

TESIS

**EVALUASI PENYEBAB PERBEDAAN LENGTH OF STAY, THIRTY
DAYS-HOSPITAL READMISSION DAN HOSPITAL COST PADA
5 DIAGNOSA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT HAJI MAKASSAR**



MUHAMMAD HISYAM

NIM: R012172011

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

**EVALUASI PENYEBAB PERBEDAAN LENGTH OF STAY, THIRTY DAYS-
HOSPITAL READMISSION DAN HOSPITAL COST PADA 5
DIAGNOSA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT HAJI MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD HISYAM
Nomor Pokok: R012172011

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 11 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Rini Rachmawaty, S.Kep.Ns.,MN.,Ph.D.
NIP. 19800717200812 2 003


Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP.19770421200912 1 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Prof. Dr. Ely L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP.19740422 199903 2002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Dr. Aniyanti Safah, S.Kp.,M.Si
NIP.19680421 200112 2 002

**EVALUASI PENYEBAB PERBEDAAN LENGTH OF STAY, THIRTY
DAYS-HOSPITAL READMISSION DAN HOSPITAL COST PADA
5 DIAGNOSA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT HAJI MAKASSAR**

Sebagai salah satu Syarat untuk mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Disusun dan diajukan Oleh



**(MUHAMMAD HISYAM)
R012172011**

Kepada

s

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Muhammad Hisyam

NIM : R012172011

Program Studi: Magister Ilmu Keperawatan

Jenjang : S2

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Judul : Evaluasi Penyebab Perbedaan Length Of Stay, Thirty Days-
Hospital Readmission Dan Hospital Cost Pada 5 Diagnosa
Pasien BPJS Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji
Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di perguruan tinggi lainnya. 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 dengan peraturan yang berlaku di universitas Hadanuddin.

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

Makassar, 11 Febuari 2022

Yang menyatakan,



Muhammad Hisyam

ATA PENGANTAR



Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Segala Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat-Nya berupa nikmat kesehatan jasmani dan rohani serta nikmat akal pikiran yang tak terhingga, sehingga dengan petunjuknya melalui pembimbing penulis mampu menyusun Hasil tesis yang berjudul “Evaluasi penyebab perbedaan Length of stay, Thirty days-Hospital Readmission dan Hospital Cost pada 5 Diagnosa Pasien BPJS di ruang rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar” sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sebagai ungkapan rasa syukur, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns., MN.,Ph.D sebagai pembimbing I, dan Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan mulai proses penentuan topik hingga tersusun Hasil tesis. Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada keluarga, teman sejawat dan instansi yang terlibat dalam studi pendahuluan Hasil tesis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan seminar Hasil tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Olehnya, penulis mengharapkan masukan berupa saran dan kritikan yang sifatnya membangun guna penyempurnaan Hasil tesis ini. penulis berharap semoga Hasil tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, 11 Febuari 2022

Penulis

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hisyam' with a stylized flourish.

Muhammad Hisyam

DAFTAR ISI

Lembar Judul	i
Lembar Pengesahan Ujian Hasil	ii
Pernyataan Keaslian Tesis.....	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi.....	v
Daftar Skema.....	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Singkatan.....	viii
Abstrak	ix
Abstract	x
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	9
D. Originalitas Penelitian	9
E. Ruang Lingkup	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Algoritma Pencarian	11
B. Tinjauan Literatur	12
1. Konsep Length Of Stay (LOS)	12
2. Konsep Thirty Days-Hospital Readmission	17
3. Konsep Hospital Cost	27
4. Hubungan mutu pelayanan rumah sakit terhadap Length Of Stay (LOS), Thirty days-Hospital Readmission dan Hospital cost.....	31
5. Evaluasi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	35
C. Kerangka Teori	37
BAB III. KERANGKA KONSEPTUAL.....	38
A. Kerangka Konseptual Penelitian.....	38

BAB IV. METODE PENELITIAN	39
A. Desain Penelitian	39
B. Tempat dan waktu penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel.....	40
D. Instrument, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data	41
E. Analisis Data.....	43
F. Etika Penelitian	45
G. Alur Penelitian	47
BAB V. HASIL PENELITIAN	48
BAB VI. PEMBAHASAN.....	57
A. Diskusi	57
B. Implikasi Keperawatan	65
C. Keterbatasan penelitian.....	66
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	67
A. Kesimpulan	67
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	69

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Kerangka Teori	37
Bagan 2. Kerangka Konsep.....	38
Bagan 3. Alur Penelitian	47

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Pehitungan Total LOS Diskusi	14
Tabel 2. Perhitungan Total AvLOS	15
Tabel 3. Rencana Kegiatan	39
Tabel 4. Karakteristik Responden	48

ABSTRAK

MUHAMMAD HISYAM. Evaluasi Penyebab Perbedaan Length Of Stay, Thirty Days-Hospital Readmission Dan Hospital Cost Pada Lima Diagnosa Pasien Bpjs Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar: Riset original (dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Takdir Tahir).

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi faktor penyebab Perbedaan Length Of Stay, Thirty Days-Hospital Readmission Dan Hospital Cost Pada lima Diagnosa Pasien Bpjs Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassa.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif karena berupaya mencari jawaban tentang gambaran suatu keadaan secara objektif terhadap faktor penyebab perbedaan length of stay, Thirty Days-Hospital Readmission, dan Hospital cost pada lima diagnose penyakit high volume, high risk dan high cost.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat tiga tema ,yakni (1) faktor penyebab length of stay; (2) Thirty Days-Hospital Readmission ; (3) hospital cost dan (4) Kurangnya evaluasi terhadap peningkatan kasus Length of Stay, Thirty days-Hospital Readmission yang memberikan dampak perbedaan pembiayaan rumah sakit dan pembayaran BPJS yang bersifat Prospektif

. Length of stay disebabkan oleh komplikasi pasien dan jenis penyakit, sedangkan Thirty Days-Hospital Readmission di sebabakan oleh jenis penyakit dan implementasi discarplening yang tidak maksimal. Sementara hospital cost disebabkan oleh length of stay, dan penggunaan bahan habis pakai (BHP), pemakaian obat-obatan.

Kata kunci: evaluasi, faktor penyebab, length of stay, readmission, hospital cost

ABSTRACT

MUHAMMAD HISYAM. Evaluation of the Causes of Differences in Length of Stay, Thirty Days-Hospital Readmission and Hospital Costs in on 5 BPJS patients Diagnosis in the Inpatient Room of Haji Makassar Hospital: Original research (supervised by **Rini Rachmawaty and Takdir Tahir**).

This aim of this study is to evaluate the factors that cause differences in length of stay, third-day hospital Readmission and hospital costs with 5 diagnoses in BPJS patient in the inpatient room of Haji Makassa Hospital.

This study used qualitative approach with a Descriptive Design with the aim of approaching the problem and finding answer about an objective picture of the factors that cause differences in length of stay, Thirty Days-Hospital Readmission, and Hospital cost on five diagnoses of high-volume, high- risk and high cost.

The study results in three themes, namely: (1) the factors causing the length of stay (LOS); (2) Thirty Days-Hospital Readmission; and (3) hospital costs (4) Lack of evaluation of the increase in cases of Length of Stay, Thirty days-Hospital Readmission which has an impact on differences in hospital financing and prospective BPJS payments. LOS is caused by patient complications, patient Age and Type of Disease, while the Thirty Days-Hospital Readmission are caused by the type of disease and the implementation of discarpkening that has not been optimal. Mean while, hospital costs are caused by the length of stay, and the use of consumables (BHP), the use of drugs.

