

TESIS

**EVALUASI MUTU PELAYANAN KESEHATAN BERDASARKAN
LENGTH OF STAY (LOS), HOSPITAL COST, DAN
READMISSION PADA PASIEN BPJS
DI RSU ANUTAPURA PALU**



HIJRAH

C012171048

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

2021

TESIS

**EVALUASI MUTU PELAYANAN KESEHATAN BERDASARKAN
LENGTH OF STAY (LOS), HOSPITAL COST, DAN
READMISSION PADA PASIEN BPJS
DI RSU ANUTAPURA PALU**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

HIJRAH

C012171048

Kepada

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

2021

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**EVALUASI MUTU PELAYANAN KESEHATAN BERDASARKAN
LENGTH OF STAY (LOS), HOSPITAL COST, DAN READMISSION
PADA PASIEN BPJS DI RSU ANUTAPURA PALU**

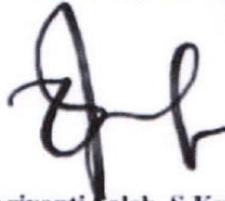
Disusun dan diajukan oleh

**HIJRAH
C012171048**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tanggal 19 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

Pembimbing Pendamping,



Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elly L. Siattar, S.Kp., M.Kes
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Hijrah
Nim : C012171048
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Evaluasi Mutu Pelayanan kesehatan Berdasarkan *Length of Stay (LOS)*, *Hospital Cost*, dan *Readmission* pada Pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam 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 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar magister yang telah saya peroleh.

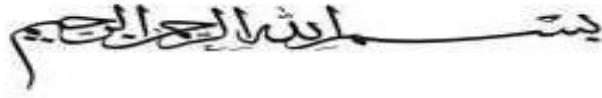
Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 19 Agustus 2021

Yang Menyatakan


Hijrah

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan Syukur Alhamdulillah karena dengan Ridho dan petunjuk dari Rabbuna Azza WaJalla, sehingga peneliti bisa menyelesaikan Tesis yang berjudul “Evaluasi Mutu pelayanan Kesehatan berdasarkan *length of stay* (LOS), *hospital cost*, dan *readmission* pada pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu”.

Tesis ini peneliti persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan curahan kasih sayang dan motivasi hingga saat ini. Spesial untuk Ayahanda Eddy Dosi dan Ibunda Nur Mahmud, terimakasih atas kasih sayang, bimbingan, pengorbanan, air mata dan do’a yang tidak terputus bagi anakmu ini. Juga buat suami dan anak-anakku tercinta Sarifudin, Nailah Fathinah Azka, Dzakira Afifah Aftani, Ghayda Aisyah Muslimah, terimakasih atas cinta kasih, pengertian, motivasi, dan do’anya.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama berkat kesediaan pembimbing dengan tulus dan ikhlas meluangkan waktunya membimbing dan mengarahkan penulis agar memberikan hasil yang lebih baik dalam penulisan tesis ini. Untuk itu dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ungkapan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan sekaligus sebagai pembimbing I, dan Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing II yang telah memberikan arahnya mulai dari proses penyusunan proposal sampai dengan pembahasan hasil penelitian.

Ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L Sjattar, S.Kp., M.kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Penguji tesis, Andi Masyitha. Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D, dan Saldy Yusuf, S. Kep., Ns., MHS., Ph.D, serta Ibu Yuliana Syam, S.Kep., M.Si yang juga selaku penguji tesis yang telah

banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini. Para dosen dan staf pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu penulis selama proses pendidikan berlangsung.

Tidak lupa pula ucapan terimakasih kepada Halijah Bauw, S.Kep., Ns., M.Kep dan Arwiana Azizah, S.Kep., Ns., M.Kep yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan dan motivasi. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, rekan-rekan seperjuangan yang lain angkatan 2017.1 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Makassar, 19 Agustus 2021

Penulis

(Hijrah)

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam menunjang terselenggaranya upaya kesehatan. Sebagai organisasi dengan karakteristik yang kompleks, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat. Rumah sakit tidak cukup hanya menawarkan konsep pelayanan asalkan aman, tetapi juga perlu menawarkan pelayanan dengan hasil yang maksimal, dan memberikan kepuasan dengan standar profesional yang tinggi. Kualitas atau citra rumah sakit tergantung pada pelayanan medis dan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelayanan kesehatan. **Tujuan:** Mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS. **Metode:** Metode campuran menggunakan desain eksplanatori sekuensial. **Hasil:** Identifikasi pada 5 penyakit high volume menunjukkan indikator length of stay yang bervariasi pada deskripsi penyakit yang sama dengan kategori 1-3 hari, 4-5 hari, 6-9 hari, bahkan >10 hari, selisih rugi bagi rumah sakit pada tiga deskripsi penyakit yaitu operasi pembedahan caesar (ringan), persalinan vaginal (ringan), gangguan sistem pencernaan lain-lain (ringan), dan angka kejadian readmission sebesar 769 dari 10.118 admisi selama periode tahun 2020. **Kesimpulan:** Hasil pelayanan kesehatan belum mencapai efektivitas dan efisiensi standar mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.

Kata kunci: Evaluasi, kualitas pelayanan kesehatan, lama rawat inap, biaya rumah sakit, rawat inap kembali.

ABSTRACT

Background: The hospital as a place for individual health services is part of the health resources that are indispensable in supporting the implementation of health efforts. As an organization with complex characteristics, hospitals are required to provide quality services for the community. It is not enough for a hospital to offer a service concept as long as it is safe, but it is also necessary to offer services with maximum results, and provide satisfaction with high professional standards. The quality or image of the hospital depends on the medical services and nursing services provided to patients. Therefore, it is necessary to evaluate the quality of health services. **Objective:** To evaluate the quality of health services for BPJS patients. **Method:** Mixed methods using sequential explanatory design. **Results:** Identification of 5 high volume diseases showed indicators of length of stay that varied in the description of the same disease with categories 1-3 days, 4-5 days, 6-9 days, even > 10 days, the difference in losses for hospitals on three disease descriptions, namely caesarean section (mild), vaginal delivery (mild), other digestive system disorders (mild), and the incident of patient readmission is 769 out of 10.118 admissions during the 2020 period. **Conclusion:** The results of health services have not reached the effectiveness and efficiency of hospital health service quality standards.

