

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan**

Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen, merupakan istilah lain dari *pay for performance*. Konsep *pay for performance* menurut Eijkenaar (2013), merupakan pendekatan yang banyak digunakan dalam meningkatkan efisiensi dalam pelayanan kesehatan. Penyedia layanan dalam hal ini FKTP menerima insentif keuangan berdasarkan capaian indikator yang mereka capai (Eijkenaar *et al.*, 2013). Hal itu sesuai dengan definisi kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada peraturan bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan No.HK.01.08/III/980/2017 dan No. 2 Tahun 2017, yakni pembayaran kapitasi yang disesuaikan dengan hasil penilaian capaian indikator kesehatan perseorangan yang

merupakan kesepakatan berupa komitmen pelayanan FKTP untuk meningkatkan mutu pelayanan (BPJS Kesehatan, 2017).

Bagi Klinik Pratama milik Swasta dan Praktik Dokter Mandiri akan dilakukan penilaian kapitasi berbasis komitmen pelayanan tanpa diterapkan penyesuaian kapitasi sampai dengan tanggal 31 Desember 2017 (BPJS Kesehatan, 2017). Capaian indikator yang dinilai pada pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan adalah :

1. Angka Kontak

Angka kontak adalah indikator yang digunakan untuk melihat tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh peserta dan usaha FKTP terhadap kesehatan peserta pada setiap 1.000 peserta yang terdaftar di FKTP yang telah melakukan *MoU* dengan BPJS Kesehatan. Rumus perhitungan angka kontak adalah jumlah peserta yang terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dibandingkan dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikalikan dengan

1.000. Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP minimal 150 % setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

## 2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik

Merupakan indikator untuk mengetahui sistem rujukan yang sesuai dengan indikasi medis dan kompetensi yang dikoordinasikan antara FKTP dan FKRTL. Rumus untuk menghitung indikator rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik adalah jumlah rujukan kasus non spesialsitik dibagi jumlah rujukan FKTP dikali 100. Rujukan kasus non spesialisik adalah diagnosa yang termasuk dalam 144 penyakit yang harus ditangani tuntas di FKTP, atau tidak boleh dirujuk ke FKRTL. Jenis diagnosa yang termasuk 144 item tersebut adalah kesepakatan antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinkes Kota/Kab, dan Organisasi Profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan FKTP yang merupakan lampiran yang tidak terpisahkan dengan perjanjian kerja sama. Adapun target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik oleh FKTP  $< 5\%$  setiap bulan (BPJS

Kesehatan, 2017).

### 3. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP

Merupakan indikator dalam melihat kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS dan FKTP. Rumus menghitungnya adalah jumlah peserta prolanis yang rutin berkunjung dibagi jumlah peserta prolanis yang terdaftar di FKTP dikali 100. Pasien dengan diagnosa diabetes melitus dan hipertensi adalah jenis penyakit kronis yang dihitung. Target pemenuhan indikatornya adalah minimal 50% setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

Hasil pencapaian target indikator komitmen pelayanan FKTP menjadi dasar pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan. Bagi FKTP yang memenuhi:

- a. Mencapai 3 target indikator komitmen pelayanan, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi 100% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- b. Mencapai 2 target indikator, dan satu indikator

lainnya tidak tercapai, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- c. Mencapai 1 target indikator komitmen pelayanan, sedangkan 2 indikator lainnya tidak tercapai, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% dari norma kapitasi yang ditetapkan. .
- d. Apabila FKTP tidak mencapai semua target indikator komitmen pelayanan, FKTP menerima pembayaran kapitasi 90% dari norma kapitasi yang ditetapkan (BPJS Kesehatan, 2015).

Pemanfaatan dana kapitasi sangat terkait dengan kecukupan anggaran untuk pengadaan obat dan tingkat ketersediaan obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Menurut Andayani & Satibi (2016) untuk dapat menghitung persentase komponen obat dalam besaran kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan dengan memperhatikan pola persepan yang rasional paling tidak harus memperhatikan beberapa faktor, yakni jumlah

peserta JKN yang terdaftar, angka morbiditas tiap kelompok penyakit yang dilayani, *utilization rate*, *prescription cost* untuk tiap kelompok yang ditangani dan nilai besaran kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Andayani and Satibi, 2016).

