

## EVALUASI KEBIJAKAN MUTU LAYANAN KESEHATAN DALAM ERA JKN DI PROVINSI DKI JAKARTA: STUDI KASUS HIPERTENSI DENGAN DATA SISTEM KESEHATAN (DASK)

Eva Tirtabayu Hasri<sup>1</sup>, Hanevi Djasri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>1</sup>Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

### ABSTRAK

Kematian tertinggi di Provinsi DKI Jakarta disebabkan oleh ischemic heart disease dan stroke, salah satu risiko terjadinya kedua penyakit tersebut adalah hipertensi. Tingginya kasus penyakit ini menjadi dasar diperlukannya analisa efektifitas upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, melalui regulasi kendali mutu dan kendali biaya, pencegahan kecurangan, dan kapitasi berbasis kinerja. Penelitian menggunakan metode penelitian analisa statistik deskriptif sederhana, data dikumpulkan secara sekunder dari DaSK PKMK FK-KMK UGM yang memuat data IHME dan sampel BPJS Kesehatan. Hasil tiga regulasi mutu menunjukkan bahwa: 1) regulasi KMKB belum efektif, karena total klaim diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 menunjukkan adanya peningkatan; 2) regulasi pencegahan kecurangan telah efektif berjalan, karena jumlah kunjungan dan total biaya diagnosa hipertensi esensial tahun 2015 ke tahun 2016 di provinsi DKI JAKARTA terlihat sebanding dari tahun 2015 ke tahun 2016; 3) regulasi KBK juga telah efektif berjalan karena rasio peserta sakit diagnosa hipertensi esensial yang dirujuk ke rumah sakit di provinsi DKI Jakarta tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan. Kebijakan KBK dan pencegahan kecurangan efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta sedangkan kebijakan KMKB belum efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta.

**Kata kunci:** Kendali Mutu Kendali Biaya; DKI Jakarta; Kecurangan; Hipertensi; Kapitasi Berbasis Kinerja.

### ABSTRACT

*The leading causes of death in the DKI Jakarta Province is ischemic heart disease and stroke. The underlying factor of those two diseases is high-blood pressure/hypertension. The high number of hypertension case demand an effectivity analysis to increase the service quality though cost and quality control policy, fraud prevention and performance-based capitation policy. This research used data from secondary sources: National Health System Data which consist of data from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) and National Health Insurance Agency (BPJS). Based on the three regulation of quality control we have found that: 1) the cost and quality control policy implementation in DKI Jakarta province is not effective in lower the cost, there was an increase of claim related to hypertension (I11, I12, I13, I15) from 2015-16; 2) the fraud prevention policy is effectively implemented. We found a match in number of visit and total cost from 2015-16; 3) the performance-based capitation also run quite effectively base on the decreased number of referrals from primary care to hospital in hypertension cases from 2015-16. In conclusion, the fraud prevention and performance-based capitation policy has potentially increase quality of services while the cost and quality control policy need more attention in implementation to be able to contribute in quality enhancement effort of hypertension services in DKI Jakarta Province.*

**Keywords:** Cost and Quality; DKI Jakarta; Fraud; Hypertension; Performance-Based Capitation.

### PENDAHULUAN

Provinsi Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta dibagi menjadi 6 Kabupaten/Kota administratif yaitu Jakarta Pusat, Jakarta Utara, Jakarta Barat, Jakarta Selatan, Jakarta Timur dan kepulauan seribu. Kematian Penduduk di provinsi DKI Jakarta paling banyak disebabkan oleh ischemic heart disease dan stroke (IHME, 2017), penyakit ini disebabkan oleh Hipertensi yang menjadi salah satu faktor risiko utama yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular dan ginjal (Brent, 2018).

WHO (2011) menyebutkan bahwa satu milyar orang didunia menderita penyakit Hipertensi. Angka kejadian Hipertensi akan terus meningkat, diprediksikan bahwa tahun 2025, sebanyak 29% orang dewasa di dunai akan menderita Hipertensi.

Di Indonesia angka penduduk yang mengalami Hipertensi diatas usia 18 tahun sebanyak 31,7%. Di DKI Jakarta Terbanyak di Jakarta Selatan pada segmenetasi peserta bukan perkerja dan diikuti oleh segmentasi PBI APBN (Data sample BPJS Kesehatan 2015 & 2016 dalam DaSK, 2020).