Keywords: Evaluation, quality of health services, length of stay, hospital cost, readmission.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Algoritma pencarian	9
B. Tinjauan Literatur	
1. Mutu Pelayanan kesehatan	9
2. Mutu Pelayanan keperawatan	14
3. Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	15
4. Sistem Jaminan Sosial Nasional	19
5. Jaminan Kesehatan Nasional	21
6. INA-CBG's	23
7. Length of Stay	23
8. Hospital Cost	25
9. Readmission	27
C. Kerangka Teori	29

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
A. Kerangka Konseptual Penelitian	30
B. Definisi Operasional	31
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain penelitian	32
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel	34
D. Instrumen, Metode, dan Prosedur Pengumpulan Data	35
E. Analisis Data	37
F. Etika penelitian	40
G. Protokol pengumpulan Data	40
H. Prosedur Penelitian	43
BAB V HASIL PENELITIAN	45
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Diskusi	65
B. Implikasi Keperawatan	77
C. Keterbatasan penelitian	77
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	78
DAFTAR PUSTAKA	79

DAFTAR TABEL

Tabel Teks	Halaman
3.1 Definisi Operasional	31
4.1 Rencana Kegiatan	33
4.2 Protokol Kesehatan Kegiatan Pengumpulan Data Penelitian	42
5.1 Gambaran LOS pada 5 Penyakit high volume, High cost, dan high risk	45
5.2 Gambaran Hospital cost pada 5 Penyakit high volume, High cost, dan high risk	46
5.3 Gambaran Readmission	47
5.4 Karakteristik informan	49

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	29
3.1 kerangka Konsep Penelitian	30
4.1 Alur penelitian	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Algoritma Pencarian

Lampiran 2. Rekomendasi Persetujuan Etik

Lampiran 3. Formulir Observasi Data E-Klaim BPJS

Lampiran 4. Lembar Penjelasan dan Persetujuan Partisipan

Lampiran 5. Panduan Wawancara Mendalam

Lampiran 6. Analisis Data Kuantitatif

Lampiran 7. Transkrip Verbatim

Lampiran 8. Dokumentasi pengumpulan Data

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Pemerintah Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun kedepan yakni tahun 2020-2024 memprioritaskan pada pembangunan kesehatan sumber daya manusia. sumber daya manusia kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Terkait pembangunan sumber daya manusia tersebut, Jaminan kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu isu utama yang menjadi perhatian kementerian kesehatan (Kemenkes RI, 2019). Thabrany (2016) menyatakan bahwa Jaminan kesehatan nasional kini semakin banyak digunakan didunia seperti Inggris, Amerika Serikat, Jerman, Belanda, Australia, Jepang, Taiwan, Filipina dan beberapa negara lainnya. Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional di beberapa negara tersebut berbeda-beda atau sangat bervariasi namun pada hakikatnya mempunyai prinsip dan tujuan yang sama yaitu menjamin bahwa seluruh penduduknya mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa mempertimbangkan kemampuan ekonominya.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebuah sistem pendanaan yang membelikan layanan kesehatan untuk semua penduduk. Program JKN sering juga disebut dengan cakupan kesehatan universal atau *Universal Health Coverage* (UHC). Tujuan utama dari UHC adalah agar semua orang yang membutuhkan layanan kesehatan mendapatkan perawatan berkualitas tinggi tanpa kesulitan keuangan. Kualitas perawatan menjadi dasar dan fundamental bagi jaminan kesehatan universal. Menurut Slawomirski et al (2017) pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang perawatannya efektif, aman dan sesuai dengan preferensi dan kebutuhan komunitas, pemberian perawatan harus tepat waktu dan adil di seluruh populasi, terkoordinasi di seluruh kontinum perawatan, sambil meminimalkan pemborosan sumber daya. Layanan kesehatan yang berkualitas harus: efektif dengan menyediakan layanan perawatan kesehatan berbasis bukti

bagi mereka yang membutuhkannya; aman dengan menghindari bahaya bagi orang-orang yang menjadi tujuan perawatan; berpusat pada orang dengan memberikan perawatan yang menanggapi preferensi, kebutuhan dan nilai individu, dalam layanan kesehatan yang diatur di sekitar kebutuhan orang; tepat waktu dengan mengurangi waktu tunggu dan terkadang penundaan yang merugikan baik bagi yang menerima maupun yang memberi perhatian; adil dengan memberikan kualitas perawatan yang sama tanpa memandang usia, jenis kelamin, ras, etnis, lokasi geografis, agama, status sosial-ekonomi, bahasa atau afiliasi politik; terintegrasi dengan memberikan perawatan yang terkoordinasi lintas tingkatan dan penyedia serta menyediakan berbagai layanan kesehatan selama hidup; dan efisien dengan memaksimalkan manfaat sumber daya yang tersedia dan menghindari pemborosan (WHO, 2018).

Semua negara anggota WHO termasuk Indonesia berkomitmen untuk mencapai UHC, hal ini dibuktikan dengan lahirnya Undang-Undang No.4 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang didalamnya mengatur tentang program Jaminan Kesehatan nasional. JKN merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial sesuai dengan amanat Pasal 28-H dan Pasal 34 UUD 1945, yaitu: program negara untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*). Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang/berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun (Pohan, 2017). Program JKN menganut prinsip terintegrasinya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terkendali. JKN adalah program strategis untuk mewujudkan pencapaian UHC (Kemenkes RI, 2013).

Tujuan dari pembayaran prospektif adalah untuk mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar,

membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, mempermudah administrasi klaim, dan mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (Direktorat Pelayanan, 2014).

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Mutu terhadap pelayanan kesehatan penting untuk terus diukur dan dipantau untuk mendorong peningkatan. Pengukuran dan pemantauan bergantung pada data yang akurat, tepat waktu dan dapat ditindaklanjuti. Integrasi upaya pengukuran global dan nasional sangat penting untuk memastikan bahwa negara mengumpulkan data yang penting dan menggunakan data tersebut untuk mengubah dan meningkatkan sistem pelayanan kesehatan. Hasil pengukuran dalam bentuk pelaporan terutama yang berhubungan dengan sistem keselamatan pasien. Dari sistem pelaporan keselamatan pasien tersebut dapat diketahui bahwa beberapa kejadian buruk telah terjadi terutama karena kualitas perawatan yang buruk. Tahun 2013, karena peningkatan kelahiran di fasilitas kesehatan, masih banyak perempuan dan bayi yang bahkan setelah mencapai fasilitas kesehatan, meninggal atau mengalami kecacatan seumur hidup. WHO memperkirakan bahwa 303.000 ibu dan 2,7 juta bayi baru lahir meninggal setiap tahun pada saat persalinan, dan banyak lagi yang terkena penyakit yang dapat dicegah. Selanjutnya, sekitar 2,6 juta bayi lahir mati setiap tahun (Lawn et al., 2016; WHO, 2016). Di negara berpenghasilan tinggi, satu dari 10 pasien terkena dampak buruk selama pengobatan. Tujuh dari 100 pasien yang dirawat di rumah sakit kemungkinan akan tertular infeksi terkait perawatan kesehatan di negara-negara berpenghasilan tinggi, sedangkan di negara berkembang adalah satu dari 10 pasien (*Organisation for Economic Cooperation and Development, 2017*).

Kejadian buruk lainnya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) yang berhubungan erat dengan mutu pelayanan kesehatan yaitu 15% yang mewakili kasus kematian antara 5,7-8,4 juta kematian; 60% kematian akibat kondisi yang memerlukan perawatan kesehatan terjadi karena kualitas

perawatan yang buruk, sedangkan kematian lainnya diakibatkan oleh tidak digunakannya sistem kesehatan, kualitas perawatan yang tidak memadai menimbulkan biaya sebesar US \$ 1,4-1,6 triliun setiap tahun karena hilangnya produktivitas di LMIC; di negara-negara berpenghasilan tinggi, 1 dari 10 pasien terluka saat menerima perawatan di rumah sakit, dan 7 dari setiap 100 pasien yang dirawat di rumah sakit kemungkinan akan terkena infeksi terkait perawatan kesehatan; satu dari 8 fasilitas perawatan kesehatan tidak memiliki layanan air, satu dari 5 tidak memiliki layanan sanitasi, dan satu dari 6 tidak memiliki fasilitas kebersihan tangan di tempat-tempat perawatan (WHO, 2018).