#### B. Biaya Obat

Menurut Dewi, Satibi dan Puspandari (2015) biaya obat pada sistem pembayaran kapitasi berbeda dengan pembayaran tunai, dimana biaya obat sudah termasuk pada pembayaran di awal (prospektif) berdasarkan peserta yang terdaftar (Dewi, Satibi and Puspandari, 2015)

Di sebagian besar Klinik Pratama Milik Swasta, angka kunjungan cenderung meningkat. Menurut Dewi, Satibi dan Puspandari (2015) kunjungan pasien berbanding lurus dengan biaya obat. Semakin tinggi kunjungan sakit yang mendapatkan obat, akan meningkatkan pengeluaran obat. Menurut standar nasional, angka kunjungan yang ideal maksimal 15% dari jumlah peserta terdaftar (Dewi, Satibi and Puspandari, 2015).

Rata-rata biaya obat tertinggi pada Klinik Pratama adalah Rp. 16.034 ± Rp. 6.621,77. Adapun menurut WHO dalam Kepmenkes No. 189 merekomendasikan biaya obat pada pelayanan primer sebesar US\$ 2 per kapita. Sebenarnya rata-rata pengeluaran obat di Klinik Pratama masih di bawah rekomendasi biaya obat pada pelayanan primer. Namun, karena kunjungannya tinggi, akan mengurangi kapitasi yang didapat (Dewi, Satibi and Puspandari, 2015).

Sejak era Jaminan Kesehatan nasional, menurut Kaswindarti, Satibi dan Puspandari (2015) konsep profit pada pelayanan primer khususnya bidang kefarmasian, tidak mengejar volume penjualan. Sedapat mungkin obat dan bhp ditekan pengeluarannya. Peran serta Apoteker dalam mengatur persediaan obat dari segi farmakoekonomi dan farmakoterapi sangatlah diperlukan (Kaswindarti, Satibi and Puspandari, 2015).

Untuk menilai pendapatan kapitasi dinilai layak dan nilai keekonomiannya tinggi menurut Andayani & Satibi

(2016) jika besaran kapitasi dikalikan dengan jumlah total peserta BPJS yang terdaftar dapat mencukupi kebutuhan seluruh obat dan bahan habis pakai yang digunakan untuk melayani pasien. Tidak merugikan Klinik Pratama maupun tenaga kesehatan yang terlibat juga tidak menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (Andayani and Satibi, 2016).

Menurut Dickstein (2015), kapitasi mendorong dokter untuk menyederhanakan resep kepada pasien dengan biaya yang rendah, namun efektif untuk pengobatan kepada pasien. Karakteristik penyakit mempengaruhi besar kecilnya biaya obat. Dalam pengobatan penyakit yang ringan, biaya obat dapat ditekan, namun kenaikan biaya akan timbul jika pasien kembali pada kunjungan ulang dengan diagnosis penyakit yang sama. Pada penyakit – penyakit kronis, biaya obat akan terus meningkat secara jangka panjang (Dickstein, 2015).

Menurut Ahmed dan Islam (2012), peran serta tenaga medi dan tenaga kesehatan lainnya untuk menghemat biaya obat sangat diperlukan, dan berkomitmen untuk menggunakan

obat generik, serta penggunaan obat secara rasional terutama antibiotik (Ahmed and Islam, 2012).

Pemahaman yang tidak komprehensif terhadap kebijakan kapitasi baik pasien dan penyedia pelayanan kesehatan, membuat esensi sistem pembayaran kapitasi menurut pasien memiliki persepsi buruk pelayanannya (Agyei-Baffour, Oppong and Boateng, 2013).

