

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebenarnya sudah dikenalkan sejak tahun 2004 dengan adanya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, namun program tersebut baru diluncurkan oleh Pemerintah pada tahun 2014. Melalui program JKN ini, Pemerintah Indonesia terus mengupayakan capaian cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage*. Cakupan kesehatan semesta menjamin seluruh masyarakat mempunyai akses untuk kebutuhan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas dan efektif.<sup>1</sup>

Program JKN bertujuan untuk memberikan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan finansial. Bisa kita lihat perkembangan dari tahun ke tahun cakupan kepesertaan JKN terus mengalami peningkatan. Total cakupan peserta program JKN/KIS (Kartu Indonesia Sehat), per 1 Oktober 2020 telah mencapai 223,4 juta jiwa dengan komposisi kepesertaan JKN adalah 43,3% peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan 16% peserta yang dibiayai pemerintah daerah serta sisanya 40,7% adalah peserta yang membayar iuran JKN. Selama hampir tujuh tahun pelaksanaan program JKN/KIS, begitu banyak perkembangan keberhasilan serta permasalahan-permasalahan yang terjadi di lapangan.<sup>2</sup>

Keberhasilan program JKN terletak pada tingginya cakupan kepesertaan yang telah memanfaatkannya. Berdasarkan data Administrasi Kependudukan (Adminduk) per Juni 2021, jumlah penduduk Indonesia adalah sebanyak 272.229.372 jiwa,

---

<sup>1</sup> Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, “Pemerintah Upayakan *Universal Health Coverage* bagi Masyarakat Indonesia”, <https://www.kemkes.go.id/article/view/20121300001/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia.html>, Kementerian Kesehatan Indonesia, 12 Desember 2020

<sup>2</sup> *Ibid.*

dimana 137.521.557 jiwa adalah laki-laki dan 134.707.815 jiwa adalah perempuan.<sup>3</sup> Hal ini menunjukkan lebih dari 80% penduduk Indonesia telah mendapatkan jaminan kesehatan yang berguna bagi dirinya. Pencapaian ini tentunya terus meningkat walaupun ada pelambatan dengan adanya pandemi *corona virus disease* 2019 (covid 19) sejak bulan Maret pada Tahun 2020.

Sesuai amanah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, pada Pasal 5 ayat (2) disebutkan bahwa BPJS yang dimaksud adalah: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan berfungsi dalam menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Salah satu tugasnya yang tercantum dalam Pasal 10 huruf d adalah mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta. Sedangkan permasalahan yang terjadi di lapangan diantaranya adalah BPJS Kesehatan yang mengalami defisit keuangan secara berkelanjutan sejak program ini diluncurkan pada Tahun 2014. Jumlah tersebut terus membengkak pada tahun berikutnya. Pada Tahun 2015, defisit keuangan BPJS Kesehatan meningkat drastis menjadi Rp 9,4 triliun. Tahun 2016 defisit turun menjadi 6,4 triliun karena ada penyesuaian iuran. Tahun 2017 defisit kembali meningkat menjadi Rp 13,8 triliun dan Tahun 2018 melesat menjadi Rp 19,4 triliun. Sementara di Tahun 2019, BPJS Kesehatan kembali mencatatkan defisit sebesar Rp 13 triliun.<sup>4</sup> Catatan berbeda ditemukan pada akhir Tahun 2020 ketika BPJS Kesehatan mengalami surplus sebesar Rp 17 triliun. Mengapa terjadi surplus, hal ini menarik untuk dibahas.<sup>5</sup> Selain adanya penyesuaian berupa kenaikan iuran yang ditetapkan oleh Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018

---

<sup>3</sup> Direktorat Jenderal Kependudukan dan Catatan Sipil, <https://dukcapil.kemendagri.go.id/berita/baca/809/distribusi-penduduk-indonesia-per-juni-2021> , Kementerian Dalam Negeri, 4 Oktober 2021

<sup>4</sup> Kompas.com, “BPJS Kesehatan, Defisit Sejak Awal, hingga Rencana Penghapusan Kelas”, <https://money.kompas.com/read/2020/06/12/111300426/bpjs-kesehatan-defisit-sejak-awal-hingga-rencana-penghapusan-kelas?page=all> , 12 Juni 2020

<sup>5</sup> Kebijakan Kesehatan Indonesia, “Surplus BPJS Kesehatan Tahun 2020 dan Dampaknya”, <http://kebijakankesehatanindonesia.net/4283-surplus-bpjs-kesehatan-tahun-2020-dan-dampaknya> , 4 Oktober 2021

tentang Jaminan Kesehatan, hal lain yang perlu dicermati karena adanya pandemi global covid 19 yang dialami oleh semua negara, termasuk Indonesia.

Selain *outcome* biaya yang dikeluarkan dalam pelayanan JKN, ditemukan juga permasalahan pada proses pelayanan peserta JKN. BPJS Kesehatan telah menetapkan sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan yang dapat diakses oleh peserta JKN. Dengan sistem ini, maka terjadi penyaringan kasus yang dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Hanya peserta JKN yang memenuhi kriteria pasien gawat darurat yang dapat langsung mengakses FKRTL tanpa harus melalui FKTP. Sistem pelayanan di fasilitas kesehatan tentunya mengacu pada regulasi yang berlaku. Pelayanan yang bermutu menjadi harapan bagi peserta JKN dan tuntutan dari BPJS Kesehatan.