Rumah sakit sebagai salah satu tempat pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat untuk meningkatkan status kesehatan individu sehingga dapat meningkatkan kualitas kehidupan dan kesehatan manusia pada umumnya. Sebagai organisasi dengan karakteristik yang kompleks, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, tidak cukup jika hanya menawarkan layanan dengan konsep asal selamat tetapi perlu menawarkan hasil yang maksimal yang memberikan kepuasan dengan standar profesi yang tinggi (Ditjen yankes, 2017).

Kualitas rumah sakit sebagai institusi yang menghasilkan produk teknologi jasa kesehatan sudah tentu tergantung juga pada kualitas pelayanan medis dan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Oleh karena pelayanan medis dan keperawatan memiliki kontribusi besar terhadap citra sebuah rumah sakit, maka penting untuk melakukan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Hasil Pelayanan kesehatan dapat diukur dengan melakukan peninjauan pada indikator-indikator mutu rumah sakit. *Length of stay (LOS)*, *hospital cost*, dan *readmission* merupakan indikator mutu *outcomes* yang merupakan hasil pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Pada bulan September tahun 2020 peneliti melakukan studi pendahuluan di RSUD Anutapura palu. Dari hasil studi, diketahui bahwa sejak pelaksanaan program JKN oleh BPJS, RSUD Anutapura Palu sebagai salah satu fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) telah melakukan kerjasama dengan BPJS. RSUD Anutapura adalah rumah sakit BLUD milik Pemerintah Kota Palu, dengan klasifikasi Kelas B sejak tahun 2007 sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 733 / MENKES / SK / 2007. Pada tahun 2017 RS ini telah diakreditasi oleh KARS dengan predikat paripurna. Rumah sakit ini memiliki sumber daya manusia yang padat baik pasien maupun petugas kesehatannya. Informasi yang diberikan oleh kepala bidang pelayanan Medis dan ketua pengelola BPJS belum pernah dilakukan evaluasi hasil pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh rumah sakit berbasis data E-Klaim. Dari hasil wawancara tersebut sehingga peneliti tertarik untuk melanjutkan identifikasi awal pada data E-klaim BPJS.

Hasil studi di bagian rekam medik RSUD Anutapura Palu diketahui bahwa kunjungan pasien BPJS rawat inap selama 5 tahun terakhir yaitu periode 2016 s/d 2020 mengalami penurunan. Tahun 2016 jumlah pasien 30.628 dengan jumlah tempat tidur 525, tahun 2017 jumlah pasien 28.315 dengan jumlah tempat tidur 550, tahun 2018 jumlah pasien 22.529 dengan jumlah tempat tidur 505, tahun 2019 jumlah pasien rawat inap adalah 20.200 dengan jumlah tempat tidur 356, dan tahun 2020 jumlah pasien rawat inap 11147 dengan jumlah tempat tidur 352 (Rekam Medik RSUD Anutapura Palu, 2020). Pada identifikasi awal data E-Klaim BPJS tahun 2020 ditemukan bahwa pasien BPJS berjumlah 10.118 dengan 355 deskripsi INA-CBG's. Dari total deskripsi INA-CBG's tersebut diketahui bahwa terdapat kejadian *readmission*, LOS yang berbeda-beda pada deskripsi INA-CBG's yang sama, perbedaan pembiayaan pada deskripsi INA-CBG's yang sama yang dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Lima besar deskripsi INA-CBG's yang diidentifikasi pada studi awal data E-Klaim BPJS tahun 2020 antara lain *simple pneumonia & whooping cough* (ringan),

gangguan sistem pencernaan lain-lain (ringan), persalinan vaginal (ringan), operasi pembedahan caesar (ringan), dan kegagalan jantung (ringan). Pada diagnosa *simple pneumonia dan whooping cough* (ringan) ditemukan LOS dengan kategori 1-3 hari sebanyak 53 kasus, kategori 4-5 hari 162 kasus, kategori 6-9 hari 190 kasus dan kategori >10 hari sebanyak 25 kasus. Pada diagnosa gangguan sistem pencernaan lain-lain (ringan) ditemukan kategori 1-3 hari sebanyak 154 kasus, kategori 4-5 hari 143 kasus, kategori 6-9 hari 82 kasus dan kategori >10 hari sebanyak 15 kasus. Pada diagnosa persalinan vaginal (ringan) ditemukan kategori 1-3 hari sebanyak 272 kasus, kategori 4-5 hari 49 kasus, kategori 6-9 hari 2 kasus dan kategori >10 hari sebanyak 1 kasus. Pada diagnosa operasi pembedahan caesar (ringan) ditemukan kategori 1-3 hari sebanyak 4 kasus, kategori 4-5 hari 182 kasus, kategori 6-9 hari 109 kasus dan kategori >10 hari sebanyak 3 kasus. Pada diagnosa kegagalan jantung (ringan) ditemukan kategori 1-3 hari sebanyak 24 kasus, kategori 4-5 hari 95 kasus, kategori 6-9 hari 85 kasus dan kategori >10 hari sebanyak 11 kasus. Selain variasi pada LOS ditemukan juga selisih rugi rumah sakit pada 5 diagnosa tersebut. Pada *simple pneumonia dan whooping cough* (ringan) terdapat 55 kasus selisih rugi dari 430 kasus. Pada gangguan sistem pencernaan lain-lain (ringan) terdapat 142 kasus selisih rugi dari 394 kasus. Pada persalinan vaginal (ringan) dengan total kasus 324 terdapat 197 kasus selisih rugi. Pada operasi pembedahan caesar (ringan) dengan total kasus 298 terdapat 279 kasus selisih rugi. Pada kegagalan jantung (ringan) dengan total kasus 215 terdapat 70 kasus selisih rugi. Selama tahun 2020 terdapat kejadian *readmission* sebesar 769 (BPJS RSUD Anutapura Palu, 2020).

Hasil studi awal tersebut menunjukkan adanya masalah pada LOS yaitu terdapat variasi pada deskripsi INA-CBG's yang sama, ada perbedaan komponen pembiayaan pada diagnosa yang sama bahkan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS berdasarkan *length of stay (LOS)*, *hospital cost*, dan *Readmission* di RSUD Anutapura Palu, sehingga peneliti dapat memberikan informasi yang penting dan

aktual berbasis data ilmiah agar pihak manajemen rumah sakit mendapatkan gambaran kualitas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Hasil evaluasi tersebut diharapkan dapat didiseminasikan atau disosialisasikan kepada PPA (Profesional Pemberi Asuhan) sehingga dapat mendorong PPA bersama-sama manajer kesehatan dan pembuat kebijakan berupaya melakukan perbaikan dan peningkatan mutu layanan kesehatan terutama meningkatkan hasil kesehatan pasien yakni menurunnya variasi kategori LOS pasien, menurunnya selisih rugi rumah sakit, meningkatkan angka kesembuhan, serta menurunnya angka kejadian *readmission*. Evaluasi mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit ini juga dapat membantu rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi khususnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *length of stay* (LOS) pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu.
- b. Mengidentifikasi *hospital cost* pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu.
- c. Mengidentifikasi kejadian *readmission* pasien BPJS di RSUD Anutapura Palu.