Sedangkan persepsi menurut pemberi layanan kesehatan, berdasarkan penelitian di Lithuania, total kepuasan kerja dokter yang bekerja di pelayanan kesehatan primer di Lithuania relatif rendah. Kompensasi yang rendah, dan beban kerja yang tinggi merupakan faktor kunci ketidakpuasan dokter di pelayanan kesehatan primer (Buciuniene, Blazeviciene and Bliudziute, 2005).

Menurut Chernew *et.al* (2015) dalam kapitasi, dokter yang meresepkan lebih sedikit dan lebih murah obat kepada pasien harus diberi insentif. Namun, bila kapitasinya sudah mencukupi, dokter bersaing untuk meresepkan lebih bebas dalam menghadapi permintaan pasien (Chernew *et al.*,

2000).

Sementara itu, kenaikan infansi selama program JKN dimulai sampai sekarang sudah mencapai angka 20%. Itu artinya, pendapatan dari kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP tidak ada kenaikan, sementara FKTP terkena dampak kenaikan biaya obat dan biaya lain sebesar 20% akibat inflasi (Thabrany, 2017).

### C. Strategi

Strategi adalah alat untuk mencapai tujuan. Menurut Chandler dalam Rangkuti (2006:4) menyebutkan bahwa strategi adalah tujuan jangka panjang dari perusahaan, serta pendayagunaan dan alokasi semua sumber daya yang penting untuk mencapai tujuan tersebut. Konsep strategi modern berorientasi pada SWOT yang menghasilkan faktor pendorong, penghambat, dan potensi. Asumsi dasar yang melandasi adalah organisasi harus menyelaraskan aktifitas internalnya dengan realitas eksternal agar dapat mencapai tujuan yang ditetapkan. Masing-masing komponen penyusun SWOT diartikan sebagai :

- a. Kekuatan adalah sumber daya organisasi yang dapat digunakan secara efektif untuk mencapai tujuan.
- b. Kelemahan adalah keterbatasan organisasi yang dapat menghambat pencapaian tujuan.
- c. Peluang adalah situasi mendukung, yang dapat digambarkan dari pandangan yang dibutuhkan untuk meningkatkan posisinya.
- d. Ancaman adalah situasi tidak mendukung dalam lingkungan organisasi yang potensial merusak strategi.

Alat untuk menyusun faktor-faktor strategis adalah matriks SWOT. Matriks ini dapat menghasilkan empat set kemungkinan alternatif strategi. Strategi SO, dibuat dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut peluang sebesar-besarnya. Strategi ST, menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman. Strategi WO, memanfaatkan peluang yang ada dengan meminimalkan kelemahan yang ada. Strategi WT, berusaha meminimalkan kelemahan yang ada, dan

menghindari ancaman (Rangkuti, 2017).

## C. Penelitian Terdahulu

**Tabel 2.1**  
**Penelitian Terdahulu**

Peneliti	Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
<b>Dewa Ayu Putu S Dewi, Satibi, Diah Ayu Puspari</b>	2015	Analisis Biaya Obat Pada Era JKN dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi di Fasilitas Penunjang Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta	Penelitian observasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Biaya obat di era JKN tergantung pada pola kerja sama apotek dengan faskes dan BPJS. Rata-rata prosentase biaya obat terhadap kapitasi faskes di apotek jejaring lebih rendah dibanding dengan apotek klinik pratama. Perbedaan biaya obat di era JKN dipengaruhi oleh lama hari pemberian obat, jumlah lembar resep, margin keuntungan, dan jasa pelayanan kefarmasian.	Analisis biaya obat dibandingkan pada apotek jejaring dokter keluarga dan apotek klinik pratama. Dalam penelitian ini juga tidak mencari biaya obat dengan efisiensi biaya dan kualitas pelayanan dibandingkan berdasarkan perubahan norma kapitasi.