Seperti yang ditetapkan dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, regulasi ini mengatur tentang beberapa indikator mutu yang harus dicapai oleh FKTP. Sistem pembayaran kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan sebelum pelayanan diberikan oleh FKTP kepada peserta JKN. Pembayaran ini memperhitungkan jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP dan dikalikan dengan satuan biaya tertentu. Pada Pasal 1 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menyebutkan bahwa: "Petunjuk pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan sebagai acuan dalam penerapan pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara efektif dan efisien". Improvisasi telah dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk mencapai efektifitas pelayanan dan efisiensi biaya, sehingga pembayaran kapitasi kemudian memperhatikan juga aspek kinerja (mutu) dari FKTP, yang diukur pelaksanaannya oleh 3 indikator mutu, diantaranya: Angka Kontak, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RRPT).

Salah satu tantangan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) saat ini adalah bagaimana menyelaraskan antara anggaran (biaya) yang terbatas dengan tingginya angka pemberian pelayanan kesehatan. Pengembangan model dan sistem pembiayaan menjadi salah satu alternatif mengatasi tantangan tersebut. Saat ini, tengah dilakukan *improvement model* dan sistem pembiayaan diantaranya Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBKP), *hospital-value base*, dan *global budget*.<sup>6</sup> Pengembangan sistem pembiayaan di rumah sakit dengan metode *hospital-value base* dan *global budget* masih terus dilakukan, sehingga saat ini masih belum ada landasan hukum yang jelas untuk penerapannya. Tujuannya tetap sama, yaitu agar FKRTL dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada peserta JKN dan BPJS Kesehatan dapat mengeluarkan biaya yang efisien kepada rumah sakit.

Dalam pelayanan kesehatan di FKRTL, seyogyanya setiap rumah sakit melakukan kewajibannya sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku. Seperti pada Pasal 29 ayat (1) huruf b Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit: "Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit". Prinsipnya bahwa, peraturan hukum tentang penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk menjamin hal-hal yang sifatnya mendasar antara lain: adanya jaminan perlindungan hak atas pelayanan kesehatan melalui pelayanan kesehatan paripurna dan berkelanjutan; jaminan efektivitas dan mutu pelayanan kesehatan melalui pelemagaan, audit medis, akreditasi rumah sakit, dan sebagainya.<sup>7</sup>

Namun dalam pelayanan, ada kalanya ketidakpuasan muncul dari peserta JKN yang menjadi pasien di rumah sakit. Faktor yang menyebabkan ketidakpuasan dikarenakan tenaga kesehatan kurang mematuhi standar pelayanan kesehatan yang

---

<sup>6</sup> BPJS Kesehatan, "BPJS Kesehatan Bahas Model dan Sistem Pembiayaan Faskes di IHEA Congress, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1231/BPJS-Kesehatan-Bahas-Model-dan-Sistem-Pembiayaan-Faskes-di-IHEA-Congress> , 20 Juli 2019

<sup>7</sup> Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung, CV.Keni, hal 17

telah ditetapkan dan kurangnya kesadaran pasien akan kewajibannya.<sup>8</sup> Selain itu, perubahan-perubahan dalam regulasi dan standar pelayanan JKN menyebabkan dinamika dan penyesuaian dari FKRTL agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan tentunya memenuhi standar yang berlaku.

Tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit saat ini dalam menyelenggarakan program JKN adalah melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya yang baik. Pengertiannya bahwa kendali mutu merupakan kewajiban rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu bagi peserta JKN dan kendali biaya adalah hak rumah sakit dalam memperoleh pembiayaan kesehatan yang memadai dan sesuai dengan mutu pelayanan yang dihasilkan serta seluruh sumber daya yang telah digunakan. Dalam Pasal 2 ayat (1) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan: "Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien".

Pada pelaksanaan peraturan ini, lebih banyak dipahami bahwa kendali mutu dan kendali biaya adalah suatu alat yang dipakai oleh BPJS Kesehatan untuk memastikan (menjamin) agar FKRTL dapat memberikan pelayanan yang bermutu namun juga efisien. Bagaimana alat yang sama tersebut (kendali mutu dan kendali biaya) bila diterapkan di rumah sakit, yang sesuai dengan Pasal 2 ayat (2) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, yaitu: Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Upaya Rumah Sakit melakukan pelayanan klinis yang

---

<sup>8</sup> Desy Widyaningrum, *et al*, 2021, "Analysis of National Health Insurance Patient Satisfaction on Quality of Outpatient Services at Tugurejo Hospital Semarang", Soepra, Jurnal Hukum Kesehatan, Vol 7, No 1

bermutu, diantaranya melalui praktik kedokteran yang baik dapat menciptakan outcome pelayanan yang paling utama, yaitu keselamatan pasien. Bukan hanya sekedar efisiensi biaya, namun justru pelayanan yang aman dan bermutu, terhindar dari insiden keselamatan pasien menjadi suatu tolak ukur keberhasilan.

Dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran telah ditekankan bahwa kendali mutu dan kendali biaya perlu menjadi perhatian bagi para tenaga medis dalam melakukan asuhan medis atau praktik kedokteran dimana pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien telah dialihkan kepada BPJS Kesehatan selaku penanggung klaim dari Rumah Sakit. Kendali biaya adalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien benar-benar sesuai dengan kebutuhan medis pasien didasarkan pola tarif yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Konsep kendali biaya disini menekankan kepada pembiayaan yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien, sementara pembiayaan dalam program JKN kepada FKRTL menganut pada konsep prospektif yang sudah ditentukan besaran pembiayaan dengan pola tarif tertentu dan dikendalikan oleh BPJS Kesehatan agar tetap memenuhi peraturan yang berlaku.

Permasalahannya adalah pembiayaan yang dikeluarkan dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit dengan menggunakan tarif INA-CBGs belum ada perubahan yang bermakna sejak tahun 2014, yaitu adanya kenaikan yang semestinya mengikuti indikator ekonomi nasional: seperti inflasi, kenaikan UMR, dan sebagainya. Model pembiayaan seperti ini dikenal dengan model prospektif, yang berarti besaran biaya sudah ditetapkan sejak awal sebelum suatu pelayanan dilakukan kepada peserta JKN. Model ini dianggap sebagai metode pembayaran yang efisien dalam penyelenggaraan JKN. Tetapi, hingga saat ini belum pernah dievaluasi apakah rumah sakit telah mendapatkan biaya yang proporsional (sesuai dengan sumber daya yang telah digunakan). Dari pihak BPJS Kesehatan pun sesuai data yang ada masih ditemukan defisit keuangan yang sangat tinggi dan menunjukkan belum tercapainya efisiensi biaya yang diharapkan.

Pada Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu: diantaranya pada huruf (c): Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas. Prinsip ekuitas yang dimaksud adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya, definisi ini tercantum pada penjelasan dari Pasal 19 ayat (1) dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pengertian ekuitas dalam UU SJSN yang dipahami adalah kendali biaya dimana peserta JKN berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Pengertian ekuitas secara hukum yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku tampak mengalami pergeseran dibandingkan makna ekuitas (kesetaraan dan keadilan) itu sendiri, yaitu suatu hubungan pertukaran dimana individu memberikan (input) sesuatu dan mengharapkan sesuatu kembali (*outcome*) dalam rasio yang sama.

Dalam perkembangan pelayanan JKN, BPJS Kesehatan telah menetapkan berbagai indikator mutu pelayanan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan peserta JKN dalam mengakses layanan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Apakah indikator mutu tersebut cukup efektif untuk mengukur mutu pelayanan dari Rumah Sakit kepada pasien, dan apakah juga sudah memperhatikan aspek-aspek keselamatan pasien serta kontinuitas pelayanan yang lancar. Sedangkan untuk penerapan kendali biaya apakah hanya prinsip efisiensi saja dari pembiayaan yang dapat dikontrol oleh BPJS Kesehatan, bagaimanakah sebenarnya prinsip ekuitas yang harus dijalankan bersama, baik dari BPJS Kesehatan ataupun dari Rumah Sakit agar terjadi kesetaraan dan keadilan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Dine Rinjani Ediani menegaskan bahwa dengan program JKN, masyarakat mempunyai solusi pembiayaan kesehatan yang

terjangkau yang menjadi bentuk pemenuhan asas gotong royong. Pihak eksternal lain yang juga harus mengikuti perubahan sistem kesehatan ini adalah pihak penentu regulasi dalam hal ini pemerintah, serta fasilitas kesehatan yang harus menyesuaikan pola tarif pembayaran, administrasi dan pengelolaan biaya pelayanan kesehatan, serta meningkatkan sumber daya dan kapasitas pelayanan dalam menampung pasien yang akan bertambah dalam waktu singkat.<sup>9</sup> Penelitian ini menekankan adanya transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan sebagai bentuk pelayanan yang lebih optimal dan Rumah Sakit sebagai mitra BPJS Kesehatan yang mempunyai tantangan dalam upaya pengelolaan biaya agar dapat melayani peserta JKN dengan sebaik mungkin. Selain asas gotong royong yang ditemukan dalam penelitian tersebut, masih belum ditemukan adanya pembahasan tentang prinsip ekuitas yang juga menjadi penting untuk diterapkan dalam pelaksanaan program JKN.

Sementara itu, Salas Auladi dalam penelitiannya menunjukkan salah satu upaya penting dalam kendali mutu dan kendali biaya adalah dengan hadirnya profil *Case Manager* dalam pemberian layanan bagi peserta program JKN. *Case Manager* atau Manajer Pelayanan Pasien merupakan sebuah terobosan yang ditawarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu namun tetap memperhatikan pembiayaan terutama pada era JKN. *Case Manager* dapat berperan dalam membantu pencapaian indikator mutu unit pelayanan dan pembiayaan pasien yang efektif.<sup>10</sup> Penelitian ini berfokus pada pelayanan rawat inap intensif di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah melakukan upaya kendali mutu dan kendali biaya melalui peran dan tugas *Case Manager*. Efektivitas peranan *Case Manager* untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya menjadi pembahasan utama dalam penelitian ini, namun aspek hukum dari kendali mutu dan kendali biaya belum dimunculkan secara luas.

---

<sup>9</sup> Dine Rinjani Ediani, 2015, “*Implikasi Berlakunya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS terhadap BPJS Kesehatan Cabang Utama Bandung Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*”, Repository Unika Soegijapranata

<sup>10</sup> Salas Auladi, et al, 2019, “*Efektivitas Peran Case Manager Dalam Upaya Meningkatkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Intensif Peserta Program JKN di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung*”, Program Magister Manajemen Pascasarjana Universitas Pasundan



Lebih lanjut Stefani Daniels dan Jeff Frater menyebutkan bahwa dalam perkembangan perawatan, manajemen kasus diperlukan untuk mengatasi berbagai tantangan yang timbul lantaran kompleksitas operasional dari rumah sakit. Pendekatan semacam ini diperlukan untuk menanganinya, diantaranya: peningkatan kualitas, pengurangan biaya, dan pelayanan yang akuntabel. *“Under progression of care, case management is called upon to address the challenges posed by the complexities of today’s hospital operations, fragmentation of service, and paucity of interlocking accountabilities. Such an approach is needed now more than ever as hospitals seek to navigate a healthcare reform environment focused on improved quality, reduced cost, and more accountable care.”*<sup>11</sup> Dan, faktanya bahwa upaya rumah sakit dalam peningkatan mutu klinis seimbang dengan peningkatan biayanya. *“In fact, finance leaders and case managers are finding common ground in the fact that improved clinical outcomes equal improved financial results.”*<sup>12</sup>

Rumah Sakit Misi Lebak, sebagai FKRTL yang bermitra dengan BPJS Kesehatan mempunyai problematika yang hampir sama dengan rumah sakit yang lain untuk memenuhi peraturan dan standar yang berlaku dalam penyelenggaraan program JKN. Rumah Sakit nirlaba ini terletak di Kabupaten Lebak, Propinsi Banten. Kurang lebih sebanyak 90% dari pasien yang dilayani adalah pasien BPJS Kesehatan yang merupakan warga di Kabupaten Lebak dan sekitarnya. Kebutuhan masyarakat akan FKRTL yang menyelenggarakan program JKN sangat tinggi dan kondisi ini sudah difasilitasi oleh Rumah Sakit Misi Lebak dengan penyediaan layanan gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap bagi peserta JKN. Kapasitas rawat inap yang tersedia adalah 134 tempat tidur dan sebanyak 55 tempat tidur atau 41% difungsikan untuk kelas III yang biasanya terisi oleh pasien BPJSK yang penerima bantuan iuran (PBI)

---

<sup>11</sup> Stefani Daniels dan Jeff Frater, 2011, Hospital Case Management and Progression of Care, Journal of Healthcare Financial Management Association, 65(8):108-13, Agustus 2011  
[https://www.researchgate.net/publication/51595042\\_Hospital\\_case\\_management\\_and\\_progression\\_of\\_care](https://www.researchgate.net/publication/51595042_Hospital_case_management_and_progression_of_care)

<sup>12</sup> *Ibid.*

dan non PBI. Rata-rata keterisian tempat tidur sebesar 70% pada bulan November 2021 dengan sebaran yang tertinggi adalah golongan peserta JKN kelas III.

Sebagai provider kesehatan bagi peserta JKN, RS Misi Lebak tentu mempunyai kewajiban penuh untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai prinsip ekuitas untuk semua golongan, yaitu Kelas I, II, dan III. Apakah pelayanan yang bermutu tidak dibedakan untuk semua golongan peserta, bagaimanakah kendali mutu selama ini yang telah dilakukan oleh RS Misi Lebak dan juga BPJS Kesehatan. Demikian pula dengan kendali biaya, apakah ada upaya kendali biaya yang baik agar prinsip ekuitas tercapai?

Seharusnya prinsip ekuitas dapat dicapai melalui kendali mutu dan kendali biaya yang baik yang dapat dilakukan oleh Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan. Belum adanya penelitian hukum kesehatan yang mengangkat isu tentang prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN dan bagaimana upaya rumah sakit dalam pelaksanaan kendali mutu dan biaya yang mendukung prinsip ekuitas tersebut menjadi alasan yang mendasari peneliti dalam pemilihan judul **”Prinsip Ekuitas Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Misi Lebak Melalui Kendali Mutu dan Kendali Biaya”**.

## **B. Perumusan Masalah**

1. Bagaimanakah prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN?
2. Bagaimanakah pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN?
3. Bagaimana RS. Misi Lebak melaksanakan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN

2. Mengetahui pengaturan tentang kendali mutu dan kendali biaya dalam program JKN
3. Mengidentifikasi cara RS. Misi Lebak dalam melaksanakan prinsip ekuitas dalam program JKN melalui kendali mutu dan kendali biaya

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Praktis:

- a. Memberikan bahan kajian bagi pemegang kebijakan untuk mengevaluasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya pada Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat menerapkan prinsip ekuitas bagi ketiga pihak, yaitu: peserta Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit
- b. Memberikan data dan informasi bagi Rumah Sakit tentang upaya kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional untuk mencapai prinsip ekuitas
- c. Memberikan kajian hukum dalam pelaksanaan prinsip ekuitas pada Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui kendali mutu dan kendali biaya sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku
- d. Memberikan masukan untuk perbaikan dan pengembangan pelayanan bagi rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu dan pengendalian biaya yang lebih baik kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional

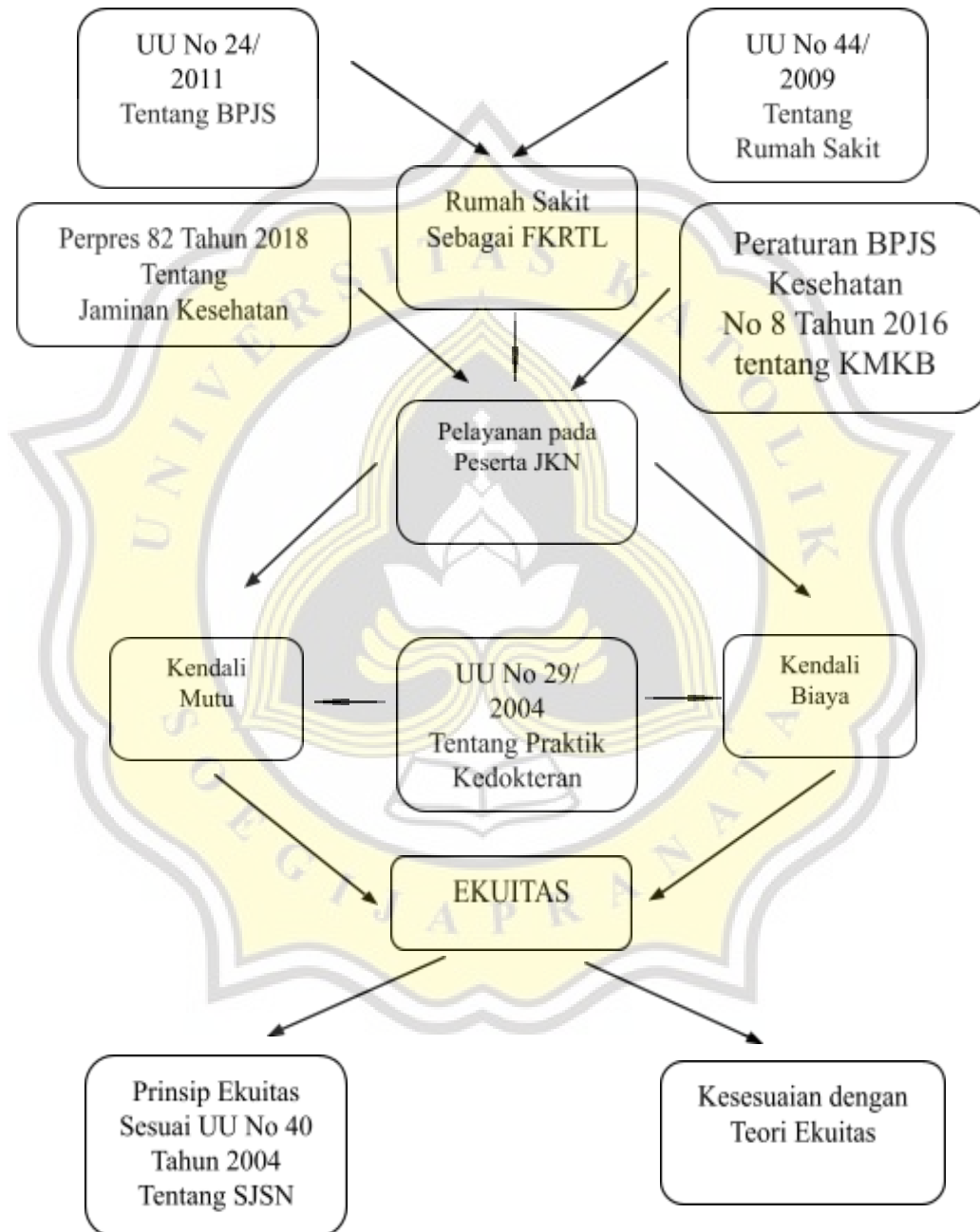
##### 2. Manfaat akademis:

- a. Memberikan tambahan wawasan pengetahuan hukum kesehatan tentang prinsip ekuitas pada Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui kendali mutu dan kendali biaya sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku
- b. Menjadi bahan rujukan teori bagi penelitian yang berfokus pada mutu dan biaya pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit

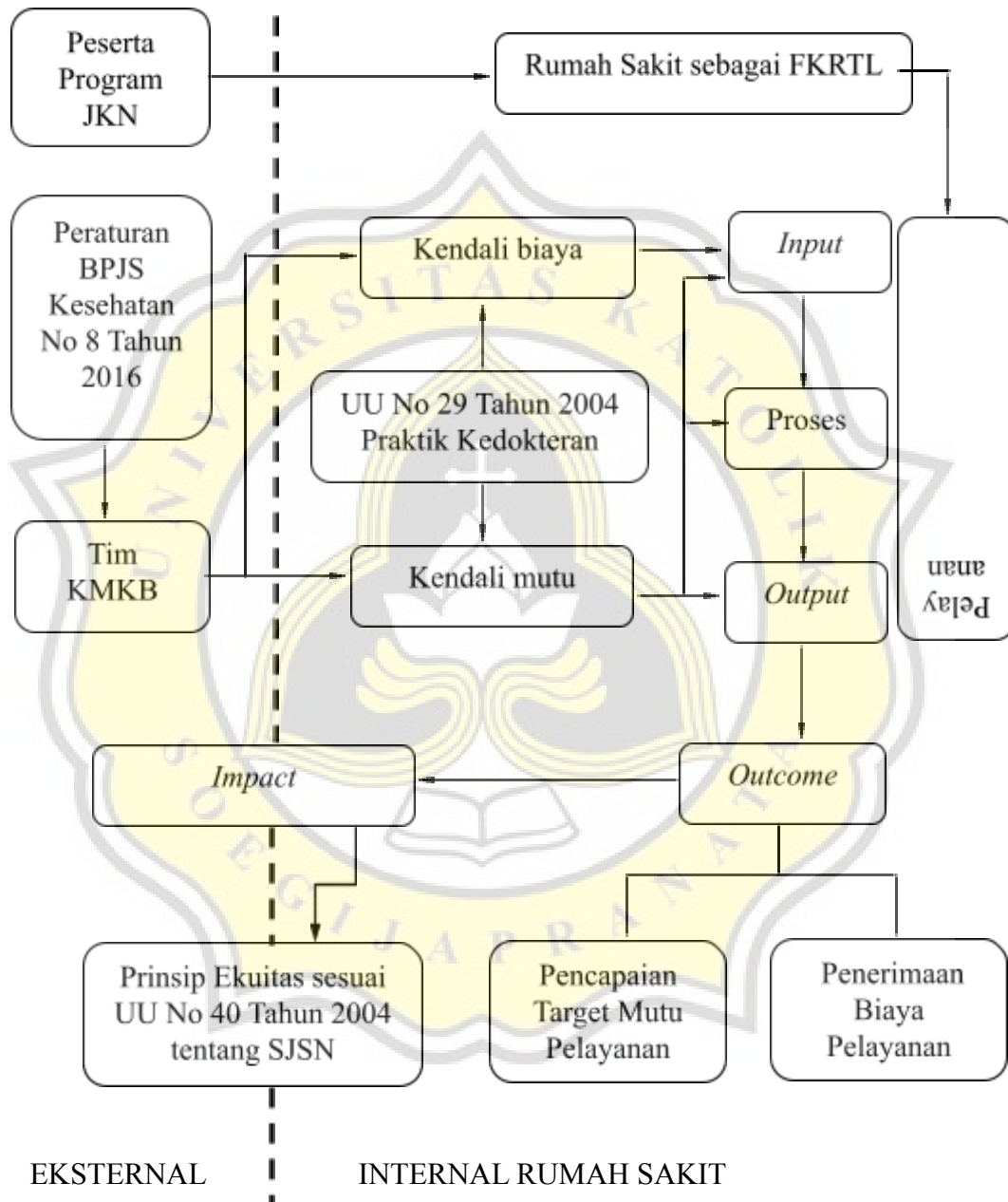


## E. Metode Penelitian

### 1. Kerangka Konsep



## 2. Kerangka Teori



Dalam UU No 40 Tahun 2004 telah diatur tentang SJSN yang diwujudkan dalam program JKN bagi masyarakat Indonesia. Program ini diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang bekerjasama dengan fasilitas kesehatan yang tersebar di wilayah Indonesia. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit kepada peserta JKN adalah pelayanan yang sesuai standar, bermutu dan aman. Pemberian pelayanan kesehatan pada program JKN merupakan suatu sistem pelayanan yang telah diatur oleh berbagai regulasi dan kebijakan, sehingga dampak yang diharapkan adalah tercapainya prinsip ekuitas dalam pelayanan tersebut melalui kendali mutu dan kendali yang baik oleh pihak Rumah Sakit ataupun BPJS Kesehatan.

### **3. Metode Pendekatan**

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, yang berarti bahwa studi ini dapat membahas aspek yuridisnya dan sekaligus membahas aspek-aspek sosial yang meliputi gejala hukum tertentu<sup>13</sup>. Pada pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, peneliti ingin membahas bagaimana FKRTL menerapkan prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya.

### **4. Spesifikasi Penelitian**

Dalam penelitian ini menggunakan spesifikasi deskriptif, yaitu menggambarkan frekuensi terjadinya gejala hukum atau frekuensi adanya hubungan (kaitan) antara gejala hukum atau peristiwa hukum yang satu dengan yang lain.<sup>14</sup> Pelaksanaan program JKN telah memberikan banyaknya gejala hukum, diantaranya adalah persoalan pemenuhan prinsip ekuitas, yang menurut beberapa ahli menyatakan belum terjadi ekuitas. Sedangkan persepsi terhadap prinsip ekuitas berbeda antara satu peneliti dengan peneliti lain. Penelitian ini mengkaitkan prinsip ekuitas tersebut dengan upaya kendali mutu dan kendali biaya yang telah dilakukan oleh RS Misi Lebak sebagai tempat penelitian.

---

<sup>13</sup> Endang Wahyati Yustina, *et al*, 2017, *Petunjuk Penelitian Usulan Penelitian dan Tesis*, Unika Soegijapranata, Semarang

<sup>14</sup> *Ibid.*

## 5. Variabel dan Definisi Operasional

- a. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat menjadi BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan
- b. Biaya adalah setiap pengeluaran uang dalam bentuk rupiah untuk menggantikan segala sumber daya dan jasa yang telah digunakan dalam pelayanan terhadap peserta Jaminan Kesehatan di rumah sakit
- c. Ekuitas adalah suatu hubungan pertukaran dimana individu memberikan (input) sesuatu dan mengharapkan sesuatu kembali (outcome) dalam rasio yang sama
- d. 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 jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah
- e. Kendali mutu adalah suatu sistem pemberian pelayanan yang efisien, efektif, dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan pasien
- f. Kendali biaya adalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien benar-benar sesuai dengan kebutuhan medis pasien didasarkan pola tarif yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan
- g. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan
- h. Prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya



## 6. Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini terdiri dari data primer (yang diperoleh secara langsung dari sumbernya) dan data sekunder (yang diperoleh secara tidak langsung dari studi dokumen). Data primer yang digunakan meliputi:

1. hasil dari penyebaran kuesioner: yang ditujukan pada peserta JKN yang telah menerima pelayanan kesehatan di RS Misi Lebak pada Tahun 2021
2. diskusi kelompok terarah dan wawancara pada narasumber di RS Misi Lebak dan BPJS Kesehatan

Sedangkan data sekunder diperoleh dari bahan hukum primer yang meliputi peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional dan berkaitan dengan penelitian ini, yaitu:

1. Undang-Undang Dasar 1945
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
7. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
8. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group* (INA\_CBGs)
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesia Case Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan
15. Peraturan BPJS Kesehatan No 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Selain itu, peneliti juga memanfaatkan bahan hukum sekunder, yaitu studi lebih lanjut terkait peraturan hukum yang tersebut diatas. Contoh bahan hukum sekunder yang digunakan adalah: buku, artikel dan jurnal penelitian yang terkait dengan rumusan masalah dalam penelitian ini dengan kata kunci sebagai berikut: JKN, BPJS, Kendali Mutu, Kendali Biaya, Ekuitas, dan Prinsip Pelayanan.

Untuk data sekunder tambahan dapat diperoleh dari dua pihak pelaksana program JKN, yaitu: RS Misi Lebak dan BPJS Kesehatan Cabang Serang tentang:

1. Laporan-laporan mutu pelayanan Rumah Sakit Misi Lebak pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional dari BPJS Kesehatan periode Tahun 2021, yang meliputi aspek: *patient centered, equity, accessibility,*

*efficiency, effectivity, dan safety*. Laporan tersebut diantaranya adalah: Laporan Kepatuhan Indikator Mutu, Laporan Maturitas Klaim, Laporan Pencapaian Nilai Rekredensialing, dan laporan mutu lainnya yang terkait.

2. Laporan Mutu dan Keselamatan Pasien dari Rumah Sakit Misi Lebak periode Tahun 2021.
3. Laporan-laporan biaya terhadap pelayanan pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Misi Lebak periode Tahun 2021 dari BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Misi Lebak. Laporan tersebut diantaranya adalah: Selisih Billing Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs, Berita Acara Hasil Verifikasi, dan laporan biaya lain yang terkait.

## **7. Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui cara:

- a. Studi Pustaka: Data ini meliputi bahan hukum primer (peraturan perundangan yang tersebut diatas) dan bahan hukum sekunder (buku, jurnal, dan artikel terkait) berguna untuk penyusunan proposal.
- b. Studi Lapangan: Pengumpulan data diperlukan untuk penelitian yang berusaha membahas tentang prinsip ekuitas melalui kendali mutu dan kendali biaya. Observasi partisipan diperlukan dalam penelitian ini untuk memperoleh data primer dari narasumber dan responden. Observer terlibat dengan situasi/ lingkungan dimana gejala terjadi, sehingga tidak ada jarak antara observer dengan gejala yang diobservasi.<sup>15</sup> Dalam studi lapangan ini, peneliti juga mengumpulkan data sekunder berupa laporan mutu dan biaya yang berasal dari Rumah Sakit Misi Lebak dan Kantor BPJS Kesehatan.

## **8. Metode Sampling**

---

<sup>15</sup> S.W. Indrawati, Herlina, Ifa H. Misbach, 2007, *Handout Mata Kuliah Psikodiagnostik II (Observasi)*, Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Pendidikan Indonesia

Pengambilan sampel dilakukan tidak acak (*non probability sampling*) melalui cara *accidental sampling*, yaitu responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian. Untuk pengisian kuesioner dibutuhkan responden yang kompeten, yaitu pasien atau keluarganya yang masih mampu dari segi kesehatannya untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner. Jumlah responden yang ditentukan adalah 250 orang yang merupakan pasien rawat jalan dan 50 orang yang merupakan pasien rawat inap di Rumah Sakit Misi Lebak.

Diskusi Kelompok Terarah dan Wawancara dilakukan pada narasumber yang memiliki kemampuan dan kewenangan untuk terlibat selama proses pelayanan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Narasumber berasal dari 2 instansi, yaitu: Rumah Sakit Misi Lebak dan Kantor BPJSK Cabang Serang. Narasumber yang ditentukan dari Rumah Sakit Misi Lebak berjumlah 16 orang yang merupakan perwakilan dari Manajemen 8 orang dan Profesional Pemberi Asuhan 8 orang. Sedangkan narasumber dari Kantor BPJSK Serang berjumlah 3 orang, yang terdiri dari: Kepala Bidang Pelayanan Rujukan, Kepala KLOK Lebak dan Verifikator.

## **9. Metode Analisis Data**

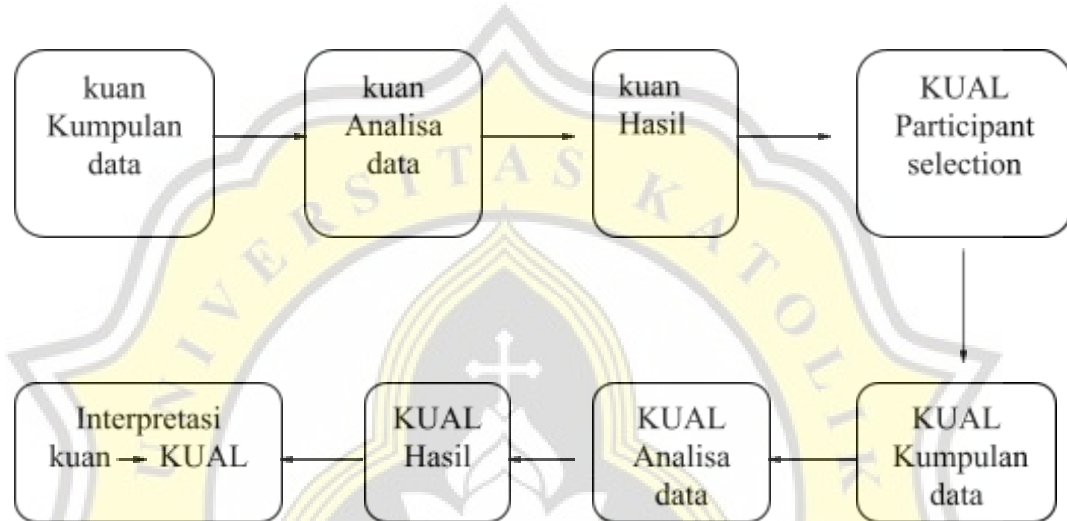
Rancangan penelitian ini menggunakan *mix methode research* yang merupakan metode penelitian yang memiliki petunjuk pengumpulan dan analisa data yang menggabungkan antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif pada segala fase di dalam proses penelitian.<sup>16</sup> Penelitian ini dilakukan dengan desain *explanatory* yang dilakukan secara berurutan (*sequential*) dan modelnya yang disebut *participant selection* yang lebih mengutamakan kualitatif.

Alasan peneliti menggunakan metode ini karena diperlukan pendekatan kuantitatif (secara angka) untuk mendiskripsikan data tentang pencapaian mutu dan pembiayaan pelayanan peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Setelah

---

<sup>16</sup> Creswell, J.W & Clark, V.L.P., 2007. *Designed and Conducting Mixed Methods Research*, Sage Publications, Inc, California

analisa data kuantitatif maka didapatkan hasil kuantitatif tersebut sebagai data awal untuk pendekatan secara kualitatif (bukan secara angka). Responden dan narasumber terpilih akan dilibatkan dalam penelitian ini dan kemudian didapatkan kumpulan data kualitatif. Data kualitatif dianalisis untuk memperkuat hasil dari penelitian kuantitatifnya.



Gambar 1. Model *participant selection* yang dipakai dalam penelitian

Sumber dari Creswell dan Clark (2007)

## F. Rencana Penyajian Tesis

Setelah pengajuan usulan penelitian, maka dilakukan penelitian yang dimulai dari proses persiapan penelitian dan pelaksanaan penelitian. Hasil penelitian dianalisis dan dituangkan dalam laporan hasil penelitian yang kemudian dilanjutkan dalam penyusunan tesis. Penyajian tesis akan direncanakan menjadi 3 bagian, yaitu: bagian awal, bagian utama, dan bagian akhir.

Bagian awal tesis mencakup halaman sampul depan, halaman judul, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel (daftar), daftar gambar, daftar lampiran, daftar singkatan, dan abstrak. Selanjutnya bagian utama terdiri dari 4 bab dengan rincian sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan, yang meliputi: latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat, kerangka pemikiran terdiri dari kerangka konsep dan kerangka teori, metode penelitian, dan penyajian Tesis

Bab II Tinjauan Pustaka, yang merupakan uraian sistematis tentang masalah penelitian untuk mencapai tujuan penelitian. Bab ini akan dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu: Program Jaminan Kesehatan Nasional, Rumah Sakit Dalam Pelayanan Jaminan Kesehatan, Azas atau Prinsip-Prinsip Pelayanan, dan bagian terakhir adalah Kendali Mutu dan Kendali Biaya Dalam Pelayanan Rumah Sakit

Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan, yang menampilkan data-data hasil penelitian yang dapat disajikan dalam bentuk uraian, tabel, grafik, atau bentuk lainnya. Dilanjutkan dengan pembahasan yang merupakan uraian analisis dan penjelasan teoritik dari penelitian kuantitatif dan kualitatif untuk menjawab masalah-masalah dalam penelitian, yaitu: bagaimanakah prinsip ekuitas dalam pelaksanaan program JKN, bagaimana pengaturan kendali mutu dan kendali biaya serta bagaimana RS. Misi Lebak melaksanakan prinsip ekuitas melalui upaya kendali mutu dan kendali biaya.

Bab IV Penutup, yang terdiri dari Simpulan dan Saran. Simpulan merupakan uraian singkat dan tepat yang disarikan dari hasil penelitian dan pembahasan untuk menjawab tujuan penelitian yang ditentukan. Sedangkan saran dibuat dari simpulan untuk ditunjukkan kepada pihak yang terkait, misalkan pengambil kebijakan atau peneliti lain tentang apa yang menjadi perbaikan dan usulan untuk pengembangan penelitian.

Tesis ditutup dengan bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran. Daftar pustaka memuat segala referensi yang dimasukkan dalam penyusunan tesis. Sedangkan lampiran memuat hal-hal yang belum tercantum di dalam bagian utama tesis, seperti: surat ijin penelitian, panduan diskusi kelompok terarah, panduan wawancara, formulir kuesioner, dan sebagainya.