Tata laksana pasien hipertensi di provinsi DKI jakarta telah dilakukan melalui mengaktifkan posbindu di setiap RW dan mengoptimalkan program rujuk balik BPJS Kesehatan melalui koordinasi Puskesmas, rumah sakit, apotik rujukan, serta BPJS BPJS Kesehatan. Persentase penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, tertinggi ada di Wilayah Jakarta Pusat (71%) dan terendah di Jakarta Selatan (0,3%) (Profil Kesehatan provinis DKI Jakarta Tahun 2018, 2019).

Berbagai upaya dalam Hipertensi telah dilakukan di lakukan mulai dari tingkat stakeholders sampai pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu tata laksana Hipertensi. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan berbagai kebijakan mutu layanan kesehatan, antara lain kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), pencegahan kecurangan dalam era JKN, dan Kapitasi berbasis kinerja (KBK).

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMCK UGM mengevaluasi kebijakan kendali mutu dan kendali biaya, pencegahan kecurangan dalam era JKN, dan kapitasi berbasis kinerja untuk memastikan kebijakan bekerja sesuai tujuannya. Data yang digunakan sebagai bahan evaluasi kebijakan berasal dari data sampel 1% tahun 2015 dan 2016. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMCK UGM telah menyediakan data ini dalam bentuk Data Sistem Kesehatan (DaSK).

Penelitian ini menjadi bukti bahwa kebijakan yang diterapkan saat ini terbukti memberikan manfaat terhadap peningkatan mutu (Fafard, 2008). Hasil penelitian diberikan kepada stakeholders agar dapat dimanfaatkan, kita tahu bahwa implementasi kebijakan tidak banyak menggunakan hasil penelitian sebagai empirical evidence, karena adanya pertimbangan-pertimbangan lainnya seperti kultur dan politik dari masyarakat (CDC US, 2008).

## METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode kuantitatif deskriptif melalui penggunaan data sekunder. Data sekunder yang diolah berupa data sampel 1% BPJS Kesehatan tahun 2015 dan 2016 yang telah dipublikasikan oleh BPJS Kesehatan lalu telah diolah melalui DaSK oleh PKMK FK-KMK UGM. DaSK merupakan dashboard yang berisi data-data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015 dan tahun

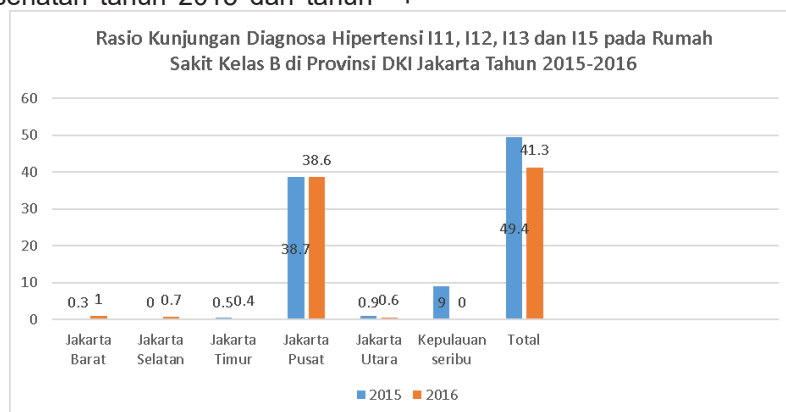
2016 yang dapat diakses oleh siapapun. Data menampilkan visualisasi data secara nasional, regional, dan provinsi. Berisi data data kunjungan, data rujukan, besaran klaim berdasarkan kelas RS, segmentasi peserta. Hasil pengambilan data dari DaSK dianalisa menggunakan statistik deskriptif dengan cara menampilkan gambar dalam bentuk grafik.

Hasil analisa diinterpretasikan menggunakan logik sebagai berikut, yaitu: 1) Kebijakan KMKB dilakukan dengan menganalisa jumlah kunjungan dan besaran klaim hipertensi (I12, I13, I14, I15) dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila hasil analisa mengalami penurunan; 2) Kebijakan pencegahan kecurangan dilakukan dengan menganalisa perubahan perbandingan antara jumlah klaim dengan jumlah pasien diagnosa hipertensi di Rumah Sakit dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila terlihat adanya kesesuaian perbandingan; 3) Kebijakan KBK dilakukan dengan menganalisa jumlah rujukan hipertensi esensial dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila hasil analisa mengalami penurunan.