Keywords: Evaluation, Causal Factors, Length of Stay, Readmission, Hospital cost.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sistem kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) merupakan sebuah kegiatan yang bertujuan dalam mempromosikan, memulihkan, atau menjaga kesehatan (WHO,2010). Sistem kesehatan adalah istilah yang mencakup pribadi, lembaga, pembiayaan, informasi, komoditas dan strategi tata kelola pemerintah dalam memberikan pelayanan, pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat dengan tujuan dapat menjawab kebutuhan serta harapan yang dimiliki masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan yang adil dan merata (Putri, 2019).

Sistem kesehatan sangatlah penting dalam upaya tercapainya *Millennium Development Goals* (MDGs). Pada tahun 2005 sejak resolusi majelis kesehatan dunia *World Health Assembly* (WHA) yang di hadiri 188 negara melakukan konsesus yang di pimpin langsung oleh WHO dalam melakukan upaya internasional untuk mencapai cakupan *Universal Health Coverage* (UHC) (Yates, 2010). Pada tahun 2015, semua negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mengadopsi tujuh belas *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang akan dicapai pada tahun 2030 (Sekar Panuluh & Fitri, 2015).

SDG tersebut secara khusus berkaitan dengan kesehatan yang mencakup target mencapai cakupan UHC. Target tersebut termasuk perlindungan risiko finansial, akses kelayanan perawatan kesehatan esensial yang berkualitas, akses ke obat-obatan, vaksin esensial yang aman, efektif serta berkualitas dan terjangkau untuk semua (McCormick et al., 2020). Target SGD juga agar

kebutuhan dan harapan yang dimiliki masyarakat dalam pemenuhan kesehatan serta memastikan kehidupan yang sehat, meningkatkan kesejahteraan untuk semua usia (Kieny et al., 2017), semua individu dan masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif yang adil dan merata (Docrat et al., 2020) serta memastikan bahwa mereka tidak mengalami kesulitan keuangan yang terkait dengan pembiayaan atau pembayaran untuk layanan-layanan kesehatan (Boerma et al., 2014).

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan terus mengupayakan cakupan UHC. Langkah yang dilakukan dengan membangun infrastruktur, kualitas tenaga medis, akses serta proses pelayanan kesehatan dan perilaku profesional pada penyediaan layanan kesehatan (S. Hasan & Putra, 2018). Pemerintah juga menjamin seluruh masyarakat mempunyai akses untuk kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan efektif dengan menegakkan tiga pilar utama yaitu: penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Permenkes, 2018). Pilar tersebut memuat harapan agar penduduk Indonesia memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan melalui sistem JKN yang bertujuan memberikan kepastian jaminan lebih menyeluruh dan terpadu bagi setiap lapisan masyarakat agar hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Wati et al., 2019).

JKN dikelola oleh lembaga organisasi yang menghimpun jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan yang disebut Badan Pengelola Jaminan Kesehatan (BPJS). BPJS yang nantinya akan mengelola pembayaran dari JKN tersebut. Sistem pembayaran JKN kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut

(Rumah Sakit) dikenal dengan istilah *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs). Metode perhitungan besaran pembayaran oleh rumah sakit kepada BPJS tersebut dilakukan berdasarkan diagnosis atau jenis penyakit yang di alami oleh peserta BPJS dalam menerima pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2014).

Sistem pembayaran INA-CBGs dilakukan melalui metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran prospektif adalah sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam jumlah yang telah ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Metode prospektif diharapkan mampu dalam mengendalikan biaya kesehatan serta mendorong pelayanan kesehatan agar senantiasa memiliki mutu sesuai standar. Kenyataannya berbagai dampak muncul selama diterapkannya metode pembayaran prospektif tersebut. Salah satu dampak yang muncul adalah penurunan kelas rumah sakit yang berakibat pada menurunnya *income* rumah sakit. Dampak yang muncul juga pada pelayanan DPJP yang berakibat pada pengurangan pelayanan spesialisik DPJP (Bausat, 2014).

Dalam penerapan metode pembayaran prospektif juga berdampak pada tingkatan rumah sakit. Dampak yang terjadi yaitu pada paket pembayaran akan berbeda terhadap setiap kelas rumah sakit dan hal tersebut menjadi faktor masalah dalam pelayanan berjenjang. Salah satu contoh yaitu saat terjadi rujukan parsial dari rumah sakit dengan tingkatan berbeda, hal ini akan menjadi masalah pada saat pembayaran paket jasa pelayanan. Dampak lain juga diungkapkan oleh penelitian Yuniarti et al.,(2015) yaitu terdapat selisih biaya

perawatan dan pengobatan penyakit diabetes mellitus pasien JKN antara tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs yang kemudian berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. Hal lain juga diungkapkan Sugiarsih, (2017) yang menemukan bahwa peningkatan morbiditas serta mortalitas penyakit dan lama hari rawat pasien yang panjang yang juga terkadang menimbulkan berbagai resiko seperti munculnya infeksi nasokomial yang dapat meningkatkan lama rawat inap (*Length Of Stay*).

Length Of Stay merupakan salah satu indikator terpenting untuk mengevaluasi manajemen Rumah sakit, hal tersebut dikarenakan berpotensi berkaitan dengan hasil pasien dan biaya rumah sakit (*hospital cost*) (Takaku & Yamaoka, 2018). *Length of stay* ini mempengaruhi perbedaan tarif riel dengan tarif paket INA-CBG's. Perbedaan tersebut terjadi karena lama dirawat pada tarif riel dihitung perhari sehingga semakin lama pasien dirawat maka semakin besar pula biaya yang dikeluarkan. Sedangkan pada INA-CBG's lama hari rawat sudah di tentukan standarnya sehingga meski pasien dirawat lama, tarifnya akan tetap sesuai kode diangnosa dan kode prosedur INA-CBG's (Wijayanti & Sugiarsi, 2013). Hal tersebut sejalan dengan penelitian pada Handayani & Pratiwi (2018) yang menyatakan bahwa prosedur operasi dan operasi sesar berpotensi meningkatkan *length of stay* yang seharusnya didasarkan semata pada indikasi medis namun ikut dipengaruhi oleh faktor non medis lainnya. Hal serupa juga diungkapkan Amiman et al., (2016) yang menemukan bahwa pada penyakit stroke menunjukkan persentase jumlah pasien stroke iskemik 58,02% dengan LOS 6,84 hari dan persentase jumlah pasien stroke hemoragik 41,98% dengan LOS 10,64 hari.

