayat (1) (2) (3) UUD 45

(1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

(e) Pada pasal 34 ayat (1), (2), (3) UUD 1945

(1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara. (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan

tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Untuk dapat menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan kondisi yang ditetapkan, maka telah diterbitkan berbagai peraturan sebagai berikut:

- (a) UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN
- (b) UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- (c) UU No.24 Tahun 2011 tentang BPJS
- (d) PP No.101 Tahun 2012 tentang PBI
- (e) Perpres No 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan

Setelah program JKN berjalan sejak tahun 2014, terdapat beberapa aturan-aturan yang diterbitkan, dirubah dan disempurnakan untuk memperkuat dan memperlancar perjalanan implementasi dari JKN demi terwujudnya UHC 2030:

- (a) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan Dengan Asuransi Kesehatan Tambahan Dalam Program Jaminan Kesehatan
- (b) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- (c) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBGS) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
- (d) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan
- (e) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/373/2019 Tentang Pedoman Reviu Kelas Rumah Sakit
- (f) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit

- (g) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- (h) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi dan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan

4) Prinsip dan Manfaat JKN

- (a) Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Prinsip kegotong royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi kepentingan sebesar-besarnya peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan Dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

Prinsip portabilitas dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan

program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat

Prinsip Dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan Dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (Republik Indonesia, 2004).

(b) Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Secara umum setiap penerima manfaat (peserta) berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat medis dan non medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat non medis berupa akomodasi dan ambulance (Presiden RI, 2013). Secara khusus manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan telah diatur dalam Peraturan Presiden RI (2018) meliputi:

(1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh: Puskesmas atau yang setara, praktik Mandiri Dokter, Praktik Mandiri Dokter Gigi, Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara, Faskes Penunjang: Apotik dan Laboratorium

(2) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

(a) Manfaat yang ditanggung

1) Pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan

(promotif preventif):

a) Penyuluhan kesehatan perorangan;

b) Imunisasi rutin

c) Keluarga Berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerjasama dengan BKKBN

d) Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, yang diberikan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan metode tertentu atau untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu

e) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis

2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif (pengobatan) mencakup:

a) Adminitrasi pelayanan

b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis

c) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif

d) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai

e) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama

f) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.

(b) Prosedur pelayanan

1) Peserta datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan,

menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM dan KK).

- 2) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP tempat peserta terdaftar.
- 3) Apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu yang bukan merupakan kegiatan yang rutin, atau dalam keadaan kedaruratan medis, peserta dapat mengakses pelayanan RJTP pada FKTP lain yang di luar wilayah FKTP terdaftar, paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu maksimal 1 (satu) bulan di FKTP yang sama.
- 4) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP.
- 5) Atas indikasi medis apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, peserta akan dirujuk Ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara online.

(3) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

Manfaat yang ditanggung

- (a) Pendaftaran dan administrasi
- (b) Akomodasi rawat inap
- (c) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
- (d) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- (e) Pelayanan kebidanan, ibu, bayi dan balita meliputi:
 - (i) Persalinan pervaginam bukan risiko tinggi

- (ii) Persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas Poned (Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar)
 - (iii) Pertolongan neonatal dengan komplikasi
 - (f) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - (g) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- (4) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan
- Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus yang diberikan oleh: Klinik utama atau yang setara, Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta, Rumah Sakit Khusus, Faskes Penunjang: Apotik, Optik dan Laboratorium.
- (5) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- Manfaat yang ditanggung
- a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat
 - c) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
 - d) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
 - e) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dan penunjang diagnostik lainnya) sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah.
- (6) Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Manfaat yang ditanggung

1. Perawatan inap non intensif; dan
2. Perawatan inap intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU).

5) INA-CBGs

Sistem INA-CBGs merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan / prosedur yang menjadi output pelayanan, berbasis pada data costing dan coding penyakit mengacu pada International Classification of Diseases (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical Modifications untuk tindakan/prosedur. Sistem INA-CBGs merupakan sistem pembiayaan prospektif dan target yang ingin dicapai dari penerapan sistem ini yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan hemat biaya (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Dalam peraturan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan RI (2017) terdapat 4 tujuan pembiayaan kesehatan pada pelayanan kesehatan yaitu:

- a) Mendorong peningkatan mutu,
- b) Mendorong layanan berorientasi pasien,
- c) Mendorong efisiensi dengan tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan
- d) Mendorong pelayanan tim

Pada prinsipnya terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang dipakai yaitu metode pembayaran *retrospektif* dan metode pembayaran *prospektif*. Metode pembayaran *retrospektif* adalah metode pembayaran yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan, dimana setiap aktifitas setiap layanan kesehatan dibayarkan jasa atau produknya oleh pasien. Besarnya biaya tergantung banyaknya layanan kesehatan yang diberikan dan begitupun sebaliknya. Misalnya pola pembayaran retrospektif adalah *Fee for Services* (FFS). Adapun metode pembayaran *prospektif* adalah metode pembayaran yang

dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan yang besaran pakatnya sudah disiapkan dan diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Misalnya adalah global budget, perdiem, kapitasi dan *case based payment* (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Tabel 2.4
Kelebihan Dan Kekurangan Antara Metode Prospektif Dan Retrospektif

Pihak	Kelebihan	Kekurangan
Provider	<i>Metode Prospektif</i>	
	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurangnya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses grouping (pengelompokan kasus)
	Proses klaim lebih cepat	
	<i>Metode Retrospektif</i>	
	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan Preventif Care
	pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
Pasien	<i>Metode Prospektif</i>	
	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
	<i>Metode Retrospektif</i>	
	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang	
Pembayar	<i>Metode Prospektif</i>	
	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan <i>provider</i>	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	Memerlukan monitoring Pasca Klaim
	Mendorong peningkatan sistem informasi	
	<i>Metode Retrospektif</i>	
Mudah mencapai kesepakatan dengan provider	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim	
		Meningkatkan risiko keuangan

Sumber: Diadaptasi dari Peraturan Kementerian Kesehatan RI (2017) tentang INA-CBGs

a. Latar Belakang

- 1) Pada Tahun 2006 sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*).
- 2) Pada 1 September 2008 implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI
- 3) Pada 1 Januari 2009 dalam program Jamkesmas diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerjasama menjadi penyedia pelayanan kesehatan.
- 4) Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA- DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper.
- 5) Pada 1 Januari 2014 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai dan implementasi sistem INA-CBG kembali digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) (Menteri Kesehatan RI, 2017).

b. Pengertian

Sejak Tahun 2008 metode pembayaran pada program jaminan kesehatan sudah diberlakukan di Indonesia dengan metode pembayaran prospektif atau dikenal dengan *case based payment* (*casemix*), dan sudah diterapkan pada masyarakat dengan nama Jamkesmas. Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper.

Sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang

telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus (Menteri Kesehatan RI, 2017).

c. Tujuan

Tujuan dari Sistem pembiayaan prospektif adalah:

- 1) Mengendalikan biaya kesehatan
- 2) Mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- 3) Membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan
- 4) Mempermudah administrasi klaim
- 5) Mendorong *provider* untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*).

d. Tarif

Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Penghitungan tarif INA-CBG berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN.

e. Episode

Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi/pemeriksaan dokter dan atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan satu kali klaim (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Pada sistem INA-CBG ada 2 episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap, dengan beberapa kriteria di bawah ini:

1) Episode rawat jalan

Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.