Peneliti	Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
<b>Muhamad Faozi Kurniawan, Faisal Mansur, Budi Eko Siswoyo</b>	2016	Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi (Monitoring dan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia)	Studi deskriptif menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif	Penerimaan dana kapitasi ditemukan disebagain besar FKTP, namun tingginya utilisasi pasien cenderung menurunkan kapitasi aktual	Belum menerapkan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dan mencakup semua FKTP.
<b>Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan</b>	2015	Uji Coba Sistem Pembayaran Berbasis Kinerja di Divisi Regional II BPJS Kesehatan	Rancangan Penelitian <i>two group post test only</i>	KBK masih fluktuatif. Indikator angka kontak, rasio rujukan non spesialistik sudah membaik, sedangkan indikator kunjungan prolans belum signifikan. Dampak biaya dari uji coba belum dapat dibedakan.	Dampak biaya dari uji coba belum dapat dibedakan.

Peneliti	Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
<b>Frank Eijkenaar, Martin Emmert, Manfred Scheppach, Oliver Schoffski</b>	2013	<i>Effect of Pay For Performance in Health Care : A Systematic Review of Systematic Reviews</i> Kajian	<i>Systematic review</i>	<i>Pay for performance</i> berpotensi dapat mengurangi ketidakefektifan biaya.	Hubungan antara pengaruh <i>pay for performance</i> tidak spesifik biaya obat.
<b>Dimar Siswi Utami, Bhisma Murti, Nunuk Suryani</b>	2016	Implementasi Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Surakarta	Deskriptif kualitatif	Pemahaman pelaksana berbeda-beda, proses pelayanan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dan kepatuhan standar pelayanan, ketidakpuasan pelaksana dan pengguna dalam implementasi kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan	Mengevaluasi pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di puskesmas.

## E. Landasan Teori

Kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan atau yang lebih dikenal dengan *pay for performance* bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi. Dapat dikatakan, bahwa membayar provider sesuai dengan kinerja yang dicapai adalah cara meningkatkan kualitas dan efisiensi (Yip *et al.*, 2014). Menurut Cashin (2014), dalam mendesain *program pay per performance* terdapat empat komponen utama yang harus dimiliki. Yang pertama adalah adanya aspek kinerja dan cara mengukurnya. Hal ini tertuang dalam indikator – indikator apa saja yang harus dicapai. Yang kedua adalah haruslah berbasis pada penghargaan atau pengurangan. Haruslah ditetapkan nilai mutlak dari setiap indikator yang ditetapkan. Yang ketiga adalah bentuk penghargaan atau pengurangan itu sendiri apakah berupa insentif secara materi atau non materi, serta hasil dari pengukuran tiap indikator yang dicapai harus dapat dipublikasikan. yang keempat adalah pelaporan data dan verifikasi. Pihak regulator harus memiliki sistem informasi yang dapat diakses oleh provider, dan

dilakukan proses verifikasi bagi setiap indikator yang dicapai (Cashin, 2014).