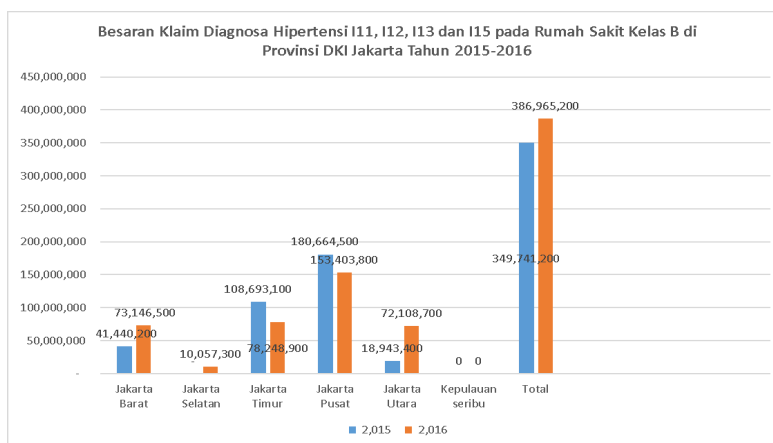
## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Evaluasi Kebijakan KMKB

Secara umum hasil analisa kunjungan diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 terlihat penurunan. Rasio kunjungan terbanyak di Jakarta Pusat. Jumlah 0 pada kabupaten kepulauan seribu karena benar-benar tidak ada kunjungan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1% (gambar 1). Dari hasil tersebut didapatkan bahwa kebijakan KMKB efektif dalam tata laksana pasien hipertensi dilihat dari rasio kunjungan karena hasil analisa data mengalami penurunan.



Gambar 1. Rasio Kunjungan Diagnosa Hipertensi  
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020



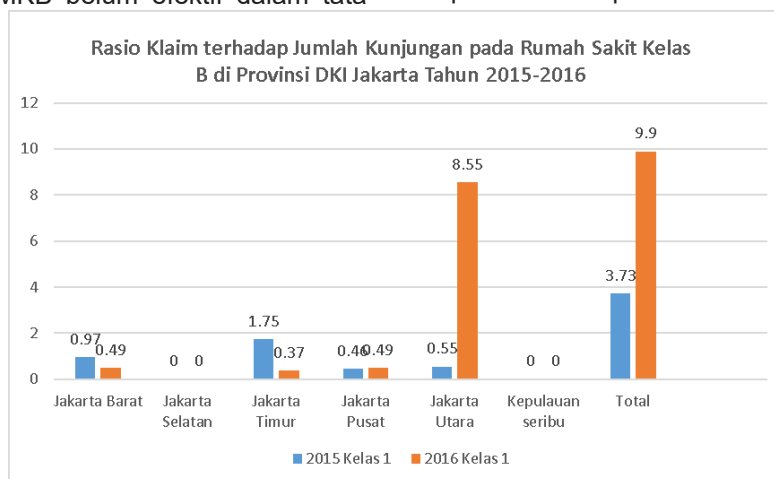
Gambar 2. Besaran Klaim Diagnosa Hipertensi  
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

Secara umum hasil analisa total klaim diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 terlihat peningkatan (gambar 2). Peningkatan total klaim dari tahun 2015 ke tahun 2016 terjadi di Jakarta Barat, Jakarta Selatan, dan Jakarta Utara sedangkan yang mengalami penurunan di Jakarta Pusat dan Jakarta Timur. Jakarta Pusat dan Timur memiliki besaran klaim terbanyak selama tahun 2015 dan 2016, namun grafiknya menurun di tahun 2016. Wilayah kepulauan seribu 0 karena benar-benar tidak ada kunjungan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1%. Secara umum dari hasil tersebut didapatkan bahwa regulasi KMKB belum efektif dalam tata

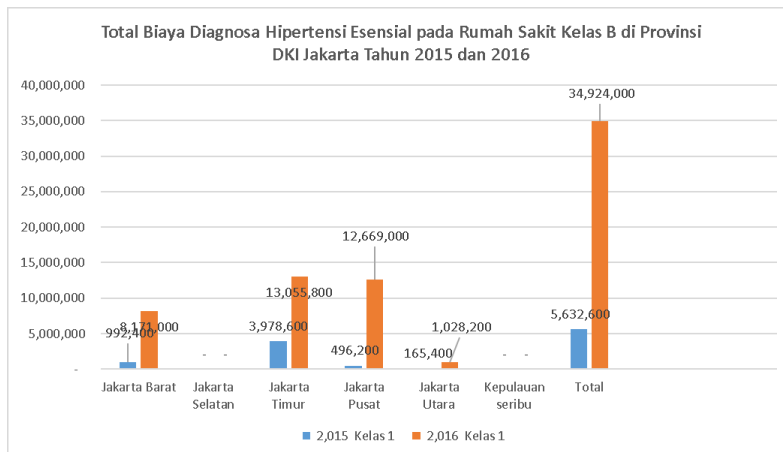
laksana pasien hipertensi di provinsi DKI Jakarta karena hasil analisa data mengalami peningkatan.