2) Episode Rawat Inap

Satu episode rawat inap adalah satu rangkaian perawatan mulai tanggal masuk sampai keluar rumah sakit termasuk perawatan di ruang rawat inap, ruang intensif, dan ruang operasi (Menteri Kesehatan RI, 2017)

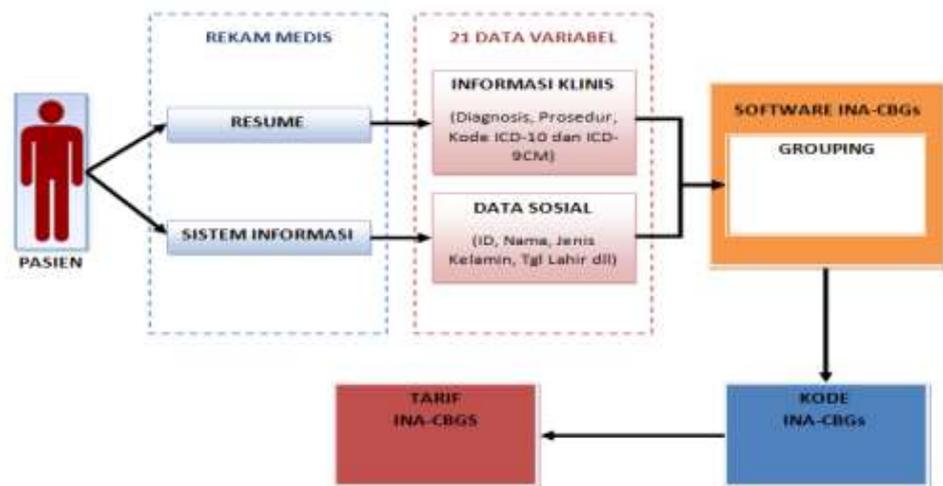
f. Aplikasi

Aplikasi INA-CBG adalah aplikasi yang digunakan untuk proses klaim program JKN yang memerlukan kesinambungan dan kestabilan operasionalnya karena terintegrasi dengan SIM-RS serta Aplikasi BPJS. Aplikasi ini sebelumnya juga telah digunakan dalam program jaminan Kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah seperti JAMKESMAS pada tahun 2010 dengan versi sebelumnya (Menteri Kesehatan RI, 2019b).

Aplikasi INA-CBG pertama kali dikembangkan dengan versi 1.5 yang berkembang sampai dengan saat ini menjadi versi 5 dengan pengembangan pada beberapa hal diantaranya: 1. Interface 2. Fitur 3. Grouper 4. Penambahan variable 5. Tarif INA-CBG 6. Modul Protokol Integrasi dengan SIMRS serta BPJS 7. Rancang bangun Pengumpulan data dari rumah sakit Data Center Kementerian Kesehatan RI. Aplikasi E-Klaim versi 5 yang dimiliki oleh rumah sakit hanya bisa diakses oleh rumah sakit yang bersangkutan dan pihak lain tidak dapat mengakses untuk tujuan privasi dan keamanan data rumah sakit (Menteri Kesehatan RI, 2019b).

Dalam menggunakan aplikasi INA-CBGs , rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktifasi software INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya. Bagi rumah sakit yang ingin melakukan aktifasi

aplikasi INA-CBGs dapat mengunduh database rumah sakit sesuai dengan data rumah sakit di website buk.depkes.go.id. Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis, sesuai dengan alur bagan sebagai berikut:



Gambar 2.4
Alur entri data software INA-CBGs

Sumber: Adaptasi dari Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 (2014)
tentang INA-CBGs

Untuk mendapatkan hasil grouper yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat (Menteri Kesehatan RI, 2017).

g. Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*). Koding. Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang menentukan besarnya biaya yang

dibayarkan ke FKRTL. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan coding diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat. Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Menteri Kesehatan RI, 2017).

3. Tinjauan Teori Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian

Berikut ini adalah beberapa definisi mengenai mutu yang dikutip dalam (Imam & Lena, 2017):

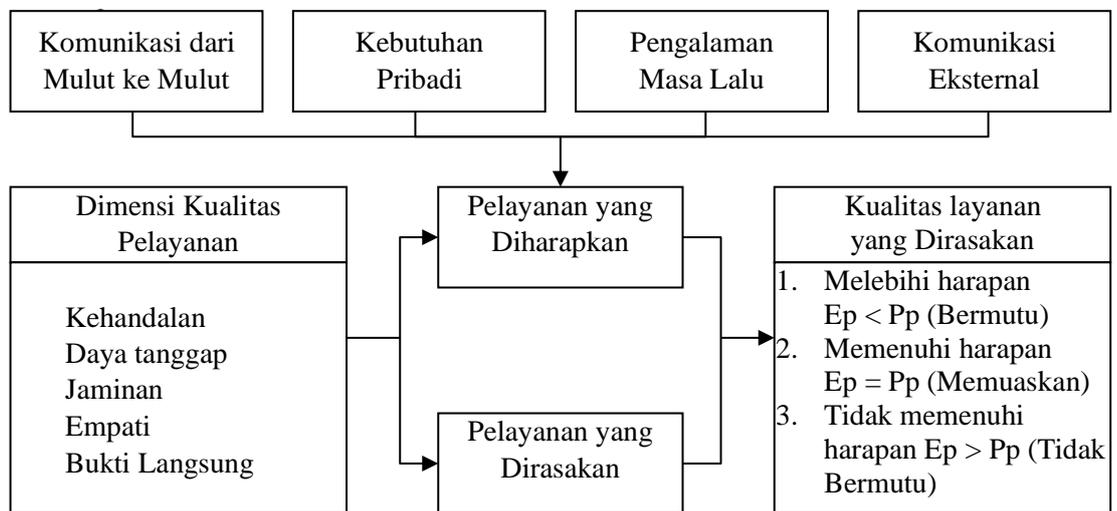
- a. Mutu adalah kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi (Philip Crosby, 1978).
- b. Mutu adalah melakukan hal yang benar sejak pertama kali dan melakukannya lebih baik pada saat yang berikutnya (Al-Assaf, 1990).
- c. Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal dalam hal layanan, dan produk yang bebas cacat (IBM, 1982).
- d. Mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat diartikan

sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus menerus (Al Assaf, 1998).

Dari sudut pandang pelaku dalam pelayanan kesehatan, pengertian mutu dibagi dalam beberapa definisi menurut Elizabeth (2015) yaitu:

- a. Menurut pasien/masyarakat mutu adalah empati, menghargai dan anggap sesuai dengan kebutuhan dan ramah
- b. Menurut petugas kesehatan mutu adalah bebas melakukan sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar
- c. Menurut manajer/administrator adalah mendorong manager untuk mengatur staf dan pasien / masyarakat yang baik
- d. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki enaga profesional yang bermutu dan cukup.

Menurut (Parasuraman, 2001) bahwa konsep kualitas layanan yang diharapkan dan dirasakan ditentukan oleh kualitas layanan yang terdiri dari daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati dan kehandalan. Seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut:



Gambar 2.5
Delivering Quality Service

Sumber: Diadaptasi dari Parasuraman (2001), *Delivering Quality Service*

b. *Quality Assurance* dan *Quality Control*

Terminologi “*quality control* (kendali mutu)” dan “*quality assurance* (menjaga mutu)” mempunyai arti yang dibedakan dalam beberapa organisasi. Masing-masing terminologi mengacu pada aspek yang berbeda dari kegiatan mutu untuk memuaskan pelanggan. *Quality control* dan *quality assurance* pengertiannya sering disamakan. Cara membedakannya, kita mulai dari arti kata: “*control*” yang menurut *The American Heritage Dictionary* adalah “wewenang atau kemampuan untuk mengatur, mengarahkan atau mendominasi”. Sedang “*assurance*” didefinisikan seperti telah dikemukakan adalah “suatu kegiatan menjaga kepastian atau menjamin keadaan dari apa yang dijamin atau suatu pernyataan atau indikasi yang menimbulkan rasa kepercayaan: garansi (jaminan) (Imam & Lena, 2017).

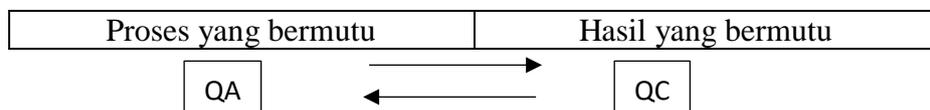
Kata kontrol lebih mengarah pada suatu peran aktif, sedang kata *assurance* lebih kepada perilaku yang dipercayai atau diyakini. *Quality Control* menggunakan strategi-strategi seperti inspeksi-inspeksi dan pengendalian melalui proses-proses/teknik-teknik statistik untuk memelihara mutu produk yang ditetapkan sebelumnya. Bagian *quality control* menggunakan audit penjaja dan surveilans penjaja untuk menjamin bahwa produk yang baru masuk termasuk dalam tingkat mutu yang dapat diterima. *Quality assurance* menggunakan teknik seperti audit internal dan surveilans untuk menjamin bahwa organisasi mutu memenuhi dua hal: organisasi mengikuti prosedur-prosedur sebagaimana diuraikan dalam manual (buku pedoman) mutu dan prosedur-prosedur kalau merupakan langkah efektif dan memberikan hasil seperti yang diharapkan (Imam & Lena, 2017).