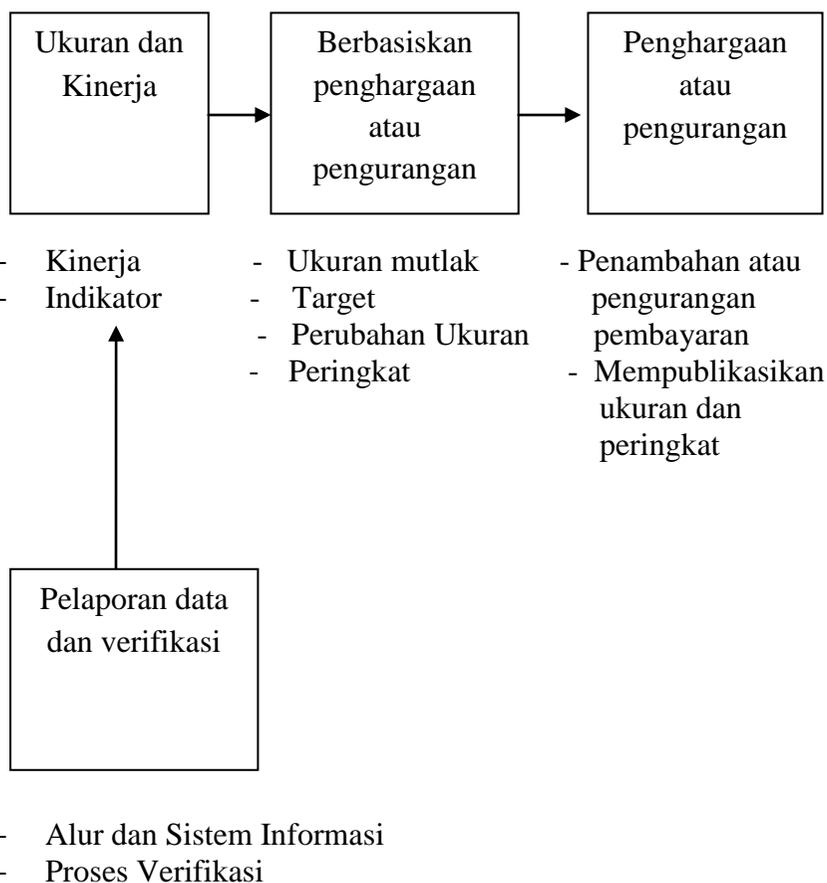
Konsep efisiensi adalah persamaan rasio *output* dibagi *input* dengan pendapatan dibagi sumber daya (tenaga, obat, prosedur, standar, manajemen, dan biaya). Kendali biaya bertujuan untuk mencapai standar mutu dengan pengeluaran biaya yang minimum. Pengendalian biaya membatasi penambahan biaya yang berlebih dalam batas maksimal yang dapat diterima (Purnawan, 1992). Dapat pula dikatakan efisien, apabila menggunakan jumlah input yang sama, namun menghasilkan output yang lebih besar (Pamungkas and Firmansyah, 2016).

Dalam perspektif manajemen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, biaya obat termasuk ke dalam *variable cost* yang besar kecilnya dipengaruhi oleh *output* / produksi. Biaya obat akan naik jika jumlah kunjungan atau pasien naik, sebaliknya biaya obat akan turun, jika jumlah kunjungan atau pasien turun. (Sulistyorini and Moediarso, 2012). Nilai kapitasi yang

diterima klinik pratama atau kapitasi aktual dipengaruhi utilisasi pelayanan. Tingginya utilisasi cenderung menurunkan kapitasi aktual (Kurniawan *et al.*, 2016). Tingginya utilisasi pelayanan akan memicu rendahnya biaya aktual kapitasi. Biaya aktual kapitasi dihitung dari kapitasi dibagi kunjungan (Kurniawan *et al.*, 2016). Dari penelitian terdahulu didapatkan bahwa klinik pratama paling rendah biaya aktual kapitasi terhadap rerata biaya per pasien per kunjungan, sehingga sehingga perlu adanya kendali biaya terhadap biaya pasien per kunjungan (Kurniawan *et al.*, 2016). Kapitasi yang didapat oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagian besar digunakan untuk kebutuhan obat dan bahan habis pakai (Kurniawan and Kanto, 2015). Selain faktor biaya obat, terkait dengan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, pendapatan nilai kapitasi yang didapat juga dipengaruhi oleh angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, dan kunjungan prolanis, yang bilamana tidak mencapai target indikator yang ditetapkan, kapitasi yang didapat akan dikurangi (BPJS Kesehatan, 2017). Sehingga

diperlukan strategi yang tepat untuk memenuhi indikator komitmen pelayanan.