D. Originalitas Penelitian

Studi evaluasi mutu pelayanan kesehatan telah dilakukan di berbagai rumah sakit antara lain: evaluasi terhadap pemanfaatan layanan kesehatan, pengeluaran perawatan pasien, dan kualitas perawatan pada pasien pankreatitis akut setelah implementasi penganggaran global di Taiwan (Ko et al., 2018). Evaluasi layanan pada anak yang mengalami tinnitus di departemen audiologi Layanan Kesehatan Nasional Inggris (Smith et al., 2020). Evaluasi dampak layanan tim *Children's Community Nursing* (CNN) terhadap kualitas perawatan, aktivitas perawatan sekunder, dan biaya (Hinde et al., 2017). Evaluasi kualitas layanan kesehatan di dua rumah sakit *Public-private partnerships* (PPP) di Peru menggunakan model Kano

(Fernando et al., 2021). Evaluasi mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi Dabholkar di rumah sakit di Paviliun Mina rumah sakit Siti Khodijah Sepanjang (Supriyanto & Ummah, 2014). Evaluasi hasil; hubungan antara LOS, *readmission* dan mortalitas pada data base administrasi internasional yang besar (Lingsma et al., 2018). Dari sejumlah penelitian di atas diketahui bahwa belum ada evaluasi mutu pelayanan pada aspek *outcomes* berdasarkan *length of stay* (LOS), *hospital cost*, dan *readmission* berbasis data E-klaim BPJS dengan *mixed methods*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. ALGORITMA PENCARIAN

Strategi pencarian studi ini dilakukan dengan pencarian berbagai literatur. Empat data base pencarian adalah: SCHOLAR, PUBMED, PROQUEST dan WILEY. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian yaitu *Evaluation and Quality of health service and Length of Stay and Hospital Cost and Readmission*. Pencarian literatur memenuhi syarat jika memenuhi kriteria: jenis penelitian kualitatif maupun kuantitatif, artikel yang dipublikasi full text dalam bahasa inggris maupun Indonesia, rentang waktu publikasi 2010-2020, serta konten utama penelitian adalah mutu pelayanan kesehatan, lama hari rawat, biaya rumah sakit, dan *readmission*. Seleksi studi hasil pencarian jurnal atau artikel yang ditemukan pada SCHOLAR sebanyak 196, PUBMED sebanyak 308, PROQUEST sebanyak 22 dan WILEY sebanyak 16. total artikel hasil pencarian di keempat data base adalah 532. setelah disesuaikan dengan kriteria inklusi maka artikel yang terpilih sebanyak 20, langkah selanjutnya adalah menyeleksi artikel yang sama pada keempat pencarian data base, menyeleksi, kesesuaian judul dengan tujuan penelitian. Pada *final screening* didapatkan artikel sejumlah 8.

B. TINJAUAN LITERATUR

1. Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Rumah sakit adalah salah satu tempat pelayanan kesehatan. Menurut WHO (2010) rumah sakit adalah bagian integral dari organisasi sosial dan kesehatan yang berfungsi menyediakan pelayanan yang komprehensif, preventif dan kuratif. Rumah sakit juga sebagai pusat pelatihan dan penelitian bagi tenaga kesehatan. Rumah sakit adalah merupakan

organisasi yang berkewajiban memberikan pelayanan kepada individu atau masyarakat secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Depkes RI, 2010).

Sebagai salah satu sarana atau tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas atau bermutu yaitu dengan memberikan pelayanan yang baik dan benar sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh peraturan kementerian kesehatan. Peningkatan mutu pelayanan secara global saat ini terarah kepada asas efektifitas biaya (*cost effectiveness*), kepuasan pasien (*patient satisfaction*), dan menjaga mutu pelayanan (*quality assurance*), yang harus terus menerus dilakukan melalui perbaikan yang berkesinambungan (Kasim, 2010).

a. Definisi Mutu pelayanan kesehatan

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998) mutu pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai suatu hal yang menunjukkan kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan kepuasan klien, pelayanan yang sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang profesional yang telah ditetapkan. Mutu pelayanan kesehatan menurut *The Institute of medicine* adalah sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi dapat meningkatkan harapan atau keinginan atas hasil pelayanan kesehatan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini (Siswati & Yati, 2017). Sehingga dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah sesuatu hal yang dapat meningkatkan kepuasan dan kenyamanan klien dengan menyelenggarakan sebuah pelayanan yang optimal sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang berlaku dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik serta selalu menerapkan pelayanan yang dinamis berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

b. Dimensi Mutu

Mutu barang atau jasa itu bersifat multidimensi, demikian pula dengan mutu pelayanan kesehatan. Komite *Institute of medicine* (IOM) mendefinisikan 6 dimensi Mutu pelayanan kesehatan (Iman & Dewi 2017), yaitu:

- 1) Keselamatan pasien (*patient safety*); adalah terbebas dari cedera akibat ketidaksengajaan atau kecelakaan. Kecelakaan yang dapat terjadi akibat kegagalan mengimplementasikan intervensi sesuai tujuan awal.

Mencapai tingkat keselamatan yang lebih tinggi merupakan langkah awal yang penting dalam memperbaiki mutu pelayanan secara keseluruhan. Meningkatkan keamanan pada gilirannya akan membutuhkan usaha yang sistematis dari beragam pemangku kepentingan, termasuk komitmen yang jelas dan berkelanjutan.

- 2) *Effectiveness*; perawatan harus berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan disediakan bagi pasien. Perawatan diberikan kepada pasien bukan mengambil keuntungan darinya artinya praktik *underuse* dan *overuse* harus dihindari karena cenderung tidak membantu pasien sebaliknya lebih cenderung merugikan pasien.
- 3) Berpusat pada pasien (*patient centeredness*); perawatan harus didasarkan pada rasa respek, *responsive* kecenderungan pasien sebagai individu, kebutuhan pasien serta nilai-nilai sebagai pasien adalah sebagai pedoman untuk segala keputusan klinis.
- 4) Tepat waktu: perawatan harus tersedia secara tepat waktu saat pasien membutuhkan. Ketepatan waktu adalah karakteristik terpenting dari layanan apapun dan merupakan hal yang bernilai dan terbukti dalam upaya fokus pada peningkatan perawatan kesehatan dan industri lainnya.
- 5) Efisiensi; pemborosan, termasuk peralatan, suplai, ide-ide dan energi harus dihindari. Dalam sistem perawatan kesehatan yang efisien,

sumber daya digunakan untuk mendapatkan nilai terbaik dari pengeluaran/uang yang dibelanjakan. Dua cara untuk meningkatkan efisiensi yaitu mengurangi pemborosan kualitas dan mengurangi biaya administrasi atau produksi.