Selain *Length Of Stay* kasus penerimaan kembali (*Readmission*) juga memberi beban pada *hospital cost* atau peningkatan pembiayaan pelayanan kesehatan yang berdampak pada kerugian finansial di rumah sakit (Tartari & Fankhauser., 2019). Hal tersebut diungkapkan pada penelitian Atmiroseva & Nurwahyuni (2017) yang menemukan bahwa sebanyak 8,81% kejadian *Readmission* dialami 13 rumah sakit mitra BPJS di kota Sukabumi pada tahun 2015 dengan biaya pelayanan rawat inap dengan kasus *Readmission* mencapai 104-113% dari biaya perawatan yang ditentukan, selain itu sekitar 15-16% kasus *Readmission* dengan peningkatan *length of stay* terjadi karena keparahan penyakit yang meningkat. Hasil penelitian Fika (2017) juga menemukan bahwa *Cost Recovery Rate* untuk pasien rawat inap BPJS adalah 83,20 % yang artinya pendapatan dari pasien rawat inap peserta BPJS belum sepenuhnya mampu menutupi biaya operasional rawat inap peserta BPJS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kejadian *Readmission* dan LOS yang memanjang dapat mengakibatkan beban pembiayaan pada pasien dan rumah sakit, hal ini perlu disoroti agar dapat dipastikan bahwa pasien mendapat pelayanan yang bermutu sesuai harapan dan berdasarkan JKN yang terkait dalam INA CBG's .

Berdasarkan hasil data kunjungan dari analisa data INA CBG's pada triwulan pertama di bulan januari sampai bulan Maret Di Rumah Sakit Haji Makassar di Tahun 2019. Jumlah admisi atau kunjungan pasien BPJS sebanyak 2.406 pasien. . Dengan distribusi penyakit yang memberikan dampak pengeluaran biaya pelayanan yaitu Pada persalinan vaginal ringan jumlah admisi sebanyak 124 orang dengan selisih tariff INA CBG's sebesar 34.829.000 dan tarif rumah sakit sebesar 78.557.435 dan hospital cost dengan

selisih biaya kerugian 43.728.435. Operasi pembedahan caesar jumlah admisi 37 dengan selisih tarif INA CBG's sebesar 195.004.300 dan tariff rumah sakit sebesar 308.619.613 dan hospital cost atau selisih biaya kerugian mencapai 113.615.313. Penyakit infeksi bakteri dan parasit jumlah admisi 32 dengan selisih tarif INA CBG's sebesar 92.729.600 dan tariff rumah sakit sebesar 115.729.677 dan Hospital cost dengan selisih biaya kerugian 23.000.077. Gangguan sistem pencernaan jumlah admisinya 20 dengan selisih tarif INA CBG's sebesar 34.829.000 dan tarif rumah sakit sebesar 78.557.435 dan hospital cost dengan selisih biaya kerugian 43.728.435. Prosedur hernia inguinal dan femoral jumlah admisi 15 dengan selisih tarif INA CBG's sebesar 86.288.000 dan tarif rumah sakit sebesar 104.633030 dan hospital cost dengan selisih biaya kerugian 18.345.030. Lima penyakit tersebut memberikan dampak pengeluaran biaya perawatan terhadap rumah sakit jika di lihat dari distribusi penyakit berdasarkan data INA CBGs.

Hasil analisa data INA CBG's di ruang rawat Inap pada triwulan pertama di bulan januari sampai bulan Maret Di Rumah Sakit Haji Makassar di Tahun 2019 juga menemukan kasus *Readmission*. Terdapat 152 kejadian *Readmission* dengan lima diagnosa kasus penyakit terbanyak yaitu infeksi bakteri dan parasite, penyakit paru obstruktif kronis, gangguan sistem pencernaan, nyeri abdomen & gastroenteritis, peradangan dan infeksi pernafasan dan kegagalan jantung. Jumlah *Readmission* yang terjadi yaitu pada infeksi bakteri dan parasit dengan 17 *Readmission*, penyakit paru obstruktif kronis 13 *Readmission*, gangguan sistem pencernaan 10 *Readmission*, nyeri abdomen & gastroenteritis

10 Readmission, peradangan dan infeksi pernafasan 8 *Readmission*, kegagalan jantung 8 *Readmission*.

Menuntut (Firmada, 2007) untuk mengefisiensi biaya manajemen pelayanan rumah sakit perlu mengoptimalkan pengelolaan keuangan penghitungan biaya pelayanan (*Cost of Care*) berdasarkan perhitungan unit cost yang dimiliki rumah sakit, dengan tujuan akhir adalah menerapkan sistem kendali mutu dan kendali biaya termasuk menerapkan iuran biaya untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan dan terjadinya *Readmission* pada pasien (Rusady, 2016). Oleh sebab itu di butuhkan sistim informasi manajemen Rumah sakit, sebagai kontrol internal untuk evaluasi dan juga pengambilan keputusan terkait *casemix* yang di sebabkan karna kasus rata-rata lama hari rawat dan kasus penerimaan kembali pasien atau *Readmission* atas peningkatan biaya yang melebihi standar paket biaya yang telah ditentukan (Bausat, 2014). Dari latar belakang tersebut diatas maka peneliti ingin melakukan evaluasi faktor penyebab perbedaan *length of stay*, *thirty days-hospital readmission* dan *hospital cost* dengan 5 diagnosa teratas pada pasien BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Makassar.

B. RUMUSAN MASALAH

Sistem kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) merupakan sebuah kegiatan yang bertujuan dalam mempromosikan, memulihkan, atau menjaga kesehatan (WHO,2010). Sistem kesehatan sangatlah penting dalam upaya tercapainya *Millennium Development Goals* (MDGs) khususnya pada *Universal Health Coverage* (UHC) dengan jalan menetapkan tujuh belas *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Yates, 2010).

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan terus mengupayakan cakupan UHC dengan cara penyediaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS (S. Hasan & Putra, 2018). BPJS bertugas mengelola pembayaran JKN tersebut dengan Sistem pembayaran *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) (Menteri Kesehatan RI, 2014). Sistem pembayaran INA-CBGs dilakukan melalui metode pembayaran prospektif namun dalam pelaksanaannya memiliki banyak masalah seperti menurunnya *income* rumah sakit dan terjadi pengurangan pelayanan spesialisik DPJP (Bausat, 2014).

Hal yang mengakibatkan penurunan *income* rumah sakit antara lain karena *Length Of Stay*, *Thirty days-Hospital Readmission* dan *hospital cost* (Takaku & Yamaoka, 2018) (Tartari & Fankhauser., 2019). Dari fenomena tersebut, memunculkan pertanyaan penelitian tentang bagaimanakah Evaluasi Faktor penyebab perbedaan *length of stay, thirty days-hospital readmission dan hospital cost* dengan 5 diagnosa pada Pasien BPJS di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Melakukan Evaluasi Faktor penyebab perbedaan *Length of Stay*, *Thirty days Hospital Readmission* dan *Hospital Cost* dengan 5 diagnosa pada Pasien BPJS di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar?

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi penyebab perbedaan *Length of Stay* (LOS) pada pasien dengan 5 Diagnosa pada pasien BPJS di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar
- b. Mengidentifikasi penyebab *Thirty days Hospital Readmission* pada pasien dengan 5 Diagnosa pada pasien BPJS di Ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Makassar
- c. Mengidentifikasi penyebab *Hospital Cost* pada pasien dengan 5 Diagnosa pada pasien BPJS di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Makassar.

D. ORIGINALITAS PENELITIAN

Rumah sakit di Indonesia saat ini telah menerapkan monitoring tentang penatalaksanaan, termasuk evaluasi pelaksanaan didapatkan sebagian besar rumah sakit telah mempunyai standar tetapi belum berperan aktif secara optimal dalam kendali mutu dan kendali biaya (Rezkiki et al., 2018) Penelitian lain menyatakan bahwa masalah yang sering ditemukan dalam implementasi sistem pembiayaan INA-CBG's adalah perbedaan antara biaya riil dan tingkat paket INA-CBG's untuk pasien BPJS, terutama pada instalasi Rawat Inap (Sari et al., 2013). Disisi lain penerapan metode INA-CBGs mengharuskan rumah sakit untuk melakukan pengendalian kualitas dan pengendalian biaya agar lebih efisien tanpa mengurangi kualitas layanan (Atmiroseva & Nurwahyuni, 2017), Berbagai studi yang telah dilakukan tersebut adalah untuk mengetahui perbandingan antara biaya riil rumah sakit dan INA-CBG's. namun, belum ada penelitian yang mengevaluasi faktor penyebab perbedaan

Length of Stay Thirty days-Hospital Readmission,dan Hospital Cost dengan diagnosa yang sama pada pasien atau peserta BPJS di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit berdasarkan identifikasi data E-klaim BPJS yang merupakan hasil pelayanan di rumah sakit. Hal- hal yang berkaitan dengan pelayanan sudah banyak di lakukan namun penelitian mengespor kerugian rumah sakit dari data INA-CBGs belum ada.

E. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1. Penelitian ini di laksanakan di unit pelayanan Rumah Sakit Haji Makassar
2. Penelitian ini membahas evaluasi faktor penyebab terjadinya Length Of Stay, Thirty days-Hospital readmission, dan Hospital cost di Ruang Rawat Inap Rumah sakit Haji Makassar.

BAB II

TINJAUAN TEORI

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 *Thirty Days-Hospital Readmission and Length of Stay and Hospital Cost*. 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 jaminan kesehatan nasional, hasil kesehatan pasien, lama hari rawat dan biaya rumah sakit. 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 33, 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. Konsep Length Of Stay (LOS)

a. Defenisi

Length of stay (LOS) adalah jumlah lama hari rawat pasien yang ditunjukkan dalam catatan di rumah sakit yaitu khusus jumlah hari dari tanggal masuknya klien (*admission*) hingga tanggal kepulangan klien (*discharge*) (Health, 2015). *Length of Stay* (LOS) atau lama rawat merupakan jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit, mulai hari masuk sampai dengan harikeluar atau pulang dan LOS di gunakan rumah sakit sebagai indicator pelayanan (Hosizah & Maryati, 2018).

b. Perhitungan *Length of stay* (LOS)

Length of stay (LOS) atau lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (*quality of patient care*). LOS menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada suatu periode perawatan. Satuan lama hari rawat adalah hari. Cara menghitung lama hari rawat ialah dengan menghitung selisih antara tanggal kepulangan (keluar dari rumah sakit, baik hidup atau meninggal) dengan tanggal masuk ke rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, lama rawatnya dihitung 1 hari. Sedangkan angka rerata lama rawat ini dikenal dengan istilah *average Length of Stay* (aLOS) (Lubis & Susilawati, 2017).

$$\text{RUMUS: LOS} = \text{Tanggal Keluar} - \text{Tanggal Masuk}$$

Keterangan: Perhitungan tanggal masuk atau tambahkan hari berikutnya jika terjadi pada bulan yang berbeda.

Data LOS digunakan dalam pelaporan keuangan, misalnya untuk membandingkan pasien dengan kelompok diagnosis dalam INA-CBGs. INA-CBG's (Indonesia Case Based Groups) adalah sistem pembayaran prospektif yang digunakan BPJS Kesehatan dengan mengenali tingkat keparahan penyakit, penggunaan sumber daya, dan kompleksitas pasien melalui kelompok diagnosis dan lama rawat. Kompleksitas pasien mengacu pada karakteristik yang dimiliki pasien, termasuk masalah fisik, mental, sosial, dan keuangan, yang akan menentukan bagaimana dokter akan merawat pasien. Kompleksitas pasien membutuhkan lebih banyak waktu dan sumber daya termasuk laboratorium, sinar-x, dan obat-obatan. Pasien yang memiliki karakteristik klinis dan biaya serupa diberikan kode INA-CBGs sama yang dikaitkan dengan jumlah pembayaran tetap. LOS dapat dibandingkan pada semua fasilitas pelayanan kesehatan untuk menentukan apakah terdapat nilai ekstrim atau outlier. Data LOS pasien dengan diagnosis dan prosedur atau tindakan yang sama dirawat oleh berbagai dokter, hal ini dapat dievaluasi sebagai bahan perbandingan. Misalnya, perbedaan LOS diagnosis tertentu antar dokter merupakan indikasi berbagai jenis pengobatan pada kondisi yang sama oleh dokter yang berbeda.

1) Total Length of Stay

Total lama rawat atau total length of stay (TLOS) adalah jumlah keseluruhan lama rawat dari sekelompok lama rawat pasien pulang pada waktu tertentu. TLOS dapat digunakan untuk menghitung rata-rata lama hari perawatan (Hosizah & Maryati, 018).

Contoh : Perhitungan Total LOS

Tabel 1. Perhitungan Total LOS

Nama	Usia	Layanan	Tanggal masuk	Tanggal pulang	LOS(Hari)
A	30	Bedah	5 Januari	12 Januari	7 hari
B	35	Umum	8 Januari	16 hari	8 hari

2) Average Length of Stay

Average length of stay (ALOS) adalah rata-rata lama menginap atau rata-rata jumlah hari selama klien dirawat di rumah sakit. ALOS diukur dengan membagi jumlah total hari perawatan oleh semua klien yang ada dirawat inap selama satu tahun dengan jumlah penerimaan atau pemulangan, mencakup semua kasus rawat inap (OECD/European Union, 2016). Perkembangan teknologi medis, perubahan praktik medis, peningkatan kunjungan pasien rawat jalan, tekanan efisiensi finansial pada fasilitas kesehatan, dan perubahan jenis perawatan yang diberikan berkontribusi dalam penurunan AvLOS .

Average length of stay (ALOS) dapat menjadi indikator efisiensi dalam mengurangi biaya rawat apabila lama rawatnya lebih pendek. Semakin tinggi ALOS dapat diartikan sebagai rendahnya pelayanan kesehatan di unit rawat inap atau tidak

efisiennya pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebaliknya, semakin berkurang ALOS menunjukkan peningkatan mutu dan efisiensi pelayanan yang diberikan yang akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap kebutuhan jasa layanan kesehatan (Asmawati & Elly, 2016).

Rata-rata lama rawat atau Average Length of Stay (AvLOS atau ALOS) adalah rata-rata lama rawat dari pasien keluar (H+M) pada periode tertentu (Hosizah & Maryati, 2018).

Adapun rumus AvLOS sebagai berikut :

$$\text{AvLOS} = \frac{\text{Total Lama Rawat (Total LOS)}}{\text{Total Pasien Keluar (H+M)}}$$

Contoh :Perhitungan Total AvLOS

Tabel 2. Perhitungan Total AvLOS

Nama	Usia	Layanan	Tanggal masuk	Tanggal pulang	LOS (Hari)
A	30	Bedah	5 januari	12 januari	7 hari
B	35	Umum	8 januari	16 hari	8 hari
G	40	Bedah	10 januari	16 hari	6 hari
H	45	Bedah	13 hari	20 hari	7 hari
Total LOS					28

$$\begin{aligned} \text{AvLOS} &= \frac{28}{4} \\ &= 7 \text{ hari} \end{aligned}$$

Dalam beberapa kasus tidak cukup hanya mencatat tanggal masuk dan keluar saja, tapi juga butuh mencatat jam pasien tersebut masuk perawatan dan keluar perawatan, terutama jika pasien tersebut keluar dalam keadaan meninggal. Lama hari rawat ini berkaitan dengan indikator penilaian efisiensi pengelolaan rumah sakit bersama dengan tiga indikator lainnya yaitu lamanya

rata-rata tempat tidur tidak terisi (*Turn Over Interval*), presentase tempat tidur yang terisi atau presentase tingkat hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*), dan pasien yang dirawat keluar dalam keadaan hidup dan mati per tempat tidur yang tersedia dalam periode tertentu (*Bed Turn Over*). Cara untuk menghitung LOS dan ALOS adalah sebagai berikut (Health, 2015): Sebelum dilakukan perhitungan ALOS, harus diperoleh lebih awal data dari jumlah klien yang keluar rumah sakit baik hidup ataupun meninggal dalam periode tertentu. Data ini didapatkan melalui catatan harian klien yang keluar atau masuk rumah sakit dan mencakup lama hari rawat inap dari setiap klien (Robinson & Brown, 2014).

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Memanjangnya LOS

Peningkatan morbiditas dan mortalitas, peningkatan lama rawat inap dan kualitas hidup yang lebih buruk terhadap peningkatan lama hari rawat pasien di akibatkan oleh komorbiditas dari berbagai faktor penyebab (Raths et al., 2018). Diantaranya ada beberapa faktor dari beberapa penelitian :

- 1) Jenis penyakit
- 2) Tingkat Keparahan penyakit
- 3) Usia
- 4) Diagnosa sekunder
- 5) Tindakan Medis

d. Dampak Memanjangnya LOS terhadap rumah sakit

Dampak dari berbagai aspek memanjangnya LOS seperti dalam bentuk medis dan ekonomi yang dapat memberikan kerugian baik untuk rumah sakit maupun pasien. Akibat yang dirasakan pasien salah satunya berupa infeksi nosokomial, semakin lama pasien di rawat, maka semakin tinggi resiko terjadinya infeksi nosokomial. Selain itu, tingginya ekonomi merupakan aspek biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien yang disebabkan karena adanya infeksi nosokomial (Arefian et al., 2019). Akibat lain yang dialami rumah sakit berupa kualitas, efisiensi dan keuangan rumah sakit itu sendiri (Dewi et al, 2009) dalam (Rosita & Tanastasya,2019). Data LOS digunakan sebagai pelaporan keuangan, misalnya dalam membandingkan pasien dengan kelompok diagnosis dalam *Indonesian Case Base Group's* INA-CBGs (Hosizah & Maryati, 2018).

2. Konsep Thirty Days-Hospital Readmission

a. Defenisi

Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) dan *Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE)* menyatakan bahwa *Readmission* merupakan diterimanya kembali pasien di rumah sakit sebagai perawatan akut dalam waktu 30 hari setelah sebelumnya di rawat inap di rumah sakit yang sama atau berbeda baik dengan diagnosa yang sama maupun berbeda (Horwitz et al., 2011). Menurut National Quality Forum America disebutkan terjadinya kunjungan atas pasien

dengan kondisi gangguan pada kesehatannya selama periode ≤ 30 hari dari rawat inap sebelumnya. Batasan Readmission dimaksud atas seorang pasien dan mendapatkan perawatan di rumah sakit yang sama ataupun berbeda ≤ 30 hari pada periode tertentu (Joynt & Jha, 2012).

Readmission adalah salah satu bentuk respons rumah sakit dalam menghadapi perubahan pola pembayaran dari biaya layanan ke sistem Grup Terkait Diagnosis (DRG), di Indonesia disebut INACBG yang di kelola oleh BPJS Kesehatan sebagai Badan penyelenggaraan untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menggunakan tarif INACBGs yang sebelumnya menggunakan pembayaran Fee for Service dalam metode pembayaran klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut. , jumlah pembayaran INA-CBG sangat signifikan. Namun, tidak seperti negara lain yang telah lama menerapkan sistem DRG, Indonesia masih belum memiliki regulasi yang jelas dan tegas dalam membantu menerapkan sanksi bagi rumah sakit yang melakukan Readmission sebagai bentuk respons terhadap pembayaran dengan sistem paket (Herdiana, 2021). Readmission mencerminkan pengeluaran yang berlebihan dibarengi rendahnya kualitas. Oleh karenanya Readmission dijadikan sebagai indikator kualitas pelayanan. Dimana semakin kecil indikator semakin baik kualitas. Readmission pula digunakan sebagai *outcome* penelitian yang mengkaji penerapan teknologi bidang kesehatan (Razak, A., & Sitomorang, 2019).

b. Hospital Readmission Reduction Program

Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) adalah program pembelian berbasis nilai Medicare yang mendorong rumah sakit untuk meningkatkan komunikasi dan koordinasi perawatan untuk lebih melibatkan pasien dan perawat dalam rencana pemulangan dan, pada gilirannya, mengurangi penerimaan kembali yang dapat dihindari. Program ini mendukung tujuan nasional untuk meningkatkan perawatan kesehatan bagi orang Amerika dengan menghubungkan pembayaran dengan kualitas perawatan rumah sakit (CMS, 2020).

Pembentukan Program Pengurangan Readmissions Rumah Sakit (HRRP) pada bulan Oktober 2012 membawa tingkat penerimaan kembali 30 hari ke dalam fokus administrator dan dokter rumah sakit. Pusat Layanan Medicare dan Medicaid mengurangi pembayaran ke rumah sakit dengan kelebihan pendaftaran ulang, dengan tujuan meningkatkan perawatan kesehatan AS dengan menghubungkan pembayaran dengan kualitas perawatan yang diberikan (Khoury et al., 2021). Untuk menilai tingkat readmission dari semua penyebab dibutuhkan ukuran waktu yang dapat memberikan penilaian yang luas dari kualitas perawatan di rumah sakit.

Pengembangan ukuran sebagai ukuran yang dapat dipakai untuk mengidentifikasi semua penyebab readmission yang tidak direncanakan adalah 30 hari setelah keluar. Standar waktu 30 hari ini dapat diterima sebagai standar untuk mengukur pembangunan,

penyesuaian risiko yang tepat dan transparansi spesifikasi. Horwitz et al., 2011 menyatakan bahwa readmission yang direncanakan tidak termasuk pada standar waktu 30 hari karena tidak dapat mewakili memberi sinyal kualitas pelayanan dengan beberapa pertimbangan sebagai berikut:.

- 1) Dalam waktu 30 hari, *Readmission* lebih cenderung disebabkan oleh perawatan yang diterima selama indeks rawat inap dan selama transisi ke pengaturan rawat jalan. Dari sejumlah penelitian menunjukkan, perbaikan dalam perawatan perencanaan pulang dapat mengurangi tingkat *Readmission* 30 hari. Sejumlah tindakan untuk mengurangi *Readmission* yaitu memastikan pasien secara klinis siap dipulangkan, mengurangi risiko infeksi, pengobatan, meningkatkan komunikasi antar penyedia pelayanan yang terlibat dalam transisi perawatan, mendidik pasien tentang gejala untuk memantau siapa yang dikontak, dimana dan kapan untuk mencapai perawatan tindak lanjut.
- 2) Jangka waktu 30 hari konsisten dengan langkah-langkah *Readmission* yang disetujui oleh National Quality Forum (NQF) dan dilaporkan secara terbuka oleh Center of Medicare and Medicaid Services (CMS).
- 3) Selain penilaian klinis, meninjau waktu untuk acara kurva dari *Readmission* dari waktu ke waktu untuk memutuskan apakah 30 hari *Readmission* adalah sinyal kualitas. *Readmission* dari waktu ke waktu untuk acara kurva menunjukkan pola yang sangat mirip

untuk semua kategori kondisi pemulangan. Akrual *readmission* awal yang cepat, dengan *readmission* stabil dan konsisten sesudahnya, curva biasanya stabil dalam waktu 30 hari pemulangan, menunjukkan bahwa 30 hari adalah keputusan wajar secara klinis.

c. Katagori Readmission

1) Readmission direncanakan

Pada studi (Horwitz et al., 2011). mengembangkan sebuah alogaritma untuk mengidentifikasi *readmission* yang direncanakan (*planned readmissions*) didata klaim yang tidak akan dihitung dalam mengukur, dan masuk kolesistektomi dianggap tidak direncanakan sebagai *readmission*. Seseorang direncanakan *readmission* untuk dilakukan prosedur sebagaimana salah satu dari daftar yang sudah ditetapkan CCS (*Clasifikasi Clinical Sistem*) seperti untuk pemeliharaan kemoterapi yang memerlukan rawat inap. Meskipun *readmission* lain mungkin direncanakan untuk alasan medis, ini jarang terjadi dan tidak ada sarana yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi mereka dalam data klaim administrasi. Pemeliharaan kemoterapi pada umumnya direncanakan diterima kembali.

2) Readmission tidak direncanakan

Readmission yang tidak direncanakan adalah peristiwa akut klinis atau komplikasi yang dialami oleh pasien yang membutuhkan manajemen rumah sakit yang mendesak. Tingginya *readmission*

pada pasien yang tidak direncanakan dapat menunjukkan kualitas pelayanan yang lebih rendah dan ini merupakan fokus pengukuran kualitas sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan. Mengidentifikasi readmission sebagai akut atau non akut dengan mempertimbangkan kondisi penyakit yang utama. Oleh karena itu YNHHS/ CORE (2011) mengembangkan semua algoritma yang menggunakan kode prosedur dan katagorikategori diagnosis keluar *admission* untuk setiap *Readmission* untuk mengidentifikasi *Readmission* yang direncanakan. *Readmission* yang terjadi untuk prosedur yang direncanakan dan yang tidak untuk diagnosis akut atau komplikasi dari perawatan diidentifikasi sebagai direncanakan

3) Readmission dapat dicegah

Menurut Catherine J. Ryan, PhD seorang professor klinis, perguruan tinggi keperawatan di Chicago mengatakan salah satu cara bahwa *readmission* dikategorikan adalah dapat dicegah atau tidak dapat dicegah. Sementara itu, Aubert et al. (2016) dalam studinya mengatakan *readmission* yang dapat dicegah adalah pengambilan keputusan departemen darurat, ketidak mampuan pasien menjaga janji setelah *discharge*, pemulangan pasien terlalu cepat, pasien kurang memiliki kesadaran siapa yang harus dihubungi setelah pulang. Adapun *readmission* yang tidak dapat dicegah adalah keputusan departemen darurat terkait *readmission*, kegagalan dalam menyampaikan informasi yang penting

diprofessional rawat jalan, pemulangan pasien terlalu cepat, kurangnya diskusi pada pasien tentang tujuan perawatan dengan penyakit kronis.

d. Faktor Penyebab Readmission

Khoury et al., 2021 menyatakan penyebab terjadinya readmission pada pasien setelah pasien di Rawat Inap adalah pasien dengan Diagnosis primer seperti infeksi, diagnosis primer paru, stroke hemoragik epistaksis, hemoptisis, dan perdarahan kardiovaskular yang berkaitan dengan sistem saraf, yang meliputi kerusakan otak anoksik, sindrom tali pusat, pseudomeningocele, dan serebrospinal dari semua diagnosis utama penerimaan kembali 30 hari yang paling umum untuk masuk kembali setelah masa perawatan rawat inap. Menurut Catherine J. Ryan, PhD dikutip dalam CMS.gov.Hospital readmissions reduction program.(2021) alasan readmission dikategorikan dapat dicegah dan tidak dapat dicegah, alasan lain terjadi readmission karena faktor klinis, perilaku, sentris pasien, penyedia layanan, sistem rumah sakit dan kombinasinya. Penyebab readmission berfokus pada populasi, menurut beberapa papeneliti, yaitu:

- 1) Orang tua dengan usia ≥ 65 tahun risiko tinggi menyebabkan tingginya 30 days readmission sehingga dapat diidentifikasi lebih awal saat dirawat di rumah sakit (Silverstein et al., 2008). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hallgren & Aslan,(2018) mengatakan bahwa penyebab terjadinya readmission pada usia

Penyebab paling umum masuk dan masuk kembali adalah penyakit kardiovaskular dan tumor.

- 2) Schuller.(2020) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa obesitas lebih rentang menjadi faktor penyebab readmission terutama pada pasien dewasa dengan penyakit infark miokard akut, di sertai dengan keadaan obesitas.
- 3) Menurut Merrill et al. (2020) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pasien dengan diagnose fraktur acetabular setelah pembedahan lebih rentang terjadinya readmission kurang dari 30 hari yang tidak di rencanakan masuk kembali di sebabkan karna infeksi pasca bedah dan di sertai dengan penyakit penyerta pada pasien. Sesuai dengan penelitian yang di lakukan oleh Kaur et al. (2019) mengatakan bahwa pasien lebih cenderung terjadinya readmission pada pasien Intracerebral hemorrhage (ICH) setelah di lakukan pembedahan dan mengakibatkan terjadinya infeksi. Infeksi ini, sering disebabkan oleh patogen multiresisten, sangat merugikan pasien dan keluarga mereka dengan menyebabkan penyakit, lama tinggal di rumah sakit, potensi kecacatan, kelebihan biaya, dan terkadang kematian. (Nejad et al., 2011).
- 4) Pada penelitian yang di lakukan oleh Fein et al.(2021). Mengatakan bahwa Perdarahan postpartum lebih besar teridentifikasi terjadinya readmission atau risiko untuk masuk kembali setelah melahirkan.

- 5) pada penelitian yang dilakukan oleh Tsui et al. (2016) bahwa kejadian readmission dengan diagnose penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) menjelaskan bahwa Faktor risiko potensial pasien rawat inap adalah faktor kecemasan yang terkait dengan penerimaan kembali yang sangat sering.
- 6) Menurut Pesko et al. (2018) terjadinya readmission pada pasien Rawat inap adalah kegagalan pemahaman keluarga dan pasien terhadap edukasi perawat di rumah terkait penyakit saat pasca pulang yang di edukasikan dokter dan perawat.
- 7) Untuk meningkatkan sistem penilaian memperkirakan risiko terjadi readmission menurut Hasan et al., (2010) ada tujuh faktor prediktor muncul readmission yaitu status asuransi, status pernikahan, memiliki dokter reguler, Charlson index komorbiditas, SF12 skor komponen fisik, ≥ 1 penerimaan rawat inap selama setahun terakhir, durasi lama rawat > 2 hari.
- 8) Menurut Campione Smith, & Mardon, (2015) hasil studinya mengatakan kualitas pelayanan rawat inap sedikit dipengaruhi atau lebih kecil pada tingkat readmission di rumah sakit dari pada faktor klinis dan sosial ekonomi, namun di sisilain penemuan menunjukkan ukuran keadaan pasien yang mencakup pasien pasca pulang akan memberikan banyak informasi dalam membantu rumah sakit dan masyarakat dalam memahami hubungan antara kualitas pelayanan dan tingkat penerimaan kembali atau readmission.

e. Dampak Terjadinya Readmission terhadap Biaya

Dampak dari tingginya readmission adalah tingginya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit sehingga Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) pada tahun 2011 mendirikan Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) untuk memaksimalkan peningkatan kesehatan dan mengurangi biaya. Medicare mengeluarkan biaya 37% dari total rawat inap, dan 18% dari pasien rawat inap di bayar Medicare adalah readmission dalam 30 hari sebesar \$15 miliar biaya pertahun. Selain biaya, readmission menempatkan risiko komplikasi lebih besar terjadi pada pasien, infeksi nosokomial, dan stress. Karena mayoritas readmission ini adalah pada layanan non bedah, tidak mungkin menguntungkan rumah sakit (Fingar & Washington, 2015).

Pada tahun 2014 untuk meningkatkan upaya mengukur dan pengurangan readmission, pihak pembuat kebijakan, pembayar dan penyedia layanan, mengidentifikasi readmission dengan various time frames yaitu 48 jam, 7 hari, 15 hari dan 30 hari setelah awal rawat inap. Pada data yang disajikan oleh Health care Cost and Utilization Project (HCUP) membandingkan readmission 7 hari dan 30 hari. Ditemukan bahwa tingkat readmission 30 hari dua kali lebih tinggi dari readmission 7 hari. Dan diagnosis terkemuka adalah pada readmission 7 hari tertinggi, sebagian besar sama pada diagnosis terkemuka readmission 30 hari. Dari hasil penelitian (Khoury et al., 2021). Pasien yang diterima kembali lebih cenderung memiliki lama Rawat lebih lama dan biaya masuk indeks lebih besar daripada mereka

yang tidak diterima kembali, yang disebabkan tingkat komplikasi infeksi, neurologis, ginjal, dan pernapasan pasca operasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien lain. pasien yang diterima kembali cenderung tidak boleh pulang ke rumah dan lebih mungkin dipulangkan ke fasilitas perawatan terampil. Selain dari pada itu biaya masuk indeks di antara pasien yang diterima kembali adalah \$ 55,816, lebih besar dari pasien yang tidak diterima hampir \$ 20 ribu. Selain itu, biaya rata-rata untuk masuk kembali ke rumah sakit adalah \$ 27.141 (Khoury et al., 2021).

3. Konsep Hospital Cost

a. Defenisi

Hospital cost adalah keseluruhan biaya yang dikeluarkan mulai dari pasien masuk hingga pulang berdasarkan tindakan dan pengobatan yang telah diupayakan oleh Rumah Sakit (Aulia et al., 2016).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi hospital cost

1) Length of stay

Length of stay atau lama hari rawat juga diidentifikasi dapat menyebabkan peningkatan hospital cost melebihi standar yang ditetapkan dalam INA-CBGs. Perhitungan lama hari rawat pada hospital cost dihitung per hari sehingga semakin lama pasien dirawat maka semakin besar biaya yang dikeluarkan oleh pasien, sedangkan tidak semua penyakit lama hari rawatnya sesuai standar INA CBGs. Variasi pengelompokan distribusi LOS sesuai dengan tingkat keparahan dan episode perawatan pasien

dan Rata-rata lama perawatan pasien dengan tingkat keparahan I, II, dan III (Aisyah et al., 2019).

2) Tingkat keparahan pasien

Tingkat Keparahannya pasien akan sangat menentukan jenis pelayanan perawatan maupun pelayanan medis yang diberikan. Pasien dengan tingkat keparahan ringan cenderung memerlukan biaya pengobatan yang lebih kecil dan tingkat keparahan yang lebih berat akan membutuhkan biaya pengobatan yang lebih besar pula. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin di tahun 2019 dengan hasil penelitian menunjukkan faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien rawat inap peserta dengan diagnosa kanker payudara di JKN di RSUD Ulin Banjarmasin adalah tingkat keparahan ($p=0,000$) dan kelas perawatan ($p=0,000$). Total biaya obat dari 259 episode perawatan adalah Rp.669.577.809, rata-rata biaya riil dengan kemoterapi per episode perawatan pada tingkat keparahan I sebesar Rp.4.502.210, tingkat keparahan II Rp.8.239.624 dan tingkat keparahan III Rp.7.403.713 (Aisyah et al., 2019). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta menunjukkan bahwa nilai rata-rata biaya rumah sakit untuk perawatan pasien dengan tingkat keparahan I jauh lebih rendah dibandingkan dengan tarif paket INACBG's. Sebaliknya pada pasien dengan tingkat keparahan II dan III, nilai rata-rata biaya

rumah sakit lebih besar daripada tarif INACBG's (R. P. Sari, 2014)

3) Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik adalah sebuah cara (alat) untuk menentukan apakah seseorang menderita penyakit atau tidak, berdasar adanya tanda dan gejala pada orang tersebut (Siswosudarmo, 2017). Sebelum menjalani pemeriksaan, pasien terlebih dahulu akan diskruining dengan tujuan untuk mengetahui atau mengidentifikasi apakah seseorang yang masih asimtomatik menderita suatu penyakit atau tidak. Contoh skrining yang biasanya dilakukan adalah *pap's smear* untuk pemeriksaan kelainan pada serviks, tekanan okular untuk glaukoma, dll. Jika seseorang dinyatakan positif pada test skrining, maka langkah selanjutnya dilakukan pemeriksaan diagnostik untuk menegakkan diagnosis secara lebih pasti. Pemeriksaan diagnostik yang dimaksudkan meliputi pemeriksaan radiologi, laboratorium, elektrokardiogram, bronkoskopi dll.

4) Biaya konsultasi dokter

Biaya konsultasi dokter merupakan bagian dari pelayanan yang dilakukan di ruang rawat inap. Pembiayaan konsultasi dokter disesuaikan dengan keadaan atau kebutuhan pasien. Biayanya tergantung pembagian jenis jasa dokter yang dibagi berdasarkan konsultasi atau kunjungan dokter dan jasa dokter umum atau dokter spesialis/ahli (Febriantama, 2019).

5) Biaya obat-obatan

Biaya obat pasien juga sangat mempengaruhi hospital cost pada pasien. Biaya pengobatan di rumah sakit terus meningkat dari tahun ke tahun di negara manapun. Komponen inflasi biaya rumah sakit mencakup dua pertiga kenaikan biaya rumah sakit dan sepertiga kenaikan biaya bersumber dari pelayanan teknologi baru yang lebih baik dan lebih mahal(Wijayanti & Sugiarsi, 2011). Meskipun telah ditetapkan dalam INA CBGs, namun dalam kondisi tertentu biaya obat-obatan bisa menunjukkan kesenjangan biaya yang sangat besar. Seperti yang disebutkan dalam salah satu penelitian, bahwa biaya obat-obatan setiap kasus akan berbeda. Perbedaan dalam hal usia, jumlah item obat, persepan obat antibiotik, status dokter, dan penggunaan obat generik menjadi pencetus dari naiknya biaya obatobatan di rumah sakit (Hadiningsih, 2018).

6) Bahan medis habis pakai

Bahan Medis Habis Pakai atau disingkat BMHP adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai dalam waktu yang relatif singkat, dimana alat kesehatan tersebut harus segera dibuang dan dimusnahkan setelah dipakai (Sinaga & Irawati, 2018).untuk memperlancar operasional pelayanan kepada masyarakat bisa berjalan dengan baik tanpa ada hambatan maka biasanya rumah sakit menyediakan stok dalam jumlah yang lebih dari cukup untuk dapat memenuhi ketersediaan BMHP tersebut.

BMHP yang digunakan setiap pasien akan berbeda tergantung kondisi pasien dan menjadi poin yang cukup mempengaruhi hospital cost.

7) Keperawatan

Biaya keperawatan merupakan biaya yang digunakan untuk membayar jasa perawat untuk setiap tindakan yang dilakukan ke pasien dalam proses perawatan (Mahfud, 2014)

8) Akomodasi

Akomodasi adalah penggunaan fasilitas ruangan selama rawat inap .Fasilitas yang dimaksud adalah kamar beserta alat yang digunakan dalam proses perawatan yang tersedia di rumah sakit bersangkutan. Fasilitas kamar akan berbeda di setiap tipenya. Adapun biaya dihitung berdasarkan tipe kamar dan jumlah hari pakai (Mahfud, 2014)

9) Biaya pembedahan

Biaya Pembedahan merupakan biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk tindakan pembedahan yang dilakukan di kamar operasi pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2015)

4. Hubungan mutu pelayanan rumah sakit terhadap *Length Of Stay (LOS)*, *Thirty days-Hospital Readmission* dan *Hospital cost*

Mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi

dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Alfi & Stefanus, 2013). Institusi of Medicine mendefinisikan pelayanan kesehatan yang bermutu adalah Pelayanan yang menjaga Kontinuitas pelayanan (Continuitas Of Care) dan selalu mengutamakan kebutuhan pasien (Patient Centered Care) dan keselamatan pasien (Patient Safety) (Fajri et al., 2017).

Dalam mewujudkan proses pelayanan yang berfokus pada pasien setiap institusi pelayanan kesehatan atau rumah sakit bertanggung jawab terhadap pemenuhan mutu pelayanan yang melalui acuan standar yang berbasis bukti ilmiah dan bukti terkini tetapi tetap dalam koridor pengendalian biaya agar proses pelayanan pasien menjadi efisien dalam pemanfaatan sumber dayanya (Fajri et al., 2017). Secara lebih rinci, mutu pelayanan kesehatan dapat juga dijabarkan dalam 6 dimensi yaitu:

a. Efektif

Pelayanan kesehatan dilakukan dengan mengacu pada bukti ilmiah yang terkini yang dapat dipertanggung jawabkan, sesuai indikasi, serta menghasilkan luaran yang lebih baik untuk individu pasien maupun komunitas.

b. Efisien

Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prosedur yang mengoptimalkan sumber daya yang tersedia dan sedapat mungkin menghindari pemborosan

c. Akseptabel/befokus pada pasien

Pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan memprioritaskan kebutuhan dan harapan pasien sebagai individu dan sesuai dengan budaya masyarakatnya.

d. Aman / safety

Pelayanan kesehatan dilakukan dengan meminimalkan resiko dan mencegah cedera pada pasien.

e. Tepat waktu/timely

Pelayanan yang tepat harus di berikan kepada pasien secara tepat waktu,sebisamungkin dilakukan upaya untuk menghindari penundaan yang tidak perlu (care Daley), apalagidikaitan dengan kepentingan keselamatan Pasien

f. Adil dan Pantas/ equitable

Pelayanan kesehatan diberikan dengan kualitas yang sama, tanpa membedakan-bedakan pasien berdasarkan karakteristik gender,suku,ras,lokasi geografis,ataupun status sosialekonomi.

Selain dari pada itu dalam meningkatkan proses pelayana rumah sakit haruslah melihat efisiensi dari evaluasi mutu luaran terkait keberhasilan proses pelayanan diantaranya length of stay (LOS), Kejadian Readmission, insiden keselamatan Pasien,penundaan Pelayanan (care

Delay),Tingkat kepuasan Pasien,atau bisa disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan Rumah Sakit (Fajri et al., 2017). Rata-rata lama rawat inap (LOS) dianggap sebagai salah satu indikator terpenting untuk mengevaluasi manajemen rumah sakit karena berpotensi terkait dengan hasil pasien dan biaya rumah sakit (Takaku & Yamaoka, 2018).

Selain lama hari rawat (LOS), kejadian pasien yang diterima kembali dalam waktu kurang waktu 30 hari setelah di pulangkan atau Readmission juga memberi dampak pada kualitas pelayanan juga berdampak pada penambahan biaya. Sesuai Penelitian yang di lakukan Khoury et al., (2021) pasien yang menjalani rawat inap setelah operasi sinus endoskopi dan diterima kembali dalam kurung waktu 30 hari setelah dipulangkan memiliki beban komorbiditas lebih tinggi dan memiliki tingkat komplikasi pasca operasi yang lebih tinggi dan memiliki masa rawat yang lebih lama di bandingkan dengan pasien yang tidak masuk kembali (*readmissi*) dan mengeluarkan biaya tambahan perawatan.Namun Penyebab terjadinya Readmission adalah salah satu dampak atau respons terhadap perubahan system pembayaran di fasilitas kesehatan yaitu implementasi pembayaran DRG (*Diagnostic Related Group*). Sistem Pembayaran DRG diimplementasikan sebagai salah satu metode pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan di berbagai negara di dunia dengan berdasarkan biaya satuan perdiagnosis (Joynt & Jha, 2012).

Sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan biaya dengan cara

meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan (Suhanda, 2015).

5. Evaluasi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Evaluasi pelayanan kesehatan merupakan suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan kesimpulan dengan tujuan melakukan perbaikan mutu sehingga pada akhirnya dapat mencapai kepuasan pelanggan (Azwar, 1996). Evaluasi pelayanan dapat dilakukan dengan melihat hasil usaha (performance evaluation) dan daya guna (efisiensi) pelayanan kesehatan (Wijono, 2000).

Menurut (Donalbedian, 1988) tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu yaitu dari aspek struktur, Proses dan outcome.

a. Struktur

Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya difasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan.

b. Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilakukan secara professional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya terhadap pasien. Proses tersebut mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, penanganan kasus. Penilaian terproses adalah evaluasi terhadap dokter dan proses

kesehatan dalam manajemen pasien. Pendekatan proses merupakan pendekatan yang terhadap mutu pelayanan kesehatan.

c. Outcome

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap outcome ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan yang positif atau negatif sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan (Wijono, 2000)

C. Kerangka Teori

Bagan 1. Kerangka Teori