Tabel 2.5
Perbedaan *Quality Assurance* dan *Quality Control*

	<i>Quality Assurance</i>	<i>Quality Control</i>
Arti dan maksud	Menjaga mutu, dalam proses, agar mutu yang dihasilkan seperti yang dikehendaki, sesuai dengan standar atau manual.	Mengendalikan mutu dengan memeriksa (inspeksi) hasil produksi, apakah mutu sudah sesuai yang dikehendaki, sesuai dengan standar.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Audit internal dan surveilan, apakah dalam proses pengerjaannya telah sesuai atau mengikuti (patuh) terhadap <i>standard operating procedur</i> - Evaluasi proses - Mengelola mutu - Metode penyelesaian masalah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metode statistik - Menilai mutu akhir - Evaluasi output - Kontrol Mutu - Monitoring pekerjaan sehari-hari

Sumber: Diadaptasi dari Widjono (2000), Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga University Press, Surabaya.

Sehingga mutu dapat digambarkan sebagai sebagai berikut:



Gambar 2.6
Hubungan *Feedback* Proses Mutu dan Hasil Mutu

c. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) ada 10 dimensi mutu antara lain:

- 1) *Tangibles* (bukti fisik) yaitu kemampuan suatu provider dalam menentukan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Yang meliputi fasilitas fisik (gedung, gudang, dan sebagainya), perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan (teknologi) serta penampilan pegawainya.

- 2) *Reliability* (Keandalan), yaitu kemampuan provider untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi.
- 3) *Responsiveness* (Ketanggapan), yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsif*) dan tepat kepada pelanggan dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan pasien menunggu tanpa adanya alasan yang jelas menyebabkan Tanggapan yang cepat dan keinginan yang kuat serta niat baik dari seluruh karyawan dan unit-unit dari provider untuk membantu pelanggan dalam rangka memberikan pelayanan yang bermutu
- 4) *Competence*. Semua tenaga yang bekerja pada provider memiliki keterampilan dan pengetahuan yang baik yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas-tugas pelayanan.
- 5) *Courtesy*, Sikap sopan-santun, ramah-tamah, rasa hormat, tegur-sapa penuh senyum, perhatian, dan rasa persahabatan dari karyawan tenaga medis dan non-medis, terutama bagi contact persone), serta pihak manajemen dari provider.
- 6) *Credibility*. Keyakinan dan kepercayaan pelanggan / pasien terhadap bagusnya reputasi provider dalam pelayanan yang diberikan kepada pelanggan / pasien.
- 7) *Security*. Perasaan bebas pelanggan / pasien dari segenap bahaya apapun, risiko dan keragu-raguan, yang ditimbulkan provider dan seluruh sistemnya.
- 8) *Access*. Kemudahan-kemudahan dalam berhubungan dan kontak dengan provider dan karyawannya. Hal ini berarti lokasi fasilitas jasa yang mudah dijangkau, waktu menunggu yang tidak terlalu lama, dll.
- 9) *Communication*. Memelihara hubungan dengan pelanggan dengan bahasa yang menyentuh dan mudah dipahami, dan kemauan segenap

tenaga provider untuk mendengarkan keluhan, saran, usul, pendapat atau permintaan pelanggan.

- 10) *Understanding the Customer*. Upaya semua tenaga provider untuk mengenali dan memahami apa dan siapa pelanggan/pasien dan apa kebutuhan mereka.

Menurut *Institute of Medicine* (1999) terdapat 6 dimensi mutu pelayanan kesehatan, yaitu:

- 1) *Safe*. Meningkatkan keselamatan melalui penerapan prinsip manajemen resiko menghindari cedera pada pasien akibat pelayanan yang diberikan,
- 2) *Effective*. Meningkatkan efektifitas seperti melalui penyusunan *clinical guideline & clinical pathways*
- 3) *Timely*. Ketepatan waktu/ response time
- 4) *Patient-Centered*. Memberikan pelayanan yang menghormati dan merespon keinginan pasien, kebutuhan pasien, nilai-nilai dan memastikan nilai – nilai tersebut dihormati dalam proses pelayanan
- 5) *Equitable*. Mutu pelayanan yang sama tanpa membedakan individu , (gender, etnis) dan lokasi geografis
- 6) *Efficient*. Meningkatkan efisiensi, misalnya program pencegahan fraud menghindari tindakan dan upaya yg tidak diperlukan.

Menurut *World Health Organization* (2006) bahwa ada enam (6) dimensi mutu dalam pelayanan kesehatan yaitu: efektif (*effective*), efisien (*efficient*), dapat diakses (*accessible*), dapat diterima/berfokus pada pasien (*acceptable/patient-centre*), adil (*equitable*), dan aman (*safety*).

Tabel 2.6

Enam Dimensi/Area Mutu (*World Health Organisation, 2006*)

Dimensi Mutu	Penjelasan
Efisien	Memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan
Efektif	Perawatan kesehatan berbasis bukti dan menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan
Dapat diakses	Perawatan kesehatan yang tepat waktu, masuk akal secara geografis, dan disediakan dalam setting dimana keterampilan dan sumber daya sesuai dengan kebutuhan medis
Dapat diterima	Perawatan kesehatan yang mempertimbangkan preferensi dan aspirasi pengguna layanan perorangan dan budaya komunitas mereka
Adil	Perawatan kesehatan yang tidak berbeda kualitasnya karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnisitas, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi
Aman	Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa

Tabel 2.7

Perbedaan Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Donabedian (1998)	Maxwell (1992)	NHS (1997)	Council of Europe (1998)	NLHI of JCHO (1999)	IOM (2001)	WHO (2006)
Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness	Effectiveness
Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency	Efficiency
Access	Access	Fair Access	Access	Access		Access
Safety	Respect		Safety	Safety	Safety/Respect	Safety
Appropriateness	Appropriateness		Appropriateness	Appropriateness		
Equity	Equity				Equity	Equity
		Timeliness		Timeliness	Timeliness	
	Acceptability		Acceptability			Acceptability
	Choice	Patient Care Experience	Patient Satisfaction		Patient Center	Patient Center
Health Improvement	Technical Competence	Health Improvement	Efficacy			
				Availability		
				Prevention/Early Detection		

Sumber: Diadaptasi dari Viora (2017), Dukungan Regulasi & Upaya Peningkatan Mutu Faskes Dalam Program JKN-KISS.

12 Indikator mutu pelayanan rumah sakit berdasarkan dimesi mutu menurut WHO (2006), yaitu:

- 1) Kepatuhan terhadap *clinical pathway* (*Effective*)
- 2) Kepatuhan terhadap penggunaan formularium Nasional (*Effective*)
- 3) Ketepatan jam visit dokter spesialis (*Efficient*)
- 4) Waktu tunggu operasi elektif (*Efficient*)
- 5) Waktu tunggu rawat jalan (*Accessible*)
- 6) Kecepatan respon terhadap *complain* (*Acceptable/Patient Center*)
- 7) Kepuasan pasien dan keluarga di IGD, rawat jalan dan inap (*Acceptable*)
- 8) *Emergency respon time* (*Equitable*)
- 9) Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium (*Equitable*)
- 10) Angka kejadian pasien jatuh (*Safe*)
- 11) Angka infeksi luka operasi (*Safe*)
- 12) Ketepatan identifikasi pasien (*Safe*) (Viora, 2017).

Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi suatu keadaan dan dimungkinkan untuk dilakukan pengukuran baik secara kualitatif maupun kuantitatif dengan menggunakan standar penilaian yang telah ditentukan sebelumnya (Menteri Kesehatan RI, 2016b). Fungsi Indikator dan Kriteria Indikator menurut Widjono (2000) digunakan sebagai alat dalam proses evaluasi. Dua-duanya juga dapat digunakan sebagai alat untuk perencanaan dan penyusunan program. Indikator diartikan sebagai variabel yang dapat membantu mengukur perubahan-perubahan. Variabel merupakan alat evaluasi yang dapat mengukur perubahan secara langsung atau tidak langsung. Upaya penilaian (evaluasi) pelayanan rumah sakit meliputi banyak sekali indikator yang dijadikan standar. Indikator yang paling sering digunakan sebagai standar peningkatan kualitas mutu kesehatan di rumah sakit adalah sebagai berikut (La Tour K, Shirley E, 2010) dalam (Imam & Lena, 2017):

- 1) *Bed Occupancy Rate* (BOR) yaitu prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Nilai parameter dari BOR ini idelanya antara 60 - 85%.
- 2) *Average Length of Stay* (AvLOS) merupakan rata-rata lama rawatan seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi. Nilai parameter dari AvLOS ini idelanya antara 6-9 hari.
- 3) *Bed Turnover* (BTO) diartikan sebagai frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur di rumah sakit dipakai. Idealnya selama satu tahun, 1 tempat tidur rata-rata dipakai 40 – 50 kali.
- 4) *Turnover Interval* (TOI) yaitu rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1 – 3 hari.
- 5) *Net Death Rate* (NDR) diartikan sebagai angka kematian ≥ 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 25/1000 penderita keluar.
- 6) *Gross Death Rate* (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45/1000 penderita keluar.

d. Jenis Ukuran Mutu Pelayanan Kesehatan

Ukuran yang digunakan untuk menilai dan membandingkan kualitas organisasi perawatan kesehatan diklasifikasikan sebagai ukuran struktur, proses, atau hasil. Dikenal sebagai model Donabedian, adapun ukuran mutu pelayanan kesehatan tersebut dimuat oleh *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRC* (2015) yaitu sebagai berikut:

1) Pengukuran Struktural

Tindakan struktural memberi konsumen gambaran tentang kapasitas, sistem, dan proses penyedia perawatan kesehatan untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi. Sebagai contoh: apakah rumah sakit menggunakan catatan medis elektronik atau sistem

pemasukan pesanan obat, jumlah atau proporsi dokter bersertifikat dan rasio penyedia dengan pasien.

2) Pengukuran Proses

Pengukuran proses menunjukkan apa yang dilakukan penyedia untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan, baik untuk orang sehat atau bagi mereka yang didiagnosis dengan kondisi perawatan kesehatan. Tindakan ini biasanya mencerminkan rekomendasi yang diterima secara umum untuk praktik klinis. Sebagai contoh: persentase orang yang menerima layanan pencegahan (seperti mamogram atau imunisasi), persentase penderita diabetes yang gula darahnya diuji dan dikendalikan.

Langkah-langkah proses dapat memberi tahu konsumen tentang perawatan medis yang mungkin mereka harapkan untuk diterima untuk kondisi atau penyakit tertentu, dan dapat berkontribusi untuk meningkatkan hasil kesehatan. Mayoritas ukuran kualitas perawatan kesehatan yang digunakan untuk pelaporan publik adalah ukuran proses.

3) Pengukuran Hasil

Ukuran hasil mencerminkan dampak dari layanan perawatan kesehatan atau intervensi pada status kesehatan pasien. Sebagai contoh: persentase pasien yang meninggal akibat pembedahan (angka kematian akibat pembedahan), tingkat komplikasi bedah atau infeksi yang didapat di rumah sakit.

Ukuran hasil mungkin tampak mewakili "standar emas" dalam mengukur kualitas, tetapi hasil adalah hasil dari banyak faktor, banyak di luar kendali penyedia. Metode penyesuaian risiko model matematika yang mengoreksi berbagai karakteristik dalam suatu populasi, seperti status kesehatan pasien dapat membantu menjelaskan faktor-faktor ini. Namun, ilmu penyesuaian risiko masih terus berkembang. Para ahli mengakui bahwa metode penyesuaian risiko yang lebih baik diperlukan untuk meminimalkan pelaporan

informasi yang menyesatkan atau bahkan tidak akurat tentang kualitas perawatan kesehatan.

e. Sumber Data

Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, termasuk catatan medis, survei pasien, dan *database administrative*. Masing-masing sumber ini memiliki tujuan yang berbeda-beda, sehingga terdapat keuntungan dan tantangan jika digunakan untuk tujuan pengukuran dan pelaporan kualitas. Data rumah sakit tersedia dari berbagai sumber, termasuk rumah sakit individu dan asosiasi rumah sakit, organisasi data negara bagian dan regional, perencanaan kesehatan atau organisasi data kesehatan di tingkat regional, departemen kesehatan, dan lembaga lainnya. Banyak pengukuran kualitas rumah sakit dibuat dengan menggunakan data kepulauan administrasi rumah sakit. Kumpulan data ini memberikan informasi tentang: demografi pasien, diagnosis, prosedur, sumber penerimaan, status pulang, lama tinggal dan biaya. Meskipun ada batasan tertentu (kurangnya detail klinis, variasi kode, jeda waktu), pakar kualitas menganggap data administratif sebagai sumber yang andal dan dapat digunakan untuk tujuan menilai kualitas rumah sakit (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2016).

Berikut sumber data yang dapat dijadikan ukuran dalam mutu pelayanan kesehatan menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (2018) yaitu:

1) Data Administratif

Data dikumpulkan dari sistem klaim, pertemuan, pendaftaran, dan penyedia. Elemen data umum termasuk jenis layanan, jumlah unit (misalnya, hari layanan), kode diagnosis dan prosedur untuk layanan klinis, lokasi layanan, dan jumlah yang ditagih dan jumlah yang diganti. Keuntungan Data Administratif yaitu tersedia secara elektronik, lebih murah daripada mendapatkan data rekam medis, tersedia untuk seluruh populasi pasien dan di seluruh pembayar, sistem dan praktik pengkodean yang cukup seragam (dan meningkatkan). Adapun tantangan data administrative yaitu informasi klinis yang terbatas, akurasi yang

dipertanyakan untuk pelaporan publik karena tujuan utamanya adalah penagihan, kelengkapan dan ketepatan waktu.

2) Rekam Medis Pasien

Rekam medis adalah dokumentasi riwayat medis dan perawatan pasien. Munculnya rekam medis elektronik telah meningkatkan aksesibilitas file pasien. Penggunaan sistem rekam medis elektronik yang lebih luas diharapkan dapat meningkatkan kemudahan dan biaya penggunaan informasi ini untuk pengukuran dan pelaporan kualitas. Keuntungan Rekam Medis yaitu kaya dengan detail klinis, dipandang oleh penyedia sebagai kredibel. Adapun tantangan rekam medis biaya, kerumitan, dan waktu yang diperlukan untuk mengumpulkan data saat pasien menerima layanan di berbagai situs, terutama jika format catatan berbeda digunakan, penggunaan kertas saat ini untuk sebagian besar catatan, yang berarti bahwa staf terlatih harus mengabstraksi informasi secara manual.

3) Survei Pasien

Instrumen survei mengambil informasi yang dilaporkan sendiri dari pasien tentang pengalaman perawatan kesehatannya. Aspek yang dilaporkan berupa perawatan, layanan, atau perawatan yang diterima dan persepsi tentang hasil perawatan. Survei biasanya dilakukan untuk sampel pasien melalui Surat, telepon, atau Internet. Keuntungan survei pasien yaitu menangkap jenis informasi langsung sumber terbaik, metode mapan untuk desain dan administrasi survei, mudah bagi konsumen untuk memahami dan berhubungan dengan hasil survei. Adapun tantangan survei pasien yaitu biaya administrasi survei, kemungkinan hasil yang menyesatkan jika pertanyaan tidak ditulis dengan tepat, prosedur administrasi survei tidak standar, populasi yang diambil sampelnya tidak mewakili populasi secara keseluruhan (bias pengambilan sampel), atau populasi tidak terwakili dalam tanggapan (bias tanggapan).