- 6) Keadilan (*equity*); perawatan terbaik harus disediakan bagi semua orang tanpa memandang umur, jenis kelamin, ras, status ekonomi, pendidikan, tempat tinggal dan lain-lain. Semua individu mengharapkan diperlakukan dengan adil oleh institusi pelayanan kesehatan. Ketersediaan pelayanan yang berkualitas harus didasarkan pada kebutuhan individu.

c. Standar Layanan kesehatan

Bagian Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan maupun manajemen organisasi dan akan bertanggung gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing (Pohan,2017). Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila pelayanan tersebut dilaksanakan sesuai dengan standar. Umumnya dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan banyak ditemukan variasi, untuk itu standar diperlukan untuk meminimalisir variasi yang terjadi (Bustami, 2011).

Pohan (2017) mengemukakan bahwa perbedaan atau variasi adalah wajar dan selalu akan terjadi pada setiap proses layanan kesehatan. Meskipun demikian, melalui teknik pendekatan peningkatan mutu yang berkesinambungan, petugas dapat meningkatkan pengetahuan dan mampu mengendalikan variasi yang terjadi dalam sistem layanan kesehatan. Untuk membantu mengurangi variasi layanan kesehatan yang mungkin dan akan terjadi pada penyelenggaraan layanan kesehatan maka

diperlukan penyusunan standar layanan kesehatan. Adapun langkah-langkah penyusunan standar layanan kesehatan sebagai berikut:

- 1) Pilih satu fungsi atau sistem yang memerlukan standar layanan kesehatan

Pilihlah satu atau dua sistem yang merupakan prioritas tinggi. Sistem ini dapat berupa fungsi klinis atau nonklinis. Contoh layanan klinis yaitu penatalaksanaan kasus eklampsia, kasus *infark myokard*, *obstructed labour*, dan layanan pasien gawat darurat. Contoh layanan nonklinis yaitu prosedur layanan pasien masuk rawat inap, prosedur pasien pulang, prosedur pengisian dan penyimpanan rekam medik.

- 2) Bentuk tim atau kelompok pakar

Organisasi layanan kesehatan biasanya akan menugaskan suatu kelompok kerja multidisiplin atau kelompok pakar yang banyak mengetahui tentang fungsi atau sistem untuk penyusunan standar layanan kesehatan.

- 3) Tentukan masukan, proses dan keluaran

Kelompok pakar harus dapat menentukan unsur-unsur masukan, proses dan keluaran dari setiap komponen fungsi atau sistem. Masukan diperlukan agar dapat melakukan proses untuk menghasilkan keluaran yang diinginkan.

- 4) Tentukan karakteristik mutu

Contoh, ketepatan waktu sebagai salah satu karakteristik mutu untuk menyusun atau menilai standar diagnostik rumah sakit. Apabila karakteristik mutu telah disetujui, kelompok harus menentukan standarnya agar dapat diukur.

- 5) Tentukan/sesuaikan standar layanan kesehatan

Segera setelah kelompok memutuskan apa yang menjadi karakteristik mutu dari setiap fungsi atau sistem, karakteristik mutu yang memerlukan standar harus dapat diputuskan, kemudian standar pun disusun. Untuk menyelesaikan langkah ini, kelompok biasanya

melakukan hal-hal berikut: Pemilihan pola atau bentuk penulisan standar, pengumpulan informasi, pembuatan naskah standar pelayanan kesehatan.

6) Nilai ketepatan standar layanan kesehatan

Standar layanan kesehatan harus dinilai untuk memastikan apakah standar tersebut tepat atau layak bagi organisasi. Kelompok pakar harus menentukan apakah standar absah, dapat dipercaya, jelas, dan dapat diterapkan sebelum disebarluaskan. Standar layanan kesehatan secara berkala memerlukan modifikasi, peningkatan, atau penyempurnaan, secara periodik harus dinilai keabsahannya, reliabilitasnya, kejelasan dan penerapannya agar harapan organisasi layanan kesehatan terhadap tingkat mutu layanan kesehatan dapat tercapai secara taat asas.

2. Mutu pelayanan keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan adalah sikap profesional perawat yang memberikan perasaan nyaman dan terlindungi bagi pasien yang sedang mengalami proses penyembuhan dan diharapkan menimbulkan perasaan puas bagi pasien (Triwibowo, 2013). Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan dimata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, terdepan, dan terdekat dengan penderitaan, kesakitan, serta kesengsaraan yang dialami oleh pasien dan keluarga.

Berdasarkan standar tentang evaluasi dan pengendalian kualitas pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dengan terus-menerus melibatkan diri dalam program pengendalian kualitas di rumah sakit. Pelayanan keperawatan di rumah sakit menuntut adanya peningkatan kualitas serta profesionalisme sumber daya manusia kesehatan termasuk didalamnya sumber daya keperawatan (Muninjaya, 2018). keperawatan merupakan ujung tombak pelayanan yang

menghadapi klien selama 24 jam secara terus-menerus selama klien tersebut menjalani perawatan dalam upaya membantu mengatasi masalah klien dalam aspek biologis, psikososial, sosial, dan spiritual yang diberikan oleh perawat yang merupakan bentuk dari asuhan keperawatan (Triwibowo, 2013).

3. Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Evaluasi adalah kegiatan untuk melakukan pemantauan terhadap implementasi kebijakan. Evaluasi dilakukan untuk melihat tingkat kinerja suatu kebijakan, sejauh mana kebijakan tersebut mencapai sasaran dan tujuannya. Evaluasi diperlukan agar kesalahan-kesalahan awal dapat segera diketahui dan dapat dilakukan tindakan perbaikan, sehingga mengurangi risiko yang lebih besar, memberikan input bagi kebijakan yang akan datang supaya lebih baik, serta melakukan tindakan modifikasi terhadap kebijakan apabila hasil dari evaluasi mengharuskan untuk itu. Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat dan alat kesehatan, serta proses pemberian pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan mutu semua faktor tersebut agar pelayanan kesehatan dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat (Subarsono, 2005).

Menurut Pohan (2017) penilaian mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari sisi:

a. Pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien/masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pasien/masyarakat sering menganggap dimensi efektifitas, akses geografis/jarak, akses Bahasa dan organisasi, hubungan interpersonal, kesinambungan dan kenyamanan, pemberian obat yang sesuai dengan penyakit yang diderita, sebagai dimensi mutu yang sangat penting.

b. Penyelenggara pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi mutakhir atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien dan bagaimana luaran dari hasil pelayanan kesehatan tersebut, sebab penyelenggara pelayanan kesehatan perhatiannya lebih berfokus terhadap dimensi kompetensi teknis, efektifitas dan keamanan.

c. Bagi penyandang dana atau asuransi kesehatan

Menganggap bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, dan pasien diharapkan dapat sembuh dalam waktu sesingkat mungkin, dan penekanan terhadap angka rujukan hingga biaya pelayanan kesehatan akan dapat menjadi efisien.

d. Bagi pemilik sarana kesehatan

Mempunyai persepsi bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai pelayanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif pelayanan yang masih terjangkau oleh pasien/masyarakat yaitu pada tingkat dimana belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

e. Bagi administrator pelayanan kesehatan

Meski secara tidak langsung memberikan pelayanan kesehatan, namun ikut bertanggung jawab dengan cara memusatkan perhatian pada dimensi mutu tertentu atau dapat membantu administrator pelayanan kesehatan menyusun prioritas serta mampu menyediakan kebutuhan dan harapan pasien.