### Evaluasi Kebijakan Pencegahan Kecurangan

Secara umum hasil analisa jumlah kunjungan dan total biaya diagnosa hipertensi esensial tahun 2015 ke tahun 2016 di provinsi DKI Jakarta terlihat sebanding (gambar 3 dan gambar 4). Jumlah kunjungan diagnosa hipertensi esensi tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami tren peningkatan, begitu juga dengan total biaya. Sehingga didapatkan bahwa kebijakan pencegahan kecurangan efektif dalam tata laksana pasien hipertensi karena tidak ada potensi fraud pada data tersebut.



Gambar 3. Rasio Klaim Jumlah Kunjungan  
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

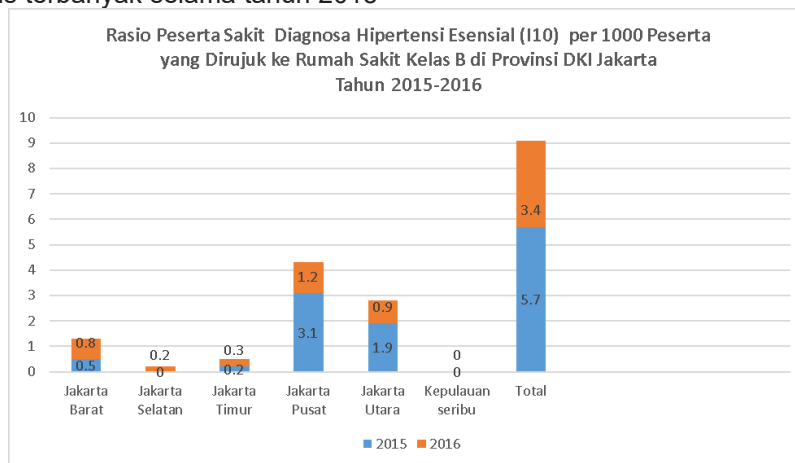


Gambar 4. Total Biaya Diagnosa Hipertensi  
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

### Evaluasi Kebijakan KBK

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi esensial masih dirujuk dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Hasil analisa rasio peserta sakit diagnosa hipertensi esensial yang dirujuk ke rumah sakit di provinsi DKI Jakarta tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan (gambar 5 ). Kasus terbanyak selama tahun 2015

dan 2016 di Jakarta Pusat, walaupun terbanyak tapi kasusnya mengalami penurunan pada tahun 2016. Berbeda halnya dengan kabupaten kepulauan seribu tidak ada karena tidak ada rujukan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1%. Sehingga didapatkan bahwa kebijakan KBK efektif dalam tata laksana pasien hipertensi karena hasil analisa data menurun.



Gambar 5. Rasio Peserta Sakit Hipertensi Esensial  
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

### Evaluasi Regulasi KMKB

Kebijakan KMKB mengugaskan KMKB melakukan UR, audit medis, sosialisasi kewenangan tenaga klinis dan pembinaan etika disiplin profesi (BPJS Kesehatan, 2016). Semua kegiatan tersebut memerlukan data, baik dari fasilitas pelayanan kesehatan maupun BPJS Kesehatan.

Menurut WHO (2015), akses terhadap data universal health coverage (UHC) sangat penting dalam rangka monitoring keberhasilan UHC. Data digunakan juga untuk menilai kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan

untuk menerapkan kebijakan yang berbasis bukti (CDC US, 2008).

Pemanfaatan data telah menjadi salah satu masalah dalam menerapkan kebijakan kendali mutu dan kendali biaya di fasilitas pelayanan kesehatan, hasil penelitian Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM tentang evaluasi kebijakan mutu tentang kendali mutu dan kendali biaya menunjukkan bahwa TKMKB tidak mempunyai akses data ke BPJS Kesehatan, dalam buku petunjuk teknis KMKB telah dijelaskan bahwa TKMKB mendapat akses

ke BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015).