Berdasarkan Cashin (2014) dapat disusun kerangka teori sebagai berikut :



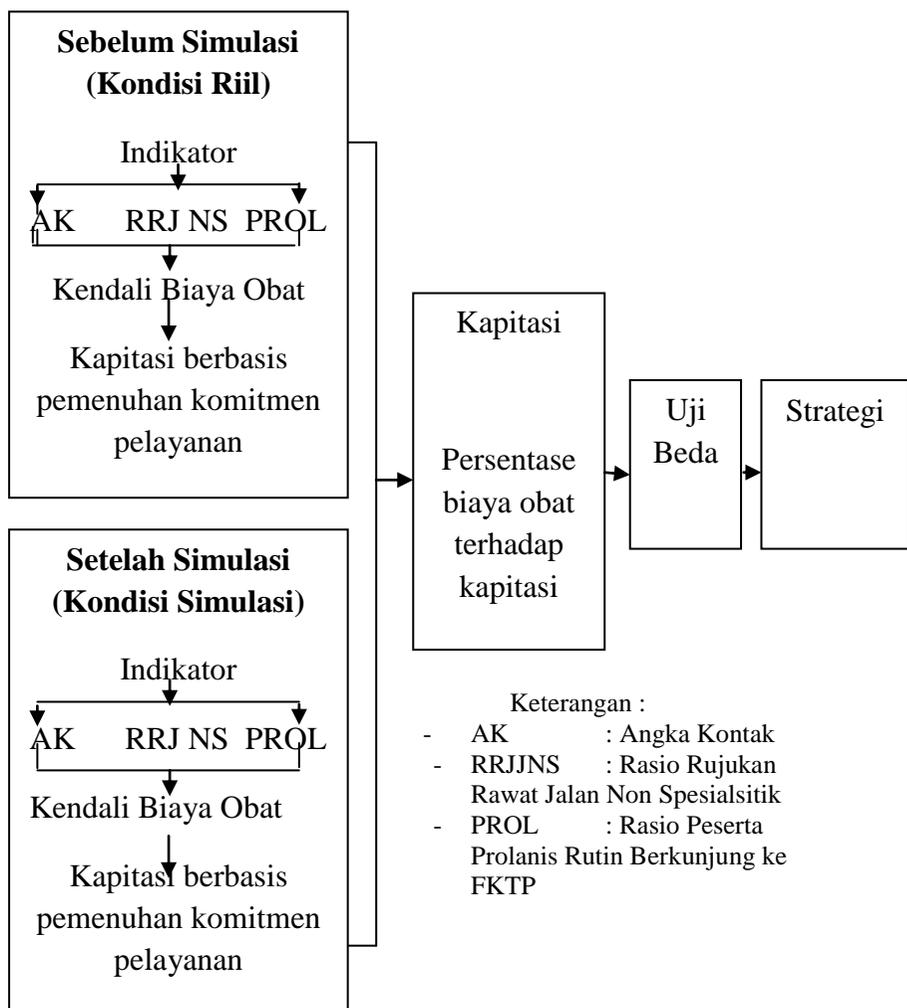
**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

## F. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian, peneliti akan membandingkan kapitasi dan persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi. Sebelum adanya kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, sebagian besar FKTP khususnya klinik pratama mengalami defisit dan beranggapan bahwa kapitasi tidak cukup membiayai pelayanan kepada pasien BPJS (Kurniawan *et al.*, 2016). Hal ini dikarenakan tingginya utilisasi pelayanan, sehingga kapitasi aktual yang didapat lebih rendah. Utilisasi pelayanan erat kaitannya dengan jumlah kunjungan pasien (Budiarto and Kristiana, 2015) Sementara itu adanya kebijakan kapitasi pemenuhan komitmen pelayanan, tiga indikatornya mengarah kepada utilisasi pelayanan. Angka kapitasi sangat dipengaruhi oleh utilitas pelayanan, jenis paket yang ditawarkan, dan *unit cost* pelayanan (Budiarto and Kristiana, 2015) Simulasi berdasarkan indikator komitmen pelayanan dibandingkan dengan sebelum adanya simulasi untuk mengukur perbedaan kapitasi, dan persentase biaya obat

terhadap kapitasi yang didapat klinik pratama. Setelah itu, dirumuskan strategi klinik pratama untuk memenuhi indikator komitmen pelayanan menggunakan analisis SWOT.

Untuk lebih memperjelas arah dan ruang lingkup penelitian ini dikemukakan kerangka konsep berikut ini :



**Gambar 2.2 Kerangka Konsep**

## G. Hipotesis

Sebelum menentukan hipotesis penelitian, penulis mencoba menampilkan aspek teori dan bukti empiris yang mempengaruhi penelitian ini. Di dalam Undang-Undang ataupun Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional tidak menetapkan pembagian biaya obat dalam biaya kapitasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Dewi, Satibi and Puspandari, 2015). Sedangkan di klinik pratama biaya kapitasi digunakan terbanyak untuk obat-obatan (Budiarto and Kristiana, 2015). Penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan merupakan strategi BPJS yang sudah dipakai di Amerika Serikat untuk meningkatkan kinerja FKTP. Proses pelayanan pada penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dipengaruhi oleh kepatuhan terhadap standar atau indikator, dan ketersediaan obat (Utami, Murti and Suryani 2016).

Pada Klinik Pratama, tingginya utilitasi pasien berkecenderungan menurunkan kapitasi aktual, sehingga

diperlukan kendali biaya pasien yang berkunjung (Kurniawan *et al.*, 2016). Sementara itu, komponen utama perhitungan kapitasi adalah jasa pelayanan dan obat. pelayanan kepada pasien BPJS Kesehatan akan terganggu bila kebutuhan obat dan BHP tidak dapat dipenuhi akibat utilitasi pelayanan yang tinggi (Utami, Murti and Suryani, 2016).

Indikator komitmen pelayanan, akan berimbas pada utilitas pelayanan. Walaupun, BPJS beranggapan, ke depan Klinik Pratama pun harus mengembangkan pelayanan preventif dan promotif yang tidak menyerap kebutuhan obat yang besar. Dari penelitian terdahulu didapatkan bahwa kunjungan prolanis, adalah indikator yang sulit dicapai (Grup Litbang, 2015). Sedangkan kunjungan prolanis adalah ujung tombak pelayanan promotif dan preventif dalam penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. sehingga bila utilisasi pelayanan meningkat, dan didominasi pelayanan non promotif dan preventif, akan menurunkan kapitasi aktual yang didapat klinik. Sehingga diperlukan kendali biaya obat agar, kapitasi aktual, dan prosentase biaya obat terhadap

kapitasi tidak memberatkan klinik pratama.

Pada uji coba metode pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada Juli sampai Desember 2016, dan bagi klinik pratama dan praktik mandiri dokter tetap dilakukan penilaian kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan tanpa diterapkan penyesuaian kapitasi sampai dengan tahun 2018 (BPJS Kesehatan, 2017) Sehingga dapat ditetapkan hipotesisnya adalah :

1. Terdapat perbedaan pendapatan kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen.

H<sub>0</sub> : Tidak ada perbedaan pendapatan kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen.

H<sub>a</sub> : Ada perbedaan pendapatan kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

2. Terdapat perbedaan persentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

H<sub>0</sub> : Tidak ada perbedaan prosentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

H<sub>a</sub> : Terdapat perbedaan prosentase biaya obat terhadap kapitasi sebelum dan sesudah simulasi penerapan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

#### H. Uji Hipotesis

Untuk menguji hipotesis penelitian akan digunakan uji beda wilcoxon. Menurut Riadi, uji beda Wilcoxon digunakan untuk menguji perbedaan perlakuan yang diberikan kepada objek penelitian dengan mempertimbangkan arah dan magnitude relatif perbedaan dari dua sampel berpasangan. Berbeda dengan uji tanda, uji Wilcoxon selain mempertimbangkan arah perbedaan juga mempertimbangan

besar perbedaan dengan cara mencari selisih perbedaannya.

Untuk menguji signifikansi perbedaan pada uji Wilcoxon

dapat menggunakan rumus sebagai berikut (Riadi, 2014) :

$$Z = \frac{T - \sigma T}{\sigma T} = \frac{T \frac{N(N+1)}{4}}{\frac{\sqrt{N(N+1)(2N+1)}}{24}}$$

T= Jumlah rangking bertanda kecil

N = Banyaknya pasang yang tidak sama nilainya