Penilaian kualitas pelayanan kesehatan dirumah sakit banyak dilakukan dengan membuat desain standar kualitas, dimana kualitas perawatan harus diukur dengan konsisten. Penilaian kualitas pelayanan keperawatan juga dapat dilihat dengan cara kepuasan pasien rawat inap dan tanggapan pasien tentang mutu pelayanan keperawatan.

Menurut Donabedian (1981) untuk mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan dapat di ukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu struktur, proses dan *outcomes*.

a. Struktur

Struktur adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan. Karakteristik yang relatif stabil dari penyedia perawatan, alat dan sumber daya yang mereka miliki, pengaturan fisik dan organisasi di mana mereka bekerja. Konsep struktur mencakup sumber daya manusia, fisik, dan keuangan yang diperlukan untuk memberikan perawatan medis. Karakter yang mendasar dari struktur adalah kestabilan penggunaan struktur sebagai ukuran tidak langsung dalam pelayanan kesehatan tergantung pada pengaruhnya dalam pelayanan struktur mempengaruhi secara tidak langsung baik tidaknya pelayanan atau kinerjanya. Struktur memberikan kontribusi baik diinginkan atau tidak dalam pelayanan. Struktur yang dimaksud disini adalah tenaga, dana, obat, sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, dan informasi (Bustami, 2011). Sedangkan standar struktur menurut Kemenkes (2017) antara lain standar fasilitas medik, standar fasilitas non medik, standar SDM, *Health Technology Assesment*, tarif dan Akreditasi. Kaitan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan yaitu dalam hal perencanaan desain dan implementasi dalam sistem pelayanan kesehatan untuk menyediakan berbagai kebutuhan yang diperlukan oleh profesional pemberi asuhan. Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, standar struktur haruslah dapat dipenuhi dengan baik. Struktur mempengaruhi proses yang menghasilkan *outcomes*.

b. Proses

Proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Proses pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang berlangsung di antara praktisi dan pasien. Standar proses akan

menjelaskan apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja (Pohan, 2017). Mutu proses diketahui dari hasil pengamatan langsung atau review dari catatan atau informasi yang merupakan rekonstruksi yang cermat, apa yang kurang lebih terjadi. Kalau proses merupakan obyek utama penilaian, maka dasar penetapan mutu merupakan hubungan antara karakter-karakter dari proses pelayanan medis dan konsekuensinya terhadap kesehatan serta kesejahteraan individu dan masyarakat yang berhubungan dengan nilai-nilai yang berlaku. Menjaga mutu pelayanan kesehatan pada sisi proses pelayanan kesehatan berhubungan secara langsung dengan praktik medis dokter atau paramedis dengan pasien. Sejak anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang lainnya seperti laboratorium, radiologi, diagnosis, terapi, perawatan, dan konsultasi lanjutan serta rujukan apakah telah mengacu pada standar dan prosedur pelayanan medis yang ditetapkan secara profesional. Kepatuhan para profesional pemberi asuhan dalam memberikan pelayanan mengacu kepada standar dan prosedur tersebut, sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien. Setiap tindakan medis/keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses.

c. *Outcomes*

Outcomes adalah hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan dan *outcomes* harus diukur untuk mengetahui apakah input dan proses yang telah dilakukan berhasil atau gagal (Bustami, 2011). Sedangkan menurut McKenna (2016) hasil akhir adalah hasil akhir perawatan, atau perubahan terukur dalam status kesehatan atau perilaku pasien. Ukuran tradisional dari hasil termasuk mortalitas, morbiditas, *readmission* tidak terjadwal, operasi berulang yang tidak terjadwal, dan prosedur rumah sakit yang tidak perlu. Ini kadang-kadang diidentifikasi sebagai hasil perawatan

perantara dan terutama difokuskan pada proses perawatan berbasis rumah sakit. Ukuran hasil tambahan berhubungan dengan kualitas hidup dan mengukur hasil di seluruh rangkaian perawatan (O'Brien, 2018).

Dimulai dari tersedianya input atau struktur yang bermutu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dan adanya proses pelayanan medis sesuai dengan standar atau kepatuhan terhadap standar pelayanan yang baik diharapkan hasil pekerjaan pelayanan medis yang bermutu. Standar keluaran (*outcomes*) ialah hasil layanan kesehatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan standar layanan kesehatan dan ini sangat penting. Hasil pelayanan kesehatan yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula (Iman & Dewi, 2017). Kriteria *outcomes* yang umum digunakan antara lain: 1) kepuasan pasien; 2) pengetahuan pasien; 3) fungsi pasien; 4) indikator kesembuhan, kematian, komplikasi; 5) lama hari rawat 6) keadaan pasien pulang; 7) komplain; 8) selisih tarif; (Pohan, 2017; kemenkes RI, 2017).

4. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). SJSN diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yakni asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efektif dan efisien. Asas keadilan merupakan asas yang bersifat ideal. Ketiga asas tersebut dimaksudkan untuk menjamin kelangsungan program dan hak peserta (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2019).

Menurut Kemenkes RI (2013) SJSN merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi

seluruh rakyat Indonesia. SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun. SJSN diselenggarakan berdasarkan pada 9 (sembilan) prinsip, Yaitu:

- a. Kegotong-royongan; prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.
- b. Nirlaba; prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
- c. Keterbukaan; prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta.
- d. Kehati-hatian; prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.
- e. Akuntabilitas; prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- f. Portabilitas; prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- g. Kepesertaan bersifat wajib; prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap. 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 SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.

- h. Dana amanat; bahwa iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta; bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

5. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN adalah program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial nirlaba BPJS kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Manfaat yang dijamin oleh program JKN berupa pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*) (Putri, 2014).

Kepesertaan JKN menurut kemenkes RI (2013) meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;

- b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri;
 - d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f) Pegawai swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri;
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah;
 - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun;
 - d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan; dan
 - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

5) WNI di luar negeri

Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan perundang-undangan tersendiri.

6. Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)

Menurut Kemenkes RI (2014) sejak 1 Januari 2008 di Indonesia, metode pembayaran pada program Jaminan kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) menggunakan metode prospektif yang dikenal dengan *casemix (Case based payment)*. *Casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, dan pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem pembiayaan prospektif menjadi pilihan karena dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, berlebihan atau *under use*, mempermudah administrasi klaim, serta mendorong provider untuk melakukan *cost containment*.