Selain masalah data, kemampuan mengolah data juga harus disiapkan oleh TKMKB untuk mengakomodir keterbukaan data BPJS Kesehatan. Kemampuan ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan media visualisasi, seperti yang telah dilakukan oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM melalui DaSK. DaSK berisi data sample 1% BPJS Kesehatan tahun 2015 dan 2016. Melalui data tersebut, TKMKB juga dapat melakukan analisa data, seperti melihat angka kejadian suatu penyakit di tingkat provinsi maupu nasional, melihat total klaim, melihat jumlah rujukan dari FKTP ke FKRTL dan lainnya (DaSK FK-KMK UGM, 2020).

Penelitian Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM tentang evaluasi kebijakan mutu tentang kendali mutu dan kendali biaya menunjukkan bahwa kebijakan KMKB dapat berjalan melalui adanya partisipasi aktif dari BPJS Kesehatan untuk memfasilitasi kegiatan TKMKB, inisiatif TKMKB melakukan semua tugas yang telah ditetapkan mulai dari utilisasi review, audit medis, pembinaan etika dan disiplin profesi, dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis. Sedangkan hal yang menyebabkan kebijakan KMKB sulit berjalan antara lain TKMKB merasa tidak ada akses data, TKMKB tidak mempunyai kompetensi analisa data, kurangnya fasilitasi kegiatan KMKB dari BPJS Kesehatan, kurangnya komitmen TKMKB terhadap tugas dan tanggung jawab (Hasri, Wulan & Djasri, 2020).

### **Evaluasi Regulasi Pencegahan Kecurangan**

Kebijakan pencegahan kecurangan menetapkan berbagai kegiatan untuk mencegah pencegahan, penanganan, pemberian sanksi, serta pembinaan dan pengawasan kecurangan, yaitu (1) penyusunan kebijakan (policy) dan pedoman pencegahan kecurangan (fraud); (2) pengembangan budaya pencegahan kecurangan (fraud); (3) pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya; dan (4) pembentukan tim pencegahan kecurangan (fraud) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi (Permenkes nomor 16 tahun 2019).

Implementasi kebijakan ini mengalami berbagai hambatan, antara lain Staf tidak merasa mendapat arahan yang meyeluruh dan sistematis untuk melakukan pengendalian kecurangan JKN di institusi, Staf belum merasa terdorong untuk berperilaku etik yang dapat menghambat kejadian fraud, Belum muncul rasa tanggung jawab untuk mengatasi fraud dan mendorong berjalannya program-program anti fraud (Candra dkk, 2020).

Implementasi kebijakan pencegahan kecurangan yang belum optimal menyebabkan adanya potensi fraud, penelitian Sparrow (1998) menunjukkan bahwa ada 7 faktor dan tantangan yang menyebabkan fraud di lingkungan manapun sulit dikendalikan yaitu: (1) fraud akan terlihat saat melakukan deteksi dan hanya mewakili sebagian sampel; (2) indikator kinerja yang tersedia bersifat ambigu dan buruk; (3) banyak data seperti data klaim namun SDM terbatas; (4) fraud bersifat dinamis bukan satu statis (5) penindakan fraud menggunakan pendekatan tradisional; (6) adanya rasa percaya diri yang tinggi tentang efektifitas penanganan kontrol fraud yang baru; (7) pencegahan fraud dilakukan pada bentuk fraud yang sederhana.

### **Evaluasi Regulasi KBK**

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer bahwa hipertensi esensial merupakan salah satu diagnosa dalam kategori 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan dokter dan tuntas diselesaikan di Puskesmas. Kebijakan KBK dapat berjalan karena Puskesmas memiliki dokter yang cukup, kompetensi dokter cukup memadai, sarana dan prasarana yang memadai, staf mendapatkan insentif dana kapitasi, ada tim Monev JKN yang selalu aktif melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi di semua Puskesmas khususnya pada Puskesmas yang tidak mencapai target indikator rujukan non spesialisik (Hasri, Wulan & Djasri, 2020).

Pembayaran menggunakan sistem kapitasi berdampak pada efisiensi penggunaan sumber daya, menciptakan persaingan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyediakan pelayanan yang berkualitas (Opoku, 2014). Implementasi kebijakan KBK juga dipengaruhi oleh jumlah penduduk di suatu wilayah. Kapitasi yang besar memiliki keunggulan karena uang yang banyak dapat digunakan untuk melengkapi alat kesehatan, kebutuhan medis, menambah sumber daya manusia. Namun jumlah peserta yang banyak juga dapat menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter, hasil penelitian yang dilakukan Hasan (2017) menunjukkan bahwa Puskesmas yang memiliki dana kapitasi besar memungkinkan "kualitas pemeriksaan dokter 'terpaksa' diturunkan karena kuantitas yang banyak sedangkan pada Puskesmas kapitasi kecil kualitas pemeriksaan dokter terjaga karena kuantitas yang sedikit. Penelitian lainnya dari Salama & Ilyas menunjukkan bahwa tenaga kesehatan Puskesmas tidak sebanding dengan jumlah pasien yang berkunjung per harinya

sehingga memungkinkan pemberian pelayanan yang kurang berkualitas (Salama & Ilyas, 2016).