4) Komentar dari Pasien Individual

Komentar dari pasien individu, sering disebut sebagai informasi tentang kualitas perawatan kesehatan yang dikumpulkan secara informal daripada oleh upaya penelitian yang dirancang dengan cermat. Informasi ditarik dari situs Web pribadi yang memungkinkan konsumen perawatan kesehatan untuk berbagi pengalaman pribadi mereka dengan rencana kesehatan, rumah sakit, dan, yang paling menonjol yaitu dokter. Keuntungan sumber dari komentar pasien yaitu mendorong konsumen untuk membaca tentang pengalaman orang lain, juga sebagai sarana yang efisien untuk menyampaikan informasi dan mempengaruhi keputusan dan perilaku orang. Adapun tantangan sumber komentar pasien yaitu kadang penilaian yang tidak memihak terhadap kualitas perawatan kesehatan karena komentar tidak dikumpulkan secara sistematis dan tidak mewakili populasi pasien.

f. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan. Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan kriteria bangunan dan prasarana, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, dan peralatan (Menteri Kesehatan RI, 2019a).

Klasifikasi Rumah Sakit umum telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 yang terdiri atas:

a). Rumah Sakit umum kelas A; Rumah Sakit umum kelas A memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspesialis. Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) penunjang medik spesialis, 12 (dua belas) spesialis lain selain spesialis dasar, dan 13 (tiga belas) subspesialis.

b). Rumah Sakit umum kelas B; Rumah Sakit umum kelas B memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis. Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) penunjang medik spesialis, 8 (delapan) spesialis lain selain spesialis dasar, dan 2 (dua) subspecialis dasar.

c). Rumah Sakit umum kelas C; Rumah Sakit umum kelas C memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis. Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) penunjang medik spesialis.

d). Rumah Sakit umum kelas D; Rumah Sakit umum kelas D memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis. Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus telah diatur dalam UU Nomor 40 Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 yang terdiri atas:

a). Rumah Sakit khusus kelas A; Rumah Sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya secara lengkap.

b). Rumah Sakit khusus kelas B; Rumah Sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang terbatas.

c). Rumah Sakit khusus kelas C; Rumah Sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang minimal.

4. Tinjauan Tentang *Patient Outcome*, *Cost* dan *Length Of Stay*

a. Patient Health Outcome

Kata kualitas mempunyai beragam arti dan disalahpahami secara luas. Dimana saat ini, kualitas paling sering berarti kepatuhan pada pedoman berbasis bukti. Sebagai contoh pengukuran “kualitas” yang

ditemukan di *National Quality Measures Clearinghouse* sebagian besar adalah pengukuran proses. Bahkan AHRQ sebagai forum penilai kualitas melakukan proses review mengukur tidak berdasarkan prestasi tetapi sesuai dengan pendekatan prosedural yang mereka buat (Porter, 2010).

Menurut Donabedian (1989) *Output/outcome* ialah hasil pelayanan kesehatan yang merupakan perubahan pada pasien/masyarakat, termasuk kepuasan dari konsumen. *Patient Health Outcomes* adalah hasil pelayanan kesehatan yang diterima pasien selama di rumah sakit. Sedangkan menurut Porter (2010), *Patient Health Outcomes* adalah hasil perawatan dalam kaitannya dengan kesehatan pasien dari waktu ke waktu.

Kualitas dalam perawatan kesehatan harus mengacu pada hasil pasien. Mencapai hasil kesehatan pasien yang baik adalah tujuan dasar perawatan kesehatan. Mengukur, melaporkan, dan membandingkan hasil mungkin merupakan langkah paling penting untuk membuka peningkatan hasil yang cepat dan membuat pilihan yang baik tentang pengurangan biaya. Hasil pasien adalah ukuran kualitas yang sebenarnya dalam perawatan kesehatan. Memahami hasil yang dicapai juga penting untuk memastikan bahwa pengurangan biaya adalah peningkatan nilai. Jadi, pengukuran hasil mungkin merupakan satu-satunya alat yang paling ampuh dalam memperbaiki sistem perawatan kesehatan. (Porter, 2010).

Hirarki Penilaian Hasil Kesehatan Pasien

Setiap produk dan jasa memiliki dimensi kualitas termasuk pada layanan kesehatan. Dan dimensi kualitas sangat mempengaruhi keberhasilan setiap layanan. Begitupun dengan rangkaian hasil yang ruang lingkungannya cukup luas mulai dari hasil prosedural langsung, status fungsional jangka panjang, waktu pemulihan, hingga komplikasi dan kekambuhan. Dan begitu sulit untuk menilai setiap layanan apakah hasilnya sudah berhasil atau tidak. Sehingga penilaian hasil lengkap untuk setiap kondisi medis dapat disusun dalam hierarki tiga tingkat seperti pada Gambar 2.6 (Porter, 2010).

Terdiri dari tiga tingkat dan yang paling atas menentukan keberhasilan pada tingkat bawahnya. Setiap tingkatan hierarki berisi dua tingkatan luas, yang masing-masing melibatkan satu atau lebih dimensi hasil yang berbeda. Dimensi hasil menangkap aspek tertentu dari kesehatan pasien. Dimensi hasil ini adalah dimensi kritis kualitas dalam perawatan kesehatan. Untuk setiap dimensi, kesuksesan diukur dengan satu atau beberapa ukuran atau metrik tertentu. Akhirnya, untuk setiap pengukuran seringkali terdapat beberapa pilihan dalam hal waktu dan frekuensi kapan mengukurnya (Porter, 2010).

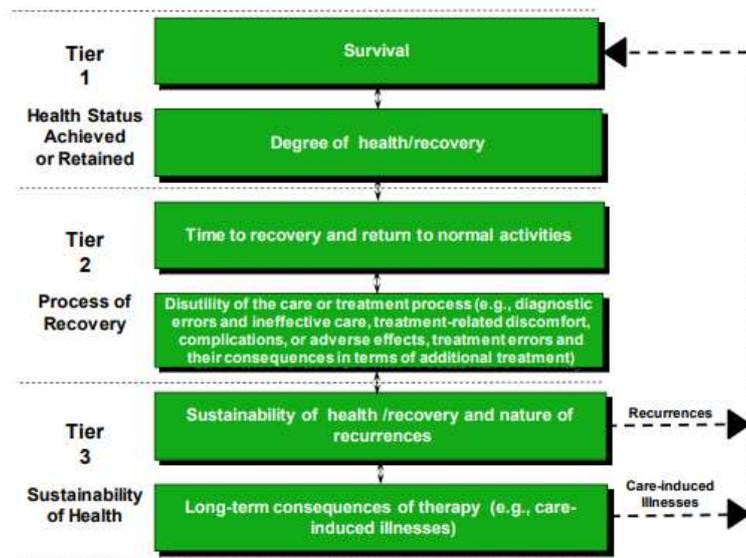
Hirarki tier 1 adalah pencapaian status kesehatan pasien, atau untuk pasien dengan beberapa kondisi degenerative dan status kesehatan dipertahankan. Tingkat pertama adalah kelangsungan hidup, dimana bagian terpenting bagi kebanyakan pasien. Kelangsungan hidup (atau kematian) dapat diukur selama rentang waktu yang sesuai dengan kondisi medis. Tingkat kedua pada tingkat 1 adalah tingkat kesehatan atau pemulihan yang dicapai atau dipertahankan. Tingkat dua harus mencakup puncak atau tingkat kesehatan dengan kondisi mapan terbaik yang dicapai, yang ditentukan sesuai dengan kondisinya. Derajat kesehatan atau pemulihan biasanya mencakup berbagai dimensi seperti bebas dari penyakit dan aspek yang relevan dari status fungsional (Porter, 2010).

Tingkat 2 dari hierarki hasil adalah proses pemulihan. Pemulihan, atau proses untuk mencapai tingkat kesehatan kondisi mapan terbaik dapat berlarut-larut dan sulit. Pada tingkat ini perlunya konsistensi dengan mengurangi durasi, kompleksitas, dan ketidaknyamanan pemulihan. Tingkat pertama di tingkat 2 adalah durasi. Dimana butuh waktu antara pemulihan ke kondisi normal. Terdiri dari berbagai fase yaitu fase perawatan, seperti waktu untuk diagnosis, waktu untuk rencana perawatan, waktu untuk memulai perawatan, dan durasi perawatan. Waktu siklus adalah hasil yang sangat penting bagi pasien, karena dia bukan ukuran proses sekunder. Pemberlakuan pengurangan waktu siklus dapat memberikan manfaat langsung bagi pasien dalam hal mengurangi

beban pemulihan dan juga dapat mempengaruhi status kesehatan yang dicapai dan keberlanjutannya. Hubungan antara waktu siklus dan status kesehatan yang dicapai merupakan contoh di mana hasil di satu tingkat dalam hierarki dapat mempengaruhi hasil di tingkat bawah (Porter, 2010).