Saat ini realisasi dari sistem casemix yaitu dalam bentuk tarif *Indonesian-Case Based Groups (INA-CBG's)*. Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Sistem pembiayaan tarif INA-CBG's menggunakan pola pembayaran dengan metode prospektif karena besaran pembayaran atas pelayanan sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan (Kemenkes RI, 2016).

7. Length of Stay (LOS)

Menurut Carter & Potts (2014) *Length of stay (LOS)* adalah istilah yang umum digunakan untuk mengukur durasi satu episode rawat inap. LOS adalah jumlah hari rawat pasien dirawat di rumah sakit sejak masuk hingga keluar. LOS dihitung dengan mengurangi hari masuk dari hari keluar. *Average length of stay (ALOS)* adalah rata-rata lama menginap pasien di rumah sakit. Statistik umum yang terkait dengan lama rawat adalah rata - rata lama rawat (ALOS),

rata-rata dihitung dengan membagi jumlah penerimaan pasien dengan klasifikasi kelompok terkait diagnosis yang sama. Variasi dalam perhitungan ALOS dapat mempertimbangkan LOS selama periode yang dianalisis. Sistem pembayaran prospektif Medicare di Amerika Serikat untuk penggantian biaya perawatan rumah sakit mempromosikan LOS yang lebih pendek dengan membayar jumlah yang sama untuk prosedur, terlepas dari hari-hari yang dihabiskan di rumah sakit.

LOS adalah satu elemen yang digunakan oleh rumah sakit sebagai indikator kinerja untuk menilai atau mengukur kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan yang diterima oleh pasien (Ahmed et al., 2020). Sebagai indikator efisiensi rumah sakit, LOS telah dilihat sebagai indikator yang berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Silva et al., 2014). LOS adalah ukuran penting dari pemanfaatan sumber daya dan meningkatkan hasil kesehatan pasien. LOS merupakan salah satu penentu utama biaya rumah sakit, semakin lama pasien menginap semakin tinggi biaya rumah sakit (Radwan et al., 2021). LOS juga digunakan sebagai metrik kualitas seperti kepuasan pasien dengan profesional kesehatan, pengurangan penerimaan kembali rumah sakit, dan bahkan kematian (Carter & Potts, 2014).

Pasien yang dirawat di rumah sakit sudah ditetapkan standar lama hari rawatnya dan diharapkan dipulangkan sesuai dengan target tersebut (Lingsma et al., 2018). Standar LOS berdasarkan Depkes (2005) yaitu 6-9 hari. Pasien rawat inap yang melebihi standar LOS yang diharapkan memiliki risiko tinggi tertular infeksi terkait perawatan kesehatan (*Healthcare-Associated Infection*) dan dapat mengganggu aliran pasien ke perawatan karena kekurangan tempat tidur (Jia et al., 2019; Radwan et al., 2021). Dampak dari HAI bagi rumah sakit adalah menurunnya kapasitas tempat tidur dan menurunnya pendapatan rumah sakit (Jia et al., 2019). LOS yang lebih rendah dari perkiraan dapat mengakibatkan peningkatan *readmission* (Kaboli et al., 2012). Masa rawat

yang lebih pendek dapat memungkinkan pergantian pasien dan efisiensi perawatan (Roczen, 2016).

8. *Hospital Cost*

Hospital cost dipandang sebagai indikator ekonomi penting dan merupakan salah satu elemen yang esensial bagi rumah sakit sebagai organisasi yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan. Di Indonesia praktis seluruh rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta baik yang bersifat mencari laba maupun nirlaba, harus mencari dana yang memadai untuk membiayai pelayanannya. Oleh karena itu, semua rumah sakit harus mampu menetapkan tarif rumah sakit (Thabrany, 2009).

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima (Kemenkes RI, 2007). Tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Trisnantoro, 2009). Tarif rumah sakit merupakan aspek yang sangat diperlukan oleh rumah sakit pemerintah maupun swasta. Penetapan tarif pelayanan rumah sakit merupakan suatu keharusan dengan menggunakan pendekatan ekonomis dan memperhitungkan kebutuhan biaya untuk menyediakan pelayanan dengan kualitas tertentu (Thabrany, 2009). Secara khusus, biaya rumah sakit yang lebih rendah dapat meningkatkan margin keuntungan rumah sakit (Roczen, 2016).

Kemenkes RI (2015) menyatakan bahwa penetapan tarif rumah sakit harus mengacu pada pola tarif nasional dan pagu tarif maksimal. Pola tarif nasional ditetapkan berdasarkan komponen biaya satuan pembiayaan (*unit cost*) dan memperhatikan kondisi regional. *Unit cost* adalah hasil perhitungan total biaya masing-masing kegiatan yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan mempertimbangkan kontinuitas pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan, serta kompetisi yang sehat.

Menurut Kemenkes RI (2007) biaya adalah daftar harga awal individu yang harus ditetapkan dan dikeluarkan oleh rumah sakit dalam memberikan perawatan untuk beberapa item dari layanan yang disediakan. Daftar internal dari semua biaya antara lain, prosedur, obat-obatan, dan persediaan lainnya. Ini dapat mencakup biaya langsung perawatan pasien seperti perawatan, kamar dan pondokan, obat-obatan, persediaan, dan yang sama pentingnya, biaya tidak langsung seperti biaya *overhead* untuk biaya administrasi termasuk memenuhi persyaratan peraturan federal dan negara bagian, pengendalian infeksi, medis, catatan, pemeliharaan gedung, dan peralatan. Pembayaran adalah jumlah yang sebenarnya diterima rumah sakit untuk memberikan perawatan pasien. Sumber pembayaran utama adalah:

a. Pemerintah misalnya *Medicare*, *Medicaid*, JKN

Dalam praktiknya pemerintah menetapkan dimuka tarif pembayaran tetap untuk perawatan rumah sakit yang diberikan kepada penerima manfaat *Medicare*. Pada realisasi sistem *casemix* program JKN di Indonesia menggunakan metode pembayaran prospektif dengan tarif paket INA-CBG's.

b. Penanggung misalnya perusahaan asuransi swasta

Perusahaan asuransi swasta menetapkan tarif pembayaran mereka melalui negosiasi langsung dengan rumah sakit. Mereka yang memberikan pertanggung sepenuhnya bertanggung jawab untuk menentukan sejauh mana pemegang polis bertanggung jawab untuk membayar sebagian dari perawatan yang mereka terima langsung dari rumah sakit.

c. Pembayaran oleh Pasien.

Adalah pembayaran yang dilakukan pasien langsung ke rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan lainnya.

Adanya penetapan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's maka dapat diketahui bahwa *hospital cost* adalah selisih dari biaya riil hasil pelayanan kesehatan pasien dengan besaran tarif hasil klaim asuransi kesehatan, dengan cara perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Hospital Cost (HC)} = \text{Billing rumah sakit} - \text{Tarif INA-CBG's}$$

Shen (2016) menyatakan bahwa *hospital cost* dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor terkait pasien yaitu jenis penyakit dan faktor sosio-demografis, faktor terkait rumah sakit yaitu motivasi dokter, kompetensi dokter, dan faktor pasar yaitu sistem perawatan kesehatan, sumber daya. Ketika pembuat kebijakan menerapkan kebijakan yang membatasi biaya yang dihasilkan oleh penyedia layanan kesehatan untuk menahan pengeluaran perawatan kesehatan, melibatkan pasien untuk meningkatkan hasil dan mengurangi pemborosan sumber daya medis sama pentingnya dalam menahan kenaikan biaya secara efisien. Sementara penyedia layanan kesehatan harus bertanggung jawab untuk memberikan perawatan berkualitas baik dan meminimalkan limbah medis, baik penyedia maupun pasien harus mempraktikkan pembatasan biaya untuk memastikan keberlanjutan program dalam jangka panjang.