Manajemen tata laksana hipertensi yang tidak bermutu di Puskesmas dipengaruhi oleh pemberian pelayanan yang belum sesuai standar, kurangnya evidence based tata laksana hipertensi diantara dokter, perawat yang tidak *continue* (Kalantan, 2001 & Guibert, 1996). Tuwiri (2006) menyebutkan bahwa kualitas tata laksana hipertensi dilakukan dengan cara peningkatan pengetahuan dokter akan pentingnya pemberian pelayanan yang sesuai standar. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sumber daya diagnostik, terapi dan pendidikan yang memadai pada dokter.

### KESIMPULAN

Kebijakan KBK dan pencegahan kecurangan efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta sedangkan kebijakan KMKB belum efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi.

### DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. Peran BPJS kesehatan dalam pencegahan fraud dan abuse dalam sistem jaminan kesehatan nasional: BPJS Kesehatan; Slide Presentasi disampaikan 2005
2. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional: BPJS Kesehatan; 2016
3. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: BPJS Kesehatan; 2019
4. Brent M. Egan, Susan E. Sutherland, Michael Rakotz, Jianing Yang, R. Bruce Hanlin, Robert A. Davis, and Gregory Wozniak. (2018). Improving Hypertension Control in Primary Care With the Measure Accurately, Act Rapidly, and Partner With Patients Protocol Results at 6 and 12 Months. *AHA*. 2018; Volume 72, Issue 6, Pages 1320-1327. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11558>
5. Candra, Hasri, E.T., Rahma, P.A., & Djasri, H. Realist Evaluation Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Daerah Istimewa Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM (PKMK-FK-KMK UGM); 2020
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). US State Policy Guide: Using Research in Public Health Policymaking A Publication of The Council of State Governments 2008. U.S. Department of Health and Human Services; 2008
7. DaSK PKMK FKK-MK UGM. Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015 dan 2016. BPJS Kesehatan; 2020. Diakses <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/peta-penyakit-layanan-rujukan.html>.
8. DaSK PKMK FKK-MK UGM. (2020). Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015 dan 2016; 2020. BPJS Kesehatan. Diakses <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/utilisasi-peserta-JKN.html>
9. Fafard P. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US; 2008
10. Hasan, AG & Adisasmito, WBB. Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada FKTP Puskesmas Di Kabupaten Bogor Tahun 2016. Yogyakarta: Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Volume 06 No. 03 September; 2017
11. Hasri, ET., Wulan, S., Djasri, H. Evaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Pencegahan Kecurangan Kapitasi Berbasis Komitmen dalam Era JKN di Provinsi Bengkulu Menggunakan Pendekatan Realis Evaluasi. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM; 2020. Di akses pada <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/artikel-mutu-bengkulu.pdf>
12. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). Angka Kematian di Provinsi DKI Jakarta. University of Washington
13. Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Ab-dulghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001; 22(11): 960-3.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan.
16. Opoku, Michael and Nsiah, Richard and Oppong, Paul and Tetteh, Edmund. (2014). The Effect of Capitation Payment on the

- National Health Insurance Scheme in Ashanti Region, Ghana. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2479305> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2479305>
17. Salama, N & Ilyas, Y. (2016). Efektivitas Puskesmas Duren Sawit sebagai Gatekeeper dalam Penanganan Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2016. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
  18. Sparrow, M. K. 1998. National Institute of Justice: Fraud control in health care Industry: Assessing the State of the Art.
  19. TKMKB Nasional. (2015). Buku Petunjuk Teknis Kendali Mutu dan Kendali Biaya Program JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan.
  20. Tuwijiri, AAA & Al-Rukban, MO. (2006). Hypertension control and co-morbidities in primary health care centers in Riyadh. *Ann Saudi Med* 26(4) July-August 2006 [www.saudiannals.net](http://www.saudiannals.net)
  21. World Health Organization. (2015). Tracking Universal Health Coverage: First global monitoring report. World Health Organization. ISBN 9241564970, 9789241564977