Tingkat kedua di tier 2 adalah ketidakmampuan proses perawatan dalam hal diagnosis yang terlewat, pengobatan yang gagal, kecemasan, ketidaknyamanan, kemampuan untuk bekerja atau berfungsi secara normal saat menjalani pengobatan, komplikasi jangka pendek, perawatan ulang, dan kesalahan. Level ini dapat mencakup berbagai dimensi tergantung pada kondisinya. Perawatan yang tidak efektif atau tidak tepat meningkatkan kesehatan muncul di sini, begitu pula kesalahan medis dan komplikasi perawatan yang menyebabkan gangguan dalam perawatan.

Tier 3 adalah kesehatan yang berkelanjutan. Keberlanjutan mengukur tingkat kesehatan yang dipertahankan dan berpengaruh pada tingkat dan waktu kekambuhan dan konsekuensi perawatan. Tingkat pertama di Tingkat 3 adalah kekambuhan penyakit asli atau komplikasi jangka panjang terkait. Pada tingkat ini dapat dilihat kekambuhan akibat dari penanganan perawatan. Tingkat kedua di tier 3 menangkap masalah kesehatan baru yang tercipta dari dari pengobatan atau perawatan itu sendiri. Dan prosesnya kembali ke tier pertama dan seterusnya seperti kelangsungan hidup, pemulihan dan pemulihan kekambuhan (Porter, 2010).



Gambar 2.7
The Outcome Measures Hierarchy

Sumber: Diadaptasi dari Porter (2010)

Pada program jaminan kesehatan nasional (JKN) penilaian hasil kesehatan pasien dapat dilihat pada data e-klaim INA-CBGs melalui hasil outputnya. Data yang dihasilkan pada e-klaim diambil dari ringkasan pulang (*discharge summary*) yang dibuat oleh dokter dari hasil asuhan perawatan yang diberikan oleh professional pemberi asuhan setiap pasien (Menteri Kesehatan RI, 2019b). Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal:

- 1) Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain
- 2) Temuan fisik penting dan temuan-temuan lain
- 3) Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan
- 4) Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah
- 5) Kondisi pasien (*status present*) saat pulang. Terdiri dari pasien pulang dengan kondisi membaik yaitu keadaan pulang apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi dan merupakan akhir dari

hubungan klien dengan rumah sakit. Kemudian pasien pulang dengan terpaksa yaitu kondisi dimana klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang. Dan yang terakhir meninggal yaitu pasien pulang dengan tanpa bernyawa.

6) Ringkasan memuat instruksi tindak lanjut

7) Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh dokter dan pasien/keluarga (KARS, 2017).

b. Hospital Cost

Biaya rumah sakit didefinisikan sebagai jumlah tagihan rumah sakit untuk seluruh masa tinggal (tidak termasuk sebagian besar biaya dokter). Tagihan mungkin tidak mencerminkan biaya perawatan rumah sakit yang sebenarnya atau berapa banyak yang diganti (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002).

Biaya adalah salah satu masalah yang paling mendesak dalam perawatan kesehatan, dan upaya serius untuk mengendalikan biaya telah dilakukan selama beberapa dekade. Pendekatan pengukuran biaya saat ini tidak hanya mengaburkan pemahaman biaya tetapi juga mengarah pada upaya pengendalian biaya yang bersifat inkremental, tidak efektif, dan terkadang kontraproduktif. Pengukuran biaya yang tepat merupakan tantangan karena fragmentasi entitas yang terlibat dalam perawatan. Entitas seperti unit rehabilitasi dan unit konseling semuanya diabaikan dalam analisis biaya (Porter, 2010)

Menurut *Massachusetts Hospital Association* (2010), biaya rumah sakit mencakup semua kegiatan yang berhubungan dengan bisnis (kesehatan) inti dari rumah sakit. Biaya perawatan terdiri dari biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi), seperti biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Biaya tidak langsung adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung yang mendukung kelancaran proses produksi (pelayanan), seperti administrasi pasien, teknologi informasi, jasa lingkungan, sarana prasarana,

transportasi dan sebagainya. Biaya perawatan terkait pasien secara konsisten mewakili sekitar 92% dari total biaya rumah sakit (Association, 2010).

Biaya perawatan adalah jumlah uang yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Biaya perawatan merupakan komponen harga yang menjadi beban pasien setelah memperoleh produk jasa dari hasil layanan selama pasien dirawat di rumah sakit. Biaya merupakan aspek penting dalam penentuan mutu layanan. Hal ini identic dengan semakin mahal harga perawatan maka kualitas layanan lebih bagus. Biaya dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin dan sebagainya. Selain itu, efisiensi dan efektivitas biaya, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan juga menjadi pertimbangan dalam menetapkan biaya perawatan (Stefania & James, 2018).

Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis. Sedangkan tarif Non INA-CBG merupakan tarif diluar tarif paket INA-CBGs. Biaya yang dikeluarkan dari pemberi pelayanan kepada pasien dapat dihitung berdasarkan biaya riil dari rumah sakit dan dibandingkan dengan tarif INA-CBGs yang telah ditetapkan. Sehingga, jika biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien melebihi tarif INA-CBGs yang telah diterapkan maka rumah sakit dapat segera mengupayakan efisisensi, tanpa perlu melakukan *fraud* (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Dapat disimpulkan bahwa biaya rumah sakit atau *hospital cost* merupakan selisih dari biaya riil rawat inap pasien dengan besarnya klaim asuransi kesehatan pasien, adapun metode perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$HC \text{ (Hospital costs)} = \text{Biaya riil RS} - \text{klaim asuransi kesehatan}$$

Manfaat dari proses analisis biaya antara lain sebagai informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi serta kebijaksanaan pengendalian biaya, sebagai dasar pertimbangan untuk melakukan negosiasi saat akan mengadakan kontrak dengan pihak-pihak tertentu dalam menggunakan jasa rumah sakit, sebagai pertanggungjawaban tentang efektifitas biaya kepada pihak yang berkepentingan, dan sebagai dasar untuk perencanaan anggaran yang akan datang (Dahlberg, Todres, & Galvin, 2009).

c. Length of Stay

Length of stay (LOS) adalah jumlah lama hari rawat pasien yang ditunjukkan dalam catatan di rumah sakit yaitu khusus jumlah hari dari tanggal masuknya klien (*admission*) hingga tanggal kepulangan klien (*discharge*) (Health, 2015). LOS dihitung sejak penerimaan klien masuk rumah sakit di perawatan rawat inap. Setiap klien dihitung LOS berdasarkan jumlah hari antara masuk dan keluarnya klien tersebut dari rumah sakit (LTCTrendTracker, 2014). Standar lama hari rawat di rumah sakit atau *average length of stay* (ALOS) berkisar 6-9 hari. Lamanya hari rawat dapat disebabkan oleh kondisi medis atau infeksi nasokomial. Infeksi nasokomial dapat meningkatkan 13.3 hari rawat atau lebih lama dua kali lipat. Selain itu, kondisi non medis seperti terlambatnya administrasi di rumah sakit, kurang bagusnya perencanaan dalam memberikan pelayanan pada pasien atau kebijakan medis dapat menjadi penyebab lamanya seseorang dirawat di rumah sakit (Asmawati & Elly, 2016).

Length of stay (LOS) atau lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (*quality of patient care*). LOS menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada suatu periode perawatan. Satuan lama hari rawat adalah hari. Cara menghitung lama hari rawat ialah dengan

menghitung selisih antara tanggal kepulangan (keluar dari rumah sakit, baik hidup atau meninggal) dengan tanggal masuk ke rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, lama rawatnya dihitung 1 hari. Sedangkan angka rerata lama rawat ini dikenal dengan istilah *average Length of Stay* (aLOS) (Lubis & Susilawati, 2017).

Average length of stay (ALOS) adalah rata-rata lama menginap atau rata-rata jumlah hari selama klien dirawat di rumah sakit. ALOS diukur dengan membagi jumlah total hari perawatan oleh semua klien yang ada dirawat inap selama satu tahun dengan jumlah penerimaan atau pemulangan, mencakup semua kasus rawat inap (OECD/European Union, 2016). *Average length of stay* (ALOS) dapat menjadi indikator efisiensi dalam mengurangi biaya rawat apabila lama rawatnya lebih pendek. Semakin tinggi ALOS dapat diartikan sebagai rendahnya pelayanan kesehatan di unit rawat inap atau tidak efisiennya pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebaliknya, semakin berkurang ALOS menunjukkan peningkatan mutu dan efisiensi pelayanan yang diberikan yang akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap kebutuhan jasa layanan kesehatan (Asmawati & Elly, 2016).

Dalam beberapa kasus tidak cukup hanya mencatat tanggal masuk dan keluar saja, tapi juga butuh mencatat jam pasien tersebut masuk perawatan dan keluar perawatan, terutama jika pasien tersebut keluar dalam keadaan meninggal. Lama hari rawat ini berkaitan dengan indikator penilaian efisiensi pengelolaan rumah sakit bersama dengan tiga indikator lainnya yaitu lamanya rata-rata tempat tidur tidak terisi (*Turn Over Interval*), presentase tempat tidur yang terisi atau presentase tingkat hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*), dan pasien yang dirawat keluar dalam keadaan hidup dan mati per tempat tidur yang tersedia dalam periode tertentu (*Bed Turn Over*). Cara untuk menghitung LOS dan ALOS adalah sebagai berikut (Health, 2015):

$$\begin{aligned} \text{LOS} &= \text{Tanggal keluar pasien} - \text{Tanggal masuk pasien} \\ \text{ALOS} &= \frac{\text{Total jumlah lama hari perawatan pasien rawat inap (Total LOS)}}{\text{Total jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan meninggal)}} \end{aligned}$$

Sebelum dilakukan perhitungan ALOS, harus diperoleh lebih awal data dari jumlah klien yang keluar rumah sakit baik hidup ataupun meninggal dalam periode tertentu. Data ini didapatkan melalui catatan harian klien yang keluar atau masuk rumah sakit dan mencakup lama hari rawat inap dari setiap klien (Robinson & Brown, 2014).

Lamanya rawat inap di rumah sakit dapat dipengaruhi beberapa faktor yaitu sebagai berikut (Lubis & Susilawati, 2017) :

a. Manajemen kasus intensif

Kasus yang terjadi dalam perawatan intensif cenderung memiliki LOS yang memanjang, terutama penilaian saat pertama kali masuk ke ruang intensif, target perawatan dan perencanaan pulang (*discharge planning*) dengan menilai risiko dari kasus tersebut.

b. Keterlambatan penjadwalan pemeriksaan

Faktor keterlambatan dari penjadwalan pemeriksaan diagnostik pada klien juga akan mempengaruhi lama rawat dari klien, namun sebaliknya ketepatan waktu dari pemeriksaan akan mempercepat LOS.

c. Akses fasilitas

Faktor lainnya yang dapat memperpanjang LOS adalah akses yang baik atau buruk dari fasilitas perawatan yang tersedia, baik itu fasilitas ruangan, tempat tidur, alat kesehatan yang ada di rumah sakit.

5. Hubungan *Patient Health Outcome, Cost dan Length Of Stay, INA-CBGs dan Mutu Pelayanan Kesehatan*

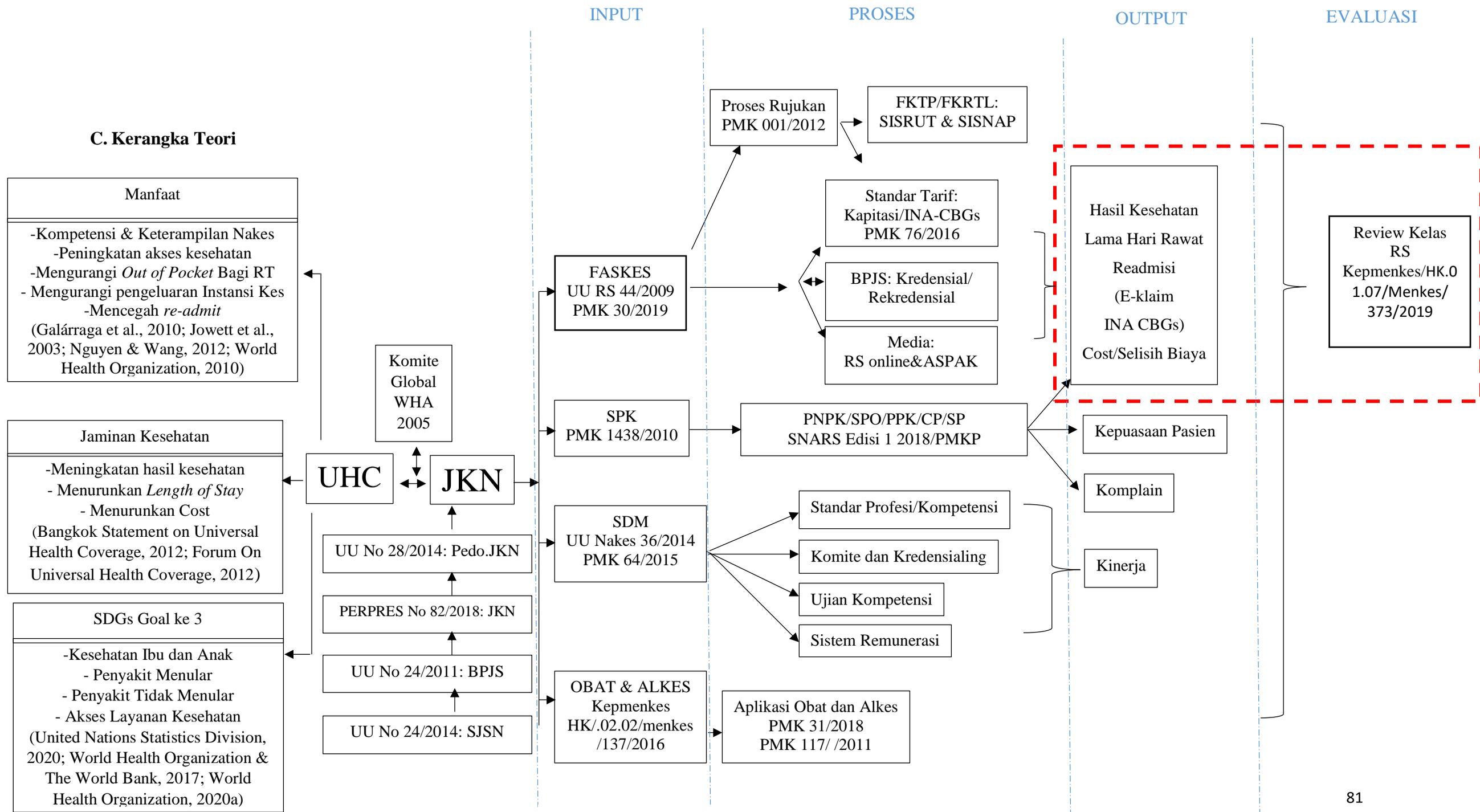
Dalam pembiayaan jaminan kesehatan nasional melalui sistem INA-CBGs, komponen harus saling terkait satu dan yang lainnya. Komponen yang langsung terkait pada output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi. Output pelayanan yang dimaksud adalah terciptanya mutu sesuai standar sehingga terjadi efisiensi seluruh komponen dalam rumah sakit (Menteri Kesehatan RI, 2017). Satu dari tiga komponen tersebut yaitu *clinical pathway* merupakan komponen yang berpengaruh dalam penerapan standar mutu pelayanan dan efisiensi rumah sakit (Ashton, 2001).

Dalam sistem layanan kesehatan rumah sakit terdapat komponen input, proses dan output yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menjalankan alur layanan kesehatan (Donabedian, 1966). Setiap komponen terdapat instrument yang harus disiapkan agar pelayanan kesehatan dapat berjalan, dan supaya pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan koridornya maka dibutuhkan suatu instrument yang terstandarisasi dalam setiap komponen (Ashton, 2001). *Clinical pathway* dan INA-CBGs adalah instrument yang sangat penting dalam komponen sistem layanan kesehatan rumah sakit yang berfungsi sebagai alat pengendali mutu dan biaya (Komaryani, 2017).

Menurut Ashton (2001) *clinical pathway* adalah alat manajemen perawatan pasien yang mengatur dan mengurutkan waktu intervensi utama perawat, dokter, dan departemen lain untuk jenis kasus tertentu. *Clinical pathway* bertujuan untuk memperbaiki luaran klinis pasien, menurunkan lama hari rawat, menurunkan biaya perawatan, menghemat penggunaan sarana dan meningkatkan kepuasan pasien (Rotter et al., 2012). Sedangkan INA-CBGs adalah instrumen yang digunakan dalam pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan menggunakan metode pembayaran prospektif (*casemix*) yang bertujuan mengendalikan biaya kesehatan dan mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar (Menteri Kesehatan RI, 2017).

Besaran tarif INA-CBGs yang dibayarkan oleh BPJS ke FKTL dapat dilihat dalam aplikasi INA-CBGs yang merupakan aplikasi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Output/hasil* dari penarikan database pada aplikasi e-klaim INA-CBGs itemnya beragam diantaranya identitas pasien, tanggal masuk dan keluar, diagnosa, kode diagnosa (ICD 9 dan ICD 10), pengelompokan diagnosa, tarif peritem, hasil pasien keluar dan sebagainya (Menteri Kesehatan RI, 2019b). Kumpulan item database tersebut bisa melacak *patient health outcome*, *length of stay* dan *cost*, yang dapat dijadikan dasar dalam menilai mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (FKTL). Ketiga item tersebut adalah bagian dari komponen yang ada dalam *clinical pathway*. Menurut Firmanda (2012) dengan selembarnya *clinical*

pathway dapat melihat biaya intervensi (obat, jasa medis, pemeriksaan diagnostik, operasi), hasil pasien, lama hari rawat, kode diagnosa dan kinerja individu dan Tim. Sehingga alur pelayanan kesehatan jika sesuai dengan *clinical pathway* yang kemudian dimasukkan kedalam resume medis kemudian di input ke dalam aplikasi INA-CBGs maka menghasilkan mutu pelayanan kesehatan dan efisiensi rumah sakit (Komaryani, 2017).

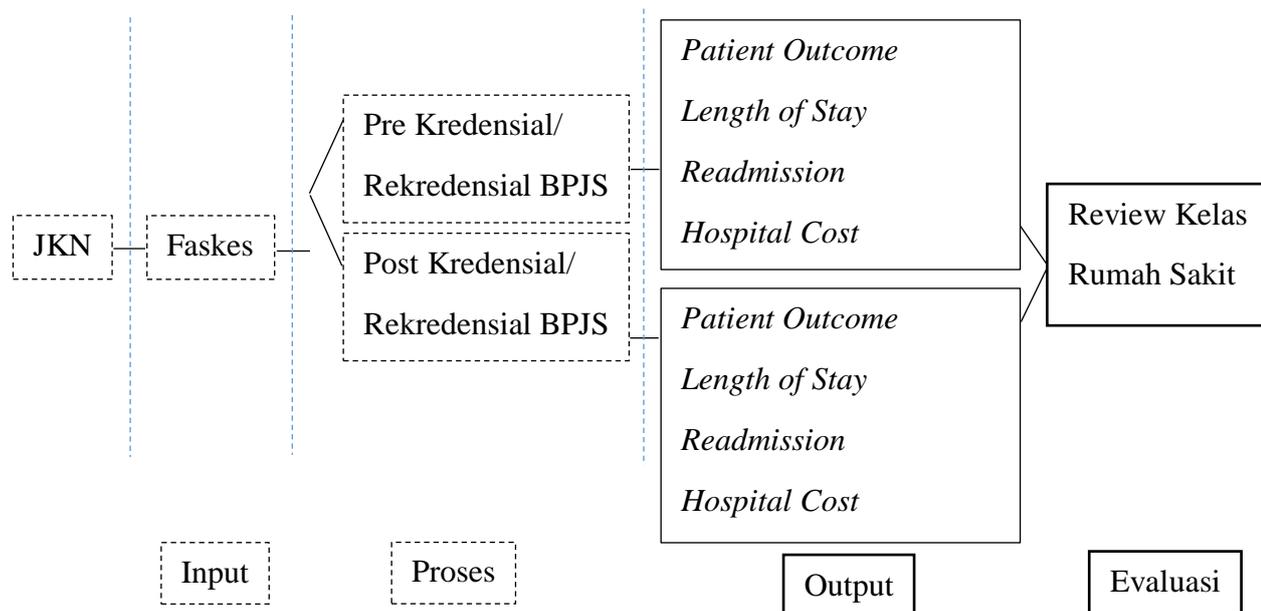


Gambar 2.8 Kerangka Teori

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konseptual adalah suatu keterkaitan antara teori-teori yang mendukung penelitian dan digunakan sebagai pedoman dalam menyusun sistematis penelitian (Sugiyono, 2013). Adapun kerangka konsep pada penelitian ini adalah:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

: Diteliti
 : Tidak Diteliti

B. Variabel Penelitian

Penelitian hasil kesehatan adalah metodologi yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengukur hubungan antara perawatan atau intervensi yang diberikan dan hasil aktual yang dicapai. Sederhananya, studi hasil kesehatan membantu menentukan apa yang berhasil dan apa yang tidak dalam perawatan kesehatan. Penelitian hasil kesehatan mengambil pandangan yang lebih luas untuk juga memasukkan hasil klinis, dampak keuangan, dan berbagai tindakan fungsional, termasuk laporan pasien, kualitas hidup dan kepuasan. Data yang dikumpulkan dapat berasal dari berbagai cara dan metodologi termasuk dari

rekam medis, database asuransi, kuesioner pasien dan tanya jawab atau wawancara (Ellis, 2015). Dalam penelitian ini variabel yang dijadikan penelitian adalah hasil dari proses penyelenggaraan UHC/jaminan kesehatan nasional melalui pra dan pasca reviu rumah sakit yaitu *Patient Outcomes*, *Length of Stay (LOS)*, *Readmisi* dan *Hospital Cost*.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional menurut Sugiyono (2013) adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Definisi operasional dirumuskan melalui variabel-variabel penelitian dengan tujuan untuk menghindari kesesatan dalam mengumpulkan data. Dalam penelitian ini, definisi operasional variabelnya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Defenisi Operasional Variabel

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Patient Outcomes</i> , <i>Length of Stay</i> dan <i>Readmisi</i>	Status kesehatan pasien setelah menerima pelayanan kesehatan berdasarkan status kepulangan, lama hari rawat inap dan readmisi pasien di RS	Studi data sekunder berdasarkan status keadaan keluar (<i>discharge status</i> , lama hari rawat dan readmisi pasien yang ada dalam data e-klaim INA-CBGs	Status Kesehatan Pasien Pulang berdasarkan Petunjuk Teknis Aplikasi INA-Cbgs dan KARS (2017) dengan kategori: - 1 = Atas persetujuan dokter - 2 = Dirujuk - 3 = Atas permintaan sendiri - 4 = Meninggal - 5 = Lain-lain Standar Lama Hari Rawat berdasarkan Depkes (2005) yaitu: - 1 = 1-3 hari - 2 = 4-5 hari - 3 = 6-9 hari - 4 \geq 10 hari - Status readmisi: penerimaan kembali pasien ke rumah sakit setelah keluar dari rawat inap rumah sakit sebelumnya. Dengan kategori : - 1 jika < 30 hari - 2 jika \geq 30 hari	Kategorik (nominal)
<i>Hospital Cost</i>	Selisih tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit selama proses perawatan di rumah sakit	Studi data sekunder berdasarkan laporan biaya perawatan berdasarkan Tarif INA CBGs - Tarif RS	Efisien: Jika biaya rumah sakit \leq tarif INA-CBGs - Tidak Efisien: Jika biaya rumah sakit > tarif INA-CBGs	Numerik