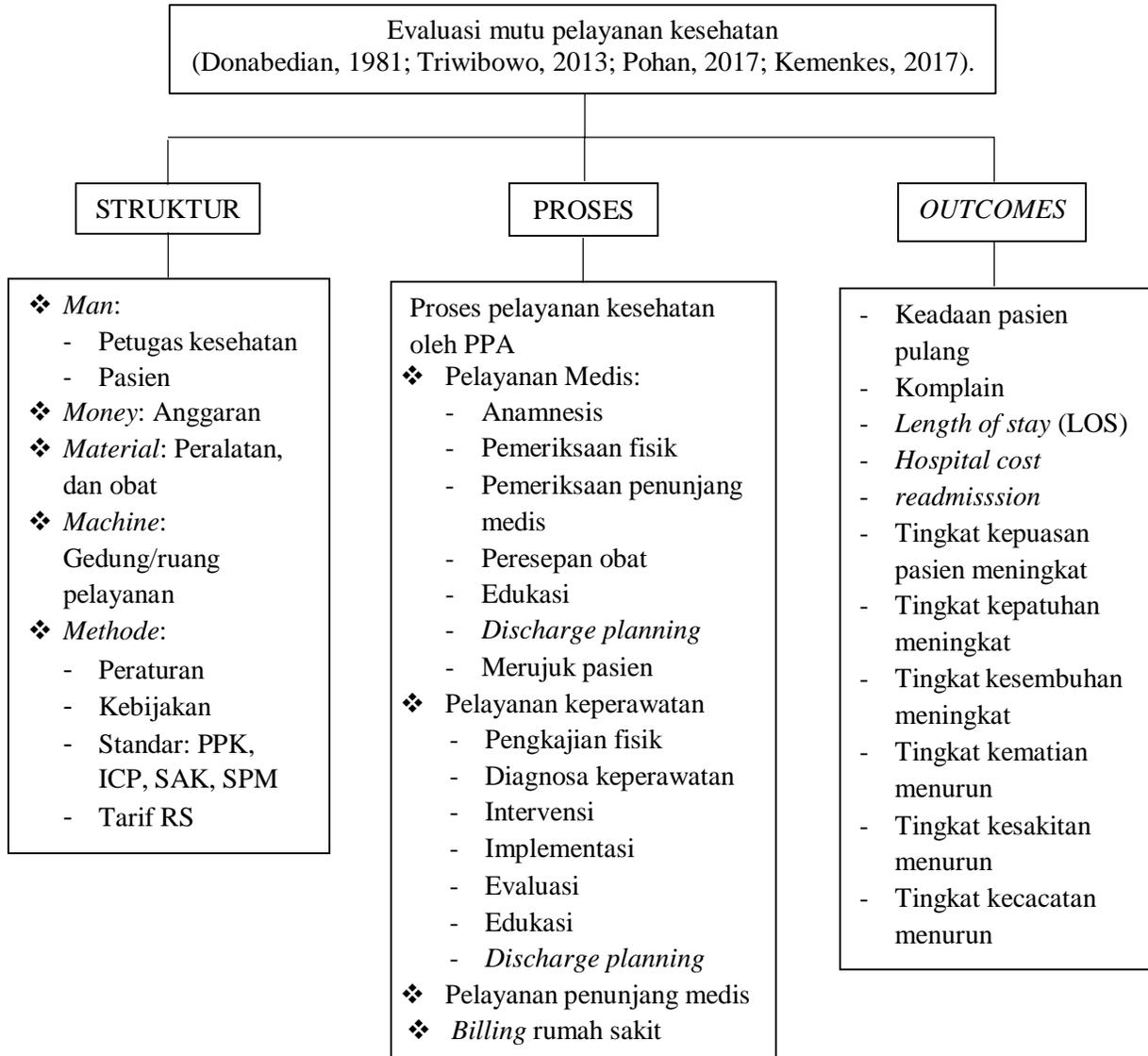
9. Readmission

Readmission adalah kejadian pasien masuk kembali <30 hari setelah keluar dari rumah sakit. Medicare mendefinisikan, periode *readmission* < 30 hari yaitu masuk rumah sakit kembali pada rumah sakit yang sama dan rumah sakit yang berbeda (*Centers for Medicare and Medicaid Services, 2020*). *Readmission* semakin banyak digunakan sebagai ukuran hasil dalam penelitian layanan kesehatan dan sebagai tolok ukur kualitas untuk sistem kesehatan. Umumnya, tingkat *readmission* yang lebih tinggi menunjukkan ketidakefektifan pengobatan selama rawat inap sebelumnya. *Readmission* setelah keluar dari rumah sakit adalah kejadian umum dan mengakibatkan

beban keuangan bagi sistem pelayanan kesehatan. Masuk kembali setelah rawat inap adalah ukuran hasil yang umum. *Readmission* mahal dan seringkali dapat dicegah. Hampir 60% rawat inap kembali di rumah sakit dapat dicegah (Yam, 2010). Prediktor yang terkait dengan *readmission* dapat dihindari termasuk yang terkait dengan perilaku pasien, sosial, sistem, dan klinis. Di Amerika Serikat kejadian readmisi yang dapat dicegah menghasilkan penghematan 12 miliar \$ (Medicare Payment Advisory Commission, 2008).

Readmission di rumah sakit dapat dicegah atau dikurangi dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhinya. Kejadian readmisi merupakan beban yang sangat berat bagi pasien, sistem pelayanan kesehatan dan beban keuangan bagi pemberi layanan maupun penyandang dana atau asuransi kesehatan (Van et al., 2010). *Readmission* di rumah sakit tidak hanya memberikan tambahan beban biaya pada sistem perawatan kesehatan tetapi juga berdampak pada hasil kesehatan pasien (Al Yahya et al., 2016). Tingkat penerimaan kembali rumah sakit secara resmi dimasukkan dalam keputusan penggantian untuk *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) sebagai bagian dari *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) tahun 2010, yang menghukum sistem kesehatan dengan tingkat penerimaan kembali yang lebih tinggi dari yang diharapkan melalui program Pengurangan Penerimaan Kembali Rumah Sakit. Dengan adanya program tersebut oleh CMS, beberapa negara telah memprioritaskan upaya pencegahan *readmission* dan melakukan audit secara ketat dengan memberikan insentif kepada penyedia layanan yang kinerjanya baik, sebaliknya memberlakukan denda bagi rumah sakit dengan tingkat *readmission tertinggi* (Thomas, 2018).

C. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori