



# Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit

Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN



Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, SKp. SH. MM. MKes. MH. MARS

Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, SKp, SH, MM, MKes, MH, MARS

Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit

Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit: Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN menghadirkan pembahasan komprehensif mengenai tantangan dan strategi pengelolaan rumah sakit modern di tengah dinamika sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Buku ini mengupas bagaimana rumah sakit dituntut menjaga keseimbangan antara mutu pelayanan kesehatan yang optimal dan efisiensi biaya yang berkelanjutan.

Dimulai dari konsep dasar Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), pembaca diajak memahami perubahan paradigma pelayanan kesehatan dari sekadar layanan sosial menjadi industri jasa kesehatan yang profesional, akuntabel, dan berbasis nilai (value-based healthcare). Buku ini menjelaskan secara sistematis hubungan antara kualitas pelayanan, keselamatan pasien, efisiensi operasional, hingga keberlanjutan finansial rumah sakit.

Berbagai topik strategis dibahas secara mendalam, mulai dari sistem JKN dan INA-CBGs, clinical pathway, audit medis, manajemen risiko, pencegahan fraud, pengelolaan farmasi dan logistik, lean management, pemanfaatan teknologi digital, hingga penerapan big data dan artificial intelligence dalam pengendalian mutu dan biaya. Tidak hanya bersifat teoritis, buku ini juga menyajikan pendekatan praktis, regulasi terbaru, studi implementasi, serta strategi manajerial yang relevan dengan kondisi rumah sakit di Indonesia.

Melalui pendekatan multidisiplin, buku ini menekankan bahwa efisiensi tidak berarti menurunkan kualitas layanan, melainkan memastikan setiap sumber daya yang digunakan mampu memberikan hasil klinis terbaik bagi pasien. Konsep value-based healthcare menjadi benang merah dalam membangun rumah sakit yang efektif, efisien, kompetitif, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Buku ini sangat cocok bagi direktur rumah sakit, dokter, tenaga kesehatan, manajer pelayanan kesehatan, akademisi, mahasiswa kesehatan, serta para pengambil kebijakan yang ingin memahami strategi pengelolaan rumah sakit modern di era transformasi sistem kesehatan Indonesia.

# **KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA RUMAH SAKIT**

**Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN**

**Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, S.Kp., S.H., M.M., M.Kes., M.H., MARS**



# **KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA RUMAH SAKIT**

**Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN**

**Edisi Pertama**  
Copyright @ 2026

**ISBN 978-634-243-832-9**  
15,5 x 23 cm  
482 h.  
cetakan ke-1, 2026

**Penulis**  
Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, S.Kp., S.H., M.M., M.Kes., M.H., MARS

**Penerbit**  
**Madza Media**  
Anggota IKAPI: No.273/JTI/2021  
Kantor 1: Jl. Pahlawan, Simbatan, Kanor, Bojonegoro  
Kantor 2: Perum New Villa Bukit Sengkaling C4 No 13 Malang  
redaksi@madzamedia.co.id  
www.madzamedia.co.id

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi dengan cara apapun, termasuk dengan cara penggunaan mesin fotocopy tanpa izin sah dari penerbit.

# SAMBUTAN

DIREKTUR UTAMA

RSUP DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

*Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,*

Dengan penuh rasa syukur dan bangga, saya menyambut baik penerbitan buku berjudul "**Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit: Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN**" yang ditulis oleh kolega kita, Dr. I Nyoman Dharma Wiasa. Suatu kehormatan bagi saya untuk dapat memberikan sepatah dua patah kata pengantar bagi sebuah karya yang saya yakini akan menjadi tonggak penting dalam literatur manajemen perumahsakitannya di Indonesia.

Sebagai pimpinan di sebuah rumah sakit vertikal, kami setiap hari dihadapkan pada tantangan untuk menyeimbangkan dua pilar utama: peningkatan mutu dan keselamatan pasien di satu sisi, serta efisiensi dan keberlanjutan operasional di sisi lain. Dalam dinamika yang kompleks ini, sering kali kita terfokus pada layanan klinis di garis depan, dan terkadang kurang memberikan perhatian strategis pada layanan-layanan penunjang. Buku ini hadir untuk mengingatkan kita dengan sangat kuat bahwa keunggulan sebuah rumah sakit sesungguhnya dibangun oleh kekuatan setiap mata rantainya, termasuk salah satu yang paling fundamental, yaitu manajemen linen.

Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, melalui buku ini, berhasil membedah topik manajemen linen secara komprehensif, sistematis, dan holistik. Beliau secara cemerlang mengangkat isu ini dari ranah operasional teknis semata ke tingkat strategis. Pembahasan yang dimulai dari aspek regulasi dan standar akreditasi, dilanjutkan dengan detail alur proses yang aman, hingga analisis finansial dan pemanfaatan teknologi mutakhir, menunjukkan betapa integralnya fungsi laundry dan linen dalam ekosistem rumah sakit modern. Buku

ini tidak hanya menjawab "apa" dan "bagaimana," tetapi juga "mengapa" setiap langkah dalam manajemen linen harus dilakukan dengan standar tertinggi.

Saya mengenal penulis sebagai seorang profesional dengan kapasitas keilmuan multidisiplin yang langka. Perpaduan latar belakang keperawatan, manajemen rumah sakit, dan hukum memberikan beliau sebuah perspektif unik yang sangat berharga. Kemampuan inilah yang membuat buku ini begitu kaya, karena mampu menyajikan analisis yang tajam dari sudut pandang klinis, manajerial, sekaligus yuridis.

Oleh karena itu, saya dengan keyakinan penuh merekomendasikan buku ini sebagai bacaan wajib bagi seluruh pemangku kepentingan di dunia perumahsakit. Buku ini adalah investasi pengetahuan yang sangat berharga bagi para Direktur Rumah Sakit, Manajer Rumah Sakit serta para mahasiswa yang sedang mempersiapkan diri untuk menjadi pemimpin di industri kesehatan masa depan.

Selamat kepada Dr. I Nyoman Dharma Wiasa atas dedikasi dan kerja kerasnya dalam melahirkan karya yang luar biasa ini. Semoga buku ini menjadi standar acuan, memicu diskusi, dan menginspirasi lahirnya berbagai inovasi demi terwujudnya sistem manajemen linen yang lebih aman, efisien, dan bermutu di seluruh rumah sakit di Indonesia.

*Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

**Makassar, 14 April 2026**

**Direktur Utama**

**RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**

**Dr. dr. Aswan Usman, M.Kes.**

# KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul "**Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit: Strategi *Value-Based Healthcare* di Era JKN.**"

Buku ini lahir dari kegelisahan akademis dan pengalaman empiris penulis melihat dinamika industri perumahsakitkan di Indonesia, khususnya pasca implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pergeseran sistem pembayaran dari *fee-for-service* menuju sistem paket INA-CBGs telah menempatkan rumah sakit pada persimpangan jalan yang krusial. Di satu sisi, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan bermutu tinggi demi keselamatan pasien. Di sisi lain, rumah sakit dipaksa melakukan efisiensi ketat agar tetap sehat secara finansial. Ketegangan antara "misi sosial" dan "realitas ekonomi" inilah yang menjadi benang merah pembahasan buku ini.

Sebagai praktisi kesehatan yang mengawali karier dari profesi perawat, kemudian mendalami aspek hukum dan manajemen, penulis menyadari bahwa tantangan ini tidak bisa dijawab dengan satu kacamata saja. Dibutuhkan pendekatan holistik yang memadukan sensibilitas klinis, ketajaman hukum, dan strategi manajerial.

Buku ini disusun dalam 20 bab yang komprehensif, mulai dari fondasi filosofis kendali mutu, aspek legalitas, instrumen teknis seperti *Clinical Pathway* dan analisis *Unit Cost*, strategi pencegahan *fraud*, hingga visi masa depan tentang transformasi digital dan *Value-Based Healthcare*. Penulis berusaha menyajikan materi yang tidak hanya teoritis, tetapi juga aplikatif dengan menyertakan lampiran teknis yang dapat langsung diterapkan di lapangan.

Penulis menyadari bahwa terwujudnya buku ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada keluarga tercinta yang selalu memberikan doa dan motivasi, serta rekan-rekan sejawat di rumah sakit dan lingkungan akademis yang telah menjadi teman diskusi yang inspiratif.

Tiada gading yang tak retak. Penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari para pembaca, sejawat, dan pakar sangat penulis harapkan demi penyempurnaan buku ini di masa mendatang.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih pemikiran bagi para pemimpin rumah sakit, manajer, klinisi, mahasiswa, serta pembuat kebijakan dalam upaya kita bersama memajukan sistem kesehatan di Indonesia.

Makassar, 14 Februari 2026

Penulis

# PANTUN

## **"Kendali Mutu & Kendali Biaya"**

Pergi ke pasar membeli duku,  
Jangan lupa membeli ragi.  
Inilah tantangan di era baru,  
Biaya ditekan, mutu tetap tinggi.

Sungguh kencang kuda berlari,  
Membawa pesan dari istana.  
Di era JKN kita berdiri,  
Salah kelola, RS merana.

Memasak gulai memakai santan,  
Dicampur sedikit buah pepaya.  
Hilangkan *waste* dan pemborosan,  
Agar rumah sakit tetaplah jaya.

Burung merpati terbang ke awan,  
Hinggap sebentar di pohon aren.  
Bukan sekadar mencari cuan,  
Nilai terbaik bagi kesembuhan pasien.

Jalan-jalan ke Kota Bukittinggi,  
Singgah sebentar makan ketupat.  
Jika manajemen ingin dibenahi,  
Buku ini adalah panduan yang tepat.

# DAFTAR ISI

<b>SAMBUTAN</b> .....	<b>i</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>	
<b>PANTUN</b> .....	<b>v</b>	
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>	
<b>BAB I</b>	<b>KONSEP DASAR KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA</b> .....	<b>1</b>
	A. Pendahuluan .....	1
	B. Filosofi dan Definisi Operasional KMKB .....	5
	C. Regulasi dan Kebijakan KMKB di Indonesia.....	8
	D. Dinamika <i>Unit Cost</i> dan Tarif Rumah Sakit .....	11
	E. Peran <i>Clinical Pathway</i> dalam Keseimbangan Mutu-Biaya .....	14
	F. Tantangan dan Strategi Implementasi KMKB di Era Disrupsi .....	16
	G. Referensi Bab 1 .....	18
<b>BAB II</b>	<b>SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN IMPLIKASINYA</b> .....	<b>22</b>
	A. Pendahuluan .....	22
	B. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.....	27
	C. Konsep Managed Care dan Strategic Purchasing dalam JKN.....	31
	D. Dampak JKN terhadap Tata Kelola Klinis dan Operasional RS.....	36
	E. Dinamika Klaim dan Cash Flow Rumah Sakit.....	39
	F. Kemitraan Strategis antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan .....	43

	G. Referensi Bab 2.....	46
<b>BAB III</b>	<b>REGULASI DAN ASPEK HUKUM KENDALI MUTU DAN BIAYA .....</b>	<b>50</b>
	A. Pendahuluan.....	50
	B. Landasan Yuridis dan Hierarki Regulasi KMKB.....	54
	C. Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit dalam Efisiensi.....	57
	D. Aspek Hukum Rekam Medis dan Kerahasiaan dalam Era Digital .....	60
	E. Sengketa Medis dan Pencegahan Malpraktik.....	62
	F. Peran Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS).....	65
	G. Referensi Bab 3.....	67
<b>BAB IV</b>	<b>MANAJEMEN MUTU TERPADU DI RUMAH SAKIT.....</b>	<b>71</b>
	A. Pendahuluan.....	71
	B. Fokus Pelanggan: Dari Patient Satisfaction menuju Patient Experience .....	75
	C. Siklus PDCA dan Metodologi Perbaikan Mutu.....	77
	D. Gugus Kendali Mutu (GKM) dan <i>Bottom-Up Management</i> .....	79
	E. Budaya Kaizen dan Zero Defect.....	80
	F. Manajemen Proses dan Variabilitas Klinis (Six Sigma) .....	82
	G. Referensi Bab 4.....	84
<b>BAB V</b>	<b>AKREDITASI RUMAH SAKIT SEBAGAI STANDAR MUTU.....</b>	<b>87</b>
	A. Pendahuluan.....	87
	B. Evolusi Standar Akreditasi: Dari Administratif ke Berpusat pada Pasien .....	91
	C. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien sebagai Jantung Mutu.....	94

	D. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) dan Kepemimpinan.....	98
	E. Manajemen Fasilitas dan Kualifikasi Pendidikan Staf .....	101
	F. Strategi Menghadapi Survei dan Mempertahankan Status Akreditasi .....	103
	G. Referensi Bab 5.....	105
<b>BAB VI</b>	<b>KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO .....</b>	<b>109</b>
	A. Pendahuluan.....	109
	B. Membangun Budaya Keselamatan dan Sistem Pelaporan Insiden .....	114
	C. Analisis Akar Masalah ( <i>Root Cause Analysis</i> ) sebagai Metode Reaktif .....	117
	D. Manajemen Risiko Proaktif (FMEA & HVA) .....	119
	E. Register Risiko dan Manajemen Risiko Terintegrasi .....	121
	F. Perspektif Ekonomi Keselamatan Pasien .....	124
	G. Referensi Bab 6.....	126
<b>BAB VII</b>	<b>CLINICAL PATHWAY: JEMBATAN MUTU DAN EFISIENSI. ....</b>	<b>130</b>
	A. Pendahuluan.....	130
	B. Konsep Dasar dan Urgensi Clinical Pathway dalam Sistem Casemix.....	134
	C. Langkah-Langkah Penyusunan Clinical Pathway yang Efektif.....	138
	D. Implementasi dan Kepatuhan: Tantangan Budaya Klinis.....	142
	E. Audit Varians: Analisis Penyimpangan Medis dan Non - Medis.....	145
	F. Dampak Ekonomi Clinical Pathway terhadap Profitabilitas. ....	149

	G. Referensi Bab 7.....	152
<b>BAB VIII</b>	<b>ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT (<i>UNIT COST ANALYSIS</i>) .....</b>	<b>156</b>
	A. Pendahuluan.....	156
	B. Konsep Dasar dan Klasifikasi Biaya Rumah Sakit.....	161
	C. Metode Tradisional vs. Activity Based Costing. ....	164
	D. Langkah-Langkah Perhitungan Unit Cost (Real Cost) .....	167
	E. Analisis Break Even Point (BEP) dan Cost Recovery Rate (CRR) .....	169
	F. Strategi Kendali Biaya Berbasis Analisis Varians Biaya.....	171
	G. Referensi Bab 8.....	173
<b>BAB IX</b>	<b>SISTEM PEMBAYARAN INA-CBGS DAN STRATEGI KODING.....</b>	<b>177</b>
	A. Pendahuluan.....	177
	B. Konsep dan Mekanisme Kerja Grouper INA-CBGS.....	181
	C. Peran Vital Koding Klinis (ICD-10 dan ICD-9-CM) .....	184
	D. Kelengkapan Resume Medis sebagai "Mata Uang" Klaim.....	186
	E. Strategi Koding yang Etis dan Optimalisasi Klaim .....	188
	F. Manajemen Sengketa Klaim dan Pencegahan <i>Fraud</i> .....	191
	G. Referensi Bab 9.....	193
<b>BAB X</b>	<b>UTILIZATION REVIEW PELAYANAN.....</b>	<b>197</b>
	A. Pendahuluan.....	197
	B. Jenis dan Metode Utilization Review .....	201

	C. Pengendalian Utilitas Obat dan Penunjang Medis ( <i>Ancillary Services</i> ) .....	205
	D. Kriteria Masuk Rawat Inap dan Pengendalian LOS .....	209
	E. Organisasi dan SDM UR: Peran Case Manager .....	212
	F. Tantangan Etik dan Dampak Strategis UR .....	214
	G. Referensi Bab 10.....	216
<b>BAB XI</b>	<b>PENCEGAHAN FRAUD (KECURANGAN) DALAM JKN .....</b>	<b>220</b>
	A. Pendahuluan .....	220
	B. Tipologi dan Modus Operandi Fraud di Fasilitas Kesehatan.....	225
	C. Membangun Sistem Pencegahan Kecurangan JKN.....	228
	D. Audit Klinis dan Investigasi Internal Berbasis Data .....	230
	E. Aspek Hukum dan Sanksi dalam Tindak Pidana Fraud .....	232
	F. Budaya Integritas dan Peran <i>Whistleblowing</i> System.....	234
	G. Referensi Bab 11.....	236
<b>BAB XII</b>	<b>MANAJEMEN OBAT DAN LOGISTIK FARMASI.....</b>	<b>240</b>
	A. Pendahuluan .....	240
	B. Seleksi dan Perencanaan: Formularium RS & E-Purchasing.....	245
	C. Strategi Pengendalian Inventori (Analisis ABC-VEN & EOQ) .....	248
	D. Distribusi dan Pencegahan <i>Losses</i> (UDD & Floor Stock).....	251
	E. Manajemen Rantai Pasok dan Negosiasi Vendor.....	254

F.	Farmasi Klinis sebagai Pengendali Biaya ( <i>Cost-Effective Therapy</i> ).....	256
G.	Referensi Bab 12.....	258
<b>BAB XIII</b>	<b>LEAN MANAGEMENT DI RUMAH SAKIT.....</b>	<b>262</b>
A.	Pendahuluan.....	262
B.	Filosofi Lean Thinking dan Identifikasi 8 Pemborosan ( <i>The 8 Wastes</i> ).....	267
C.	Pemetaan Aluran Nilai ( <i>Value Stream Mapping / VSM</i> ).....	270
D.	Konsep 5S dan Manajemen Visual di Lingkungan Klinis.....	272
E.	Aliran Pasien (Patient Flow) dan Pull System.....	274
F.	<i>Kaizen Event</i> dan Budaya Perbaikan Berkelanjutan.....	277
G.	Referensi Bab 13.....	279
<b>BAB XIV</b>	<b>AUDIT MEDIS DAN AUDIT KLINIS.....</b>	<b>282</b>
A.	Pendahuluan.....	282
B.	Konsep Dasar dan Perbedaan Audit Medis vs Audit Klinis.....	287
C.	Siklus Audit Klinis dan Metodologi Pelaksanaan.....	290
D.	Peran Komite Medik dan <i>Peer Group</i> dalam Audit.....	293
E.	Audit Medis sebagai Instrumen Kendali Biaya JKN.....	297
F.	Hambatan Psikologis dan Strategi <i>Closing the Loop</i> .....	300
G.	Referensi Bab 14.....	303
<b>BAB XV</b>	<b>PERAN TIM KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA. ....</b>	<b>306</b>
A.	Pendahuluan.....	306

B.	Struktur Organisasi, Fungsi, dan Kewenangan TKMKB.....	310
C.	Mekanisme Kerja: dari Sosialisasi Hingga Penyelesaian Sengketa.....	313
D.	Audit Medis dan Kunjungan Lapangan oleh TKMKB.....	316
E.	Peran TKMKB dalam Menyusun Pedoman dan Kriteria Teknis.....	319
F.	Tantangan Independensi dan Penguatan TKMKB di Masa Depan.....	322
G.	Referensi Bab 15.....	324
<b>BAB XVI</b>	<b>TEKNOLOGI INFORMASI DAN DIGITALISASI.....</b>	<b>328</b>
A.	Pendahuluan.....	328
B.	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi sebagai Tulang Punggung Efisiensi.....	332
C.	Rekam Medis Elektronik (RME) dan Interoperabilitas.....	335
D.	Telemedicine dan Mobile Health sebagai Kanal Efisiensi Baru.....	338
E.	Big Data Analytics dan Artificial Intelligence untuk Prediksi Biaya.....	340
F.	Keamanan Siber ( <i>Cybersecurity</i> ) dan Tata Kelola Data.....	342
G.	Referensi Bab 16.....	344
<b>BAB XVII</b>	<b>KEPEMIMPINAN STRATEGIS DALAM MENJAGA KESEIMBANGAN MUTU-BIAYA.....</b>	<b>348</b>
A.	Pendahuluan.....	348
B.	Transformasi Peran: Dari Direktur Medis menjadi CEO Korporat.....	352
C.	Kepemimpinan Transformasional untuk Perubahan Budaya.....	355

D. <i>Clinical Leadership</i> : Melibatkan Dokter dalam Manajemen .....	358
E. Manajemen Sumber Daya Manusia: Kompetensi dan Remunerasi.....	361
F. Suksesi dan Keberlanjutan Kepemimpinan .....	364
G. Referensi Bab 17.....	366

**BAB XVIII PENGUKURAN KINERJA: KPI DAN *BALANCED SCORECARD* .....370**

A. Pendahuluan.....	370
B. Konsep <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) dalam Strategi Rumah Sakit.....	374
C. Penyusunan <i>Key Performance Indicators</i> untuk Kendali Mutu dan Biaya.....	377
D. <i>Dashboard</i> Kinerja dan Sistem Pelaporan .....	380
E. Kaji Banding ( <i>Benchmarking</i> ) untuk Menetapkan Standar.....	382
F. Evaluasi Kinerja Organisasi dan Individu (Remunerasi).....	384
G. Referensi Bab 18.....	386

**BAB XIX ETIKA BISNIS DAN DILEMA DALAM EFISIENSI BIAYA .....390**

A. Pendahuluan.....	390
B. Batas Tipis Antara Efisiensi ( <i>Efficiency</i> ) dan Penjatahan ( <i>Rationing</i> ).....	395
C. Konflik Kepentingan ( <i>Conflict of Interest</i> ) dalam Pelayanan Medis.....	397
D. <i>Cream Skimming</i> dan Keadilan Akses Pelayanan ( <i>Equity</i> ).....	399
E. Transparansi Biaya dan <i>Informed Financial Consent</i> .....	401
F. Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan ( <i>Sustainability</i> ).....	403

	G. Referensi Bab 19.....	405
<b>BAB XX</b>	<b>MASA DEPAN RUMAH SAKIT: <i>ALUE-BASED HEALTHCARE</i></b> .....	<b>409</b>
	A. Pendahuluan.....	409
	B. Konsep dan Filosofi <i>Value-Based Healthcare</i> (VBHC).....	413
	C. Transformasi Digital dan <i>Smart Hospital</i> 5.0.....	416
	D. Pengukuran Hasil Klinis Berbasis Pasien (PROMs & PREMs).....	419
	E. Integrasi Pelayanan ( <i>Integrated Care Systems</i> ) dan <i>Accountable Care</i> .....	421
	F. Keberlanjutan Finansial dan Lingkungan.....	424
	G. Referensi Bab 20.....	426
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>429</b>
	<b>LAMPIRAN - LAMPIRAN</b> .....	<b>440</b>
	<b>TENTANG PENULIS</b> .....	<b>465</b>



# BAB I

## KONSEP DASAR KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA



### **A. Pendahuluan**

Pelayanan kesehatan modern saat ini berada di persimpangan jalan yang krusial antara tuntutan kualitas klinis yang sempurna dan realitas keterbatasan sumber daya ekonomi. Rumah sakit sebagai institusi padat modal, padat karya, padat teknologi, dan padat pakar menghadapi tantangan yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam sejarah manajemen kesehatan. Paradigma lama yang menganggap bahwa kesehatan adalah sektor sosial murni tanpa perhitungan ekonomi kini telah bergeser menjadi industri jasa yang harus dikelola secara profesional, efisien, dan efektif. Dalam konteks ini, konsep Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) muncul bukan sekadar sebagai instrumen manajerial, melainkan sebagai filosofi dasar keberlangsungan hidup sebuah rumah sakit. Tanpa kendali mutu, kepercayaan pasien akan runtuh; tanpa kendali biaya, fondasi finansial rumah sakit akan hancur.



Gambar 1. Meningkatkan Kualitas dan Kontrol Biaya yang Efektif.

Globalisasi dan keterbukaan informasi membuat masyarakat semakin cerdas dan kritis dalam menuntut hak-haknya akan pelayanan kesehatan yang prima. Pasien tidak lagi hanya menjadi objek pasif penerima layanan, melainkan subjek aktif yang menuntut keselamatan, kenyamanan, dan hasil klinis yang optimal. Di sisi lain, biaya teknologi kedokteran, obat-obatan, dan alat kesehatan terus melambung tinggi, menciptakan inflasi medis yang seringkali melebihi inflasi ekonomi umum. Kesenjangan antara ekspektasi pasien dan biaya produksi layanan inilah yang harus dijumpai oleh mekanisme KMKB yang handal.

Di Indonesia, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan telah menjadi katalisator utama perubahan tata kelola rumah sakit. Dengan sistem pembayaran prospektif seperti *Case Base Groups* (CBGs), rumah sakit dipaksa untuk mengubah pola pikir dari *fee for service* yang cenderung boros menjadi sistem paket yang menuntut efisiensi ketat. Rumah sakit tidak lagi bisa membebankan semua biaya kepada pasien atau pembayar; sebaliknya, rumah sakit harus mampu mengelola

biaya di bawah tarif yang telah ditetapkan tanpa mengurangi standar mutu pelayanan medis.

Konsep KMKB seringkali disalahartikan sebagai upaya penghematan biaya semata yang berpotensi mengorbankan mutu. Padahal, dalam teori manajemen modern, mutu dan biaya bukanlah dua kutub yang saling meniadakan (*trade-off*), melainkan dua sisi mata uang yang saling menguatkan. Peningkatan mutu melalui pengurangan kesalahan medis (*medical error*), pencegahan infeksi nosokomial, dan penegakan diagnosis yang tepat justru akan menurunkan biaya jangka panjang akibat perawatan ulang atau komplikasi. Oleh karena itu, efisiensi sejati adalah melakukan hal yang benar dengan cara yang benar sejak awal.

Fenomena inefisiensi di rumah sakit seringkali tidak terdeteksi karena tertutup oleh tingginya volume pasien atau margin keuntungan dari layanan non-JKN. Namun, kebocoran-kebocoran kecil akibat penggunaan obat yang tidak rasional, pemeriksaan penunjang yang berlebihan, atau lama rawat (*Length of Stay*) yang memanjang, secara akumulatif dapat menggerogoti kesehatan finansial rumah sakit. KMKB hadir sebagai alat deteksi dini dan mekanisme koreksi untuk memastikan setiap rupiah yang dikeluarkan memberikan nilai tambah bagi kesembuhan pasien.

Penerapan KMKB memerlukan transformasi budaya organisasi yang mendasar. Dokter dan tenaga kesehatan lain yang selama ini memiliki otonomi klinis mutlak, kini harus mulai mempertimbangkan aspek biaya dalam pengambilan keputusan medis tanpa melanggar etika kedokteran. Hal ini seringkali memicu resistensi internal karena dianggap membatasi kebebasan profesi. Oleh sebab itu, pendekatan KMKB harus dilakukan secara persuasif, berbasis bukti (*evidence-based*), dan melibatkan komite medis secara aktif.

Mutu pelayanan kesehatan memiliki dimensi yang luas, meliputi kompetensi teknis, aksesibilitas, efektivitas, efisiensi,

kontinuitas, keamanan, kenyamanan, dan hubungan antarmanusia. Kendali mutu berfokus pada pemantauan dan evaluasi terus-menerus terhadap dimensi-dimensi ini agar selalu sesuai dengan standar yang ditetapkan. Sementara itu, kendali biaya berfokus pada rasionalisasi penggunaan sumber daya agar tidak terjadi pemborosan (*waste*) maupun penggunaan yang kurang (*underuse*) yang dapat membahayakan pasien.

Pergeseran demografi dengan meningkatnya populasi lansia dan prevalensi penyakit kronis degeneratif juga menambah beban pembiayaan kesehatan. Penyakit katastropik seperti jantung, kanker, gagal ginjal, dan stroke menyedot porsi terbesar dana kesehatan. Tanpa mekanisme KMKB yang ketat pada kasus-kasus ini, sistem kesehatan nasional dapat mengalami kebangkrutan, dan rumah sakit akan mengalami kerugian operasional yang masif.

Peran teknologi informasi dalam KMKB menjadi sangat vital di era digital ini. Data klinis dan data keuangan yang terintegrasi memungkinkan manajemen untuk melakukan analisis biaya per diagnosis, biaya per dokter, hingga kepatuhan terhadap panduan praktik klinis secara *real-time*. Keputusan manajerial tidak lagi didasarkan pada asumsi atau intuisi, melainkan pada *data-driven decision making* yang akurat.

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan berbagai regulasi turunannya telah mewajibkan pembentukan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) baik di tingkat pusat maupun di tingkat fasilitas kesehatan. Namun, efektivitas tim ini di lapangan masih sangat bervariasi. Tantangan terbesar adalah bagaimana menerjemahkan regulasi makro menjadi prosedur operasional standar (SPO) mikro yang dapat dijalankan oleh setiap staf di rumah sakit sehari-hari.

Salah satu hambatan utama dalam implementasi KMKB adalah kurangnya pemahaman tentang *unit cost* atau biaya satuan yang riil. Banyak rumah sakit belum memiliki sistem akuntansi biaya yang mampu menghitung secara presisi berapa

biaya sesungguhnya untuk satu tindakan medis. Akibatnya, rumah sakit seringkali tidak menyadari apakah tarif yang diterima dari pembayar (*payer*) sudah menutupi biaya produksi atau justru merugi.

Konsep *Value-Based Healthcare* yang diperkenalkan oleh Michael Porter menjadi kiblat baru dalam KMKB. Konsep ini mendefinisikan nilai (*value*) sebagai hasil kesehatan (*health outcomes*) yang dicapai per unit biaya yang dikeluarkan. Tujuan akhir dari KMKB bukanlah biaya terendah (murah), melainkan nilai tertinggi (efektif). Jika biaya ditekan terlalu rendah sehingga pasien tidak sembuh atau cacat, maka nilai pelayanannya adalah nol atau bahkan negatif.

Dalam konteks etika, KMKB juga menghadapi tantangan moral. Sejauh mana efisiensi biaya boleh dilakukan ketika berhadapan dengan nyawa manusia? Apakah boleh membatasi jenis obat tertentu demi margin keuntungan? Pertanyaan-pertanyaan ini harus dijawab dengan landasan filosofis yang kuat bahwa kendali biaya dilakukan justru agar sumber daya yang terbatas dapat didistribusikan secara adil untuk menolong lebih banyak pasien (*distributive justice*).

Akhirnya, Bab Pendahuluan ini menegaskan bahwa KMKB adalah sebuah perjalanan berkelanjutan (*continuous improvement*), bukan tujuan akhir yang statis. Dinamika penyakit, teknologi, dan kebijakan akan terus berubah, sehingga strategi KMKB pun harus adaptif dan inovatif.

## **B. Filosofi dan Definisi Operasional KMKB**

Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) pada hakikatnya adalah integrasi dari dua disiplin manajemen yang seringkali dianggap berseberangan: manajemen kualitas dan manajemen keuangan. Filosofi dasarnya berakar pada pemahaman bahwa sumber daya di dunia ini terbatas, sementara kebutuhan manusia akan kesehatan tidak terbatas. Oleh karena itu, pengelolaan sumber daya harus dilakukan dengan bijak (prinsip *stewardship*)

untuk menghasilkan *outcome* kesehatan terbaik. Secara definisi operasional, Kendali Mutu adalah suatu sistem yang terstruktur untuk memantau, menilai, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan agar sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang berlaku. Tujuannya adalah memastikan pasien mendapatkan pelayanan yang aman, efektif, dan memuaskan.

Sementara itu, Kendali Biaya didefinisikan sebagai serangkaian upaya sistematis untuk mengatur, mengawasi, dan mengendalikan pengeluaran biaya pelayanan kesehatan agar tetap efisien tanpa mengurangi mutu pelayanan. Ini mencakup *cost containment* (penahanan laju biaya) dan *cost effectiveness* (efektivitas biaya). Dalam filosofi *Lean Hospital*, kendali biaya berfokus pada eliminasi *waste* atau pemborosan, seperti waktu tunggu yang lama, stok obat yang kadaluarsa, pergerakan staf yang tidak perlu, hingga prosedur administrasi yang berbelit-belit.

Hubungan filosofis antara mutu dan biaya dapat dijelaskan melalui teori "Cost of Quality." Ada biaya yang harus dikeluarkan untuk mencapai mutu (biaya pencegahan dan biaya penilaian), namun ada biaya yang jauh lebih besar yang timbul akibat buruknya mutu (biaya kegagalan internal dan eksternal). Contoh biaya kegagalan adalah biaya yang timbul akibat kesalahan operasi, infeksi pasca bedah, atau tuntutan hukum dari pasien. Dengan demikian, berinvestasi pada mutu (kendali mutu) sejatinya adalah strategi terbaik untuk mengendalikan biaya (kendali biaya) dalam jangka panjang.

Filosofi KMKB juga erat kaitannya dengan prinsip *equity* atau keadilan. Dalam sistem kesehatan nasional, pemborosan di satu sektor atau pada satu pasien berarti mengurangi kesempatan pasien lain untuk mendapatkan pelayanan. Dengan melakukan kendali biaya yang ketat pada prosedur yang tidak perlu (*unnecessary treatment*), rumah sakit sebenarnya sedang menyelamatkan sumber daya untuk dialokasikan kepada pasien

lain yang lebih membutuhkan. Ini adalah bentuk tanggung jawab sosial rumah sakit.

Penerapan filosofi ini menuntut perubahan *mindset* klinisi. Dokter harus memahami konsep *frugal medicine*, yaitu praktik kedokteran yang hemat namun tetap bermutu. Memilih obat generik yang memiliki bioavailabilitas setara dengan obat paten adalah salah satu contoh penerapan filosofi ini. Memilih pemeriksaan penunjang yang hanya benar-benar mengubah manajemen terapi, bukan sekadar "ingin tahu," adalah contoh lain dari integrasi kendali mutu dan biaya dalam praktik klinis sehari-hari.

Dalam tataran operasional, KMKB diwujudkan melalui pembentukan komite atau tim khusus, penyusunan *Clinical Pathway*, formularium obat rumah sakit, dan standar asuhan keperawatan. Filosofi ini harus diterjemahkan ke dalam indikator kinerja yang terukur. Misalnya, indikator mutu "Angka Infeksi Luka Operasi" harus disandingkan dengan indikator biaya "Rata-rata Biaya Antibiotik Profilaksis." Dengan menyandingkan kedua data ini, manajemen dapat melihat apakah penggunaan antibiotik mahal benar-benar berkorelasi dengan penurunan angka infeksi.

Penting untuk dicatat bahwa KMKB bukan berarti "murah." Pelayanan yang murah tapi tidak menyembuhkan adalah pemborosan terbesar. KMKB mencari titik optimal di mana biaya yang dikeluarkan sepadan dengan manfaat klinis yang didapat. Konsep *Opportunity Cost* juga bermain di sini; setiap keputusan medis memiliki biaya peluang. Memilih satu modalitas terapi berarti melepaskan kesempatan untuk menggunakan modalitas lain dengan sumber daya yang sama.

Filosofi KMKB menolak praktik *defensive medicine*, yaitu tindakan dokter melakukan pemeriksaan berlebihan semata-mata untuk melindungi diri dari tuntutan hukum, bukan untuk kepentingan pasien. Praktik ini sangat membebani biaya kesehatan. KMKB mendorong praktik berbasis bukti (*Evidence*

*Based Medicine*) yang secara ilmiah terbukti memberikan manfaat paling besar bagi pasien.

KMKB juga mencakup aspek transparansi. Pasien berhak mengetahui perkiraan biaya dan risiko medis sebelum tindakan dilakukan. Transparansi ini adalah bagian dari mutu pelayanan (komunikasi efektif) sekaligus kendali biaya (mencegah *dispute* pembayaran di akhir). Filosofi keterbukaan ini membangun kepercayaan (*trust*) yang merupakan modal sosial tak ternilai bagi rumah sakit.

Dalam ekosistem JKN, filosofi KMKB selaras dengan prinsip *managed care*. Penyedia layanan kesehatan (PPK) berfungsi sebagai *gatekeeper* yang menyeleksi kasus mana yang bisa ditangani di tingkat primer dan mana yang butuh rujukan. Sistem rujukan berjenjang adalah mekanisme makro dari KMKB untuk memastikan kompetensi layanan sesuai dengan tingkat keparahan penyakit dan biaya yang efisien.

Akhirnya, filosofi KMKB menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan (*Patient Centered Care*). Kendali biaya tidak boleh menghalangi akses pasien terhadap pelayanan yang *life-saving*. Keputusan medis harus tetap didasarkan pada indikasi medis, bukan indikasi finansial semata. Namun, di antara berbagai pilihan yang indikasi medisnya sama, pilihan yang paling efisienlah yang harus diambil.

### **C. Regulasi dan Kebijakan KMKB di Indonesia**

Dasar hukum implementasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya di Indonesia sangat kuat dan berlapis, dimulai dari undang-undang hingga peraturan teknis pelaksana. Regulasi utama yang menjadi payung hukum adalah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Kedua UU ini mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan dalam skema JKN harus dilakukan secara efektif dan efisien. Terbaru, UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang

Kesehatan semakin mempertegas pentingnya mutu dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Secara lebih spesifik, Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, yang telah beberapa kali diubah (terakhir dengan PMK terkait), secara eksplisit mengatur tentang Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). Regulasi ini memandatkan pembentukan tim yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis untuk melakukan sosialisasi, pemantauan, dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan. TKMKB memiliki kewenangan untuk melakukan audit medis dan memberikan rekomendasi sanksi jika ditemukan penyimpangan.

Selain itu, PMK Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit mewajibkan setiap rumah sakit membentuk komite mutu yang bertanggung jawab langsung kepada direktur. Komite ini bertugas meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta manajemen risiko. Regulasi ini mensyaratkan rumah sakit untuk melakukan pengumpulan data indikator mutu, analisis insiden keselamatan pasien, dan validasi data mutu secara berkala.

Kebijakan mengenai standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program JKN diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan yang menetapkan tarif INA-CBGs. Regulasi ini adalah instrumen utama kendali biaya dari sisi pembayar. Rumah sakit "dipaksa" untuk beroperasi di dalam batasan tarif paket tersebut. Jika biaya riil rumah sakit melebihi tarif INA-CBGs, selisihnya menjadi kerugian rumah sakit, kecuali untuk kasus-kasus tertentu yang bisa di-*top up*.

Regulasi tentang Formularium Nasional (Fornas) juga merupakan pilar kebijakan KMKB. Fornas membatasi jenis obat yang boleh diresepkan dalam skema JKN. Pembatasan ini bukan untuk mengurangi mutu, melainkan untuk mengarahkan penggunaan obat pada yang paling *cost-effective* dan berbasis bukti ilmiah. Kepatuhan terhadap Fornas menjadi salah satu indikator keberhasilan kendali biaya di instalasi farmasi.

Pemerintah juga mengeluarkan kebijakan tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan melalui PMK Nomor 16 Tahun 2019. Regulasi ini mendefinisikan bentuk-bentuk kecurangan seperti *upcoding* (menaikkan kode diagnosis agar tarif lebih mahal), *phantom billing* (klaim palsu), hingga *unbundling*. Kebijakan anti-fraud ini adalah bentuk perlindungan terhadap kebocoran dana kesehatan yang masif.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan juga memuat pasal-pasal krusial mengenai kendali mutu dan biaya, termasuk peran BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pemanfaatan pelayanan (*utilization review*). BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk mengembangkan sistem deteksi inefisiensi dan penyalahgunaan pelayanan.

Dalam konteks akreditasi, regulasi mewajibkan rumah sakit untuk terakreditasi oleh lembaga independen yang diakui pemerintah (seperti KARS, LAFKI, dll). Standar akreditasi ini pada dasarnya adalah kumpulan regulasi teknis tentang mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit yang tidak lulus akreditasi tidak dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, yang berarti kehilangan pasar terbesar pasien di Indonesia.

Kebijakan tentang *Clinical Pathway* (Alur Klinis) juga didorong melalui standar akreditasi dan regulasi profesi. Rumah sakit wajib memiliki setidaknya 5 panduan praktik klinis untuk penyakit terbanyak yang dilengkapi dengan *clinical pathway*. Dokumen ini menjadi standar audit untuk melihat apakah ada variasi pelayanan yang tidak perlu yang menyebabkan pembengkakan biaya.

Aspek hukum perdata dan pidana juga membayangi pelaksanaan KMKB. Kelalaian dalam menjaga mutu yang menyebabkan kerugian pada pasien dapat berujung pada gugatan malpraktik. Sebaliknya, upaya menekan biaya secara ekstrem yang terbukti membahayakan nyawa pasien juga bisa

masuk dalam ranah pidana kelalaian. Oleh karena itu, *Legal Auditor* terhadap kebijakan efisiensi rumah sakit harus dilakukan secara berkala.

Tantangan regulasi di Indonesia seringkali terletak pada harmonisasi antar peraturan. Terkadang ada tumpang tindih antara kebijakan pemerintah daerah dan pusat, atau antara satu kementerian dengan kementerian lain. Namun, benang merahnya jelas: negara menuntut rumah sakit untuk transparan, akuntabel, bermutu, dan efisien. Rumah sakit harus memiliki unit legal yang kuat untuk memantau dinamika regulasi KMKB ini agar tetap patuh (*comply*).

#### D. Dinamika *Unit Cost* dan Tarif Rumah Sakit

Pemahaman mendalam tentang *Unit Cost* (biaya satuan) adalah tulang punggung dari kendali biaya. *Unit cost* adalah total biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk memproduksi satu unit layanan (misalnya satu kali rawat jalan, satu kali operasi appendiktomi, atau satu hari rawat inap). Tanpa mengetahui *unit cost* yang akurat, rumah sakit buta finansial; mereka tidak tahu apakah tarif yang mereka terima untung atau rugi. Banyak rumah sakit di Indonesia masih menggunakan metode tradisional dalam menghitung biaya, yang seringkali tidak menangkap biaya *overhead* (listrik, air, gaji manajemen) secara presisi.



Gambar 2. Dinamika Unit Cost dan Tarif RS

Metode *Activity Based Costing* (ABC) dianggap sebagai standar emas dalam perhitungan *unit cost* rumah sakit. Metode ini menelusuri biaya berdasarkan aktivitas yang memicu biaya tersebut. Dalam konteks KMKB, metode ABC membantu manajemen mengidentifikasi aktivitas mana yang boros (*non-value added activities*). Misalnya, proses administrasi masuk rawat inap yang melibatkan 5 meja berbeda memakan biaya tenaga kerja dan waktu yang tinggi; ini bisa diefisienkan.

Dinamika tarif rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kesenjangan antara *Unit Cost* riil dan Tarif INA-CBGs. Jika  $Unit\ Cost\ RS > \text{Tarif INA-CBGs}$ , rumah sakit merugi. Jika  $Unit\ Cost\ RS < \text{Tarif INA-CBGs}$ , rumah sakit surplus. Kendali biaya berfokus pada upaya menekan *Unit Cost* agar berada di bawah tarif INA-CBGs tanpa mengurangi mutu. Strategi ini disebut *cost leadership*.

Komponen pembentuk *Unit Cost* terbesar di rumah sakit biasanya adalah Biaya Sumber Daya Manusia (gaji dan jasa medis), diikuti oleh Biaya Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), serta biaya investasi alat dan gedung. Kendali biaya yang efektif harus menyoal "Pareto" biaya ini. Misalnya, negosiasi harga obat dengan distributor (*e-purchasing*), penggunaan formularium yang ketat, dan sistem remunerasi SDM yang berbasis kinerja, bukan sekadar kehadiran.

Inflasi medis yang terjadi setiap tahun (kenaikan harga obat, reagen lab, dll) membuat *unit cost* terus bergerak naik, sementara tarif INA-CBGs tidak selalu naik setiap tahun. Hal ini menciptakan tekanan margin yang luar biasa. Rumah sakit dituntut melakukan inovasi proses. Contoh: digitalisasi hasil rontgen (tanpa film) dapat memangkas biaya film rontgen secara signifikan dan menurunkan *unit cost* radiologi.

Analisis *Break Even Point* (BEP) menjadi alat penting dalam dinamika ini. Manajemen harus tahu berapa jumlah pasien minimal yang harus dilayani untuk menutup biaya investasi alat canggih seperti MRI atau CT-Scan. Jika utilisasi rendah, biaya per unit menjadi sangat mahal karena beban penyusutan alat

ditanggung oleh sedikit pasien. Kendali mutu berperan dalam memastikan alat tersebut digunakan sesuai indikasi, bukan *over-utilization* demi mengejar BEP semata.

Subsidi silang (*cross-subsidy*) adalah strategi klasik yang mulai sulit diterapkan di era JKN. Dulu, pasien VIP mensubsidi pasien kelas 3. Sekarang, dengan dominasi pasien BPJS (yang tarifnya *fixed*), ruang gerak subsidi silang semakin sempit. Oleh karena itu, kendali biaya harus dilakukan di semua lini kelas perawatan, tidak bisa lagi mengandalkan margin dari kelas VIP saja.

Variasi biaya antar dokter untuk diagnosis yang sama (*practice variation*) adalah musuh utama kendali biaya. Dokter A mungkin menggunakan 5 jenis obat untuk tifoid, Dokter B menggunakan 2 jenis obat. Hasil klinisnya sama-sama sembuh. Selisih biaya antara Dokter A dan B adalah inefisiensi. Standarisasi melalui Panduan Praktik Klinis (PPK) bertujuan menyeragamkan proses ini sehingga *unit cost* menjadi terprediksi dan terkendali.

Pentingnya data *costing* yang *real-time*. Rumah sakit modern harus beralih ke sistem ERP (*Enterprise Resource Planning*) yang bisa menyajikan data biaya harian. Manajemen tidak bisa menunggu laporan keuangan akhir tahun untuk menyadari bahwa biaya operasional membengkak. *Dashboard* kinerja keuangan harian memungkinkan intervensi cepat jika terjadi anomali biaya di unit tertentu.

Transparansi *Unit Cost* juga penting untuk advokasi ke pemerintah. Asosiasi Rumah Sakit (seperti PERSI) memerlukan data *unit cost* yang valid dari anggotanya untuk bernegosiasi dengan Kementerian Kesehatan agar tarif INA-CBGs disesuaikan secara berkala dan rasional. Tanpa data biaya yang valid, argumen kenaikan tarif akan lemah.

## **E. Peran *Clinical Pathway* dalam Keseimbangan Mutu-Biaya**

*Clinical Pathway*(CP) atau Alur Klinis Terintegrasi adalah instrumen paling konkret dalam menyeimbangkan mutu dan biaya di tingkat pelayanan pasien. CP adalah dokumen perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang harus dilakukan kepada pasien mulai dari masuk hingga pulang (*admission to discharge*) berdasarkan standar medis terbaik, dengan estimasi waktu dan biaya yang jelas. CP berfungsi sebagai "peta jalan" bagi tim medis interdisiplin (dokter, perawat, apoteker, ahli gizi).

Dari sisi mutu, CP menjamin konsistensi pelayanan. Siapapun dokter yang merawat, pasien akan mendapatkan standar pemeriksaan dan terapi yang relatif sama untuk diagnosis yang sama. Ini mengurangi variabilitas klinis yang tidak diinginkan (*unwanted variation*). Variabilitas adalah sumber risiko kesalahan medis. Dengan CP, langkah-langkah kritis (seperti pemberian antibiotik profilaksis tepat waktu sebelum operasi) menjadi prosedur standar yang wajib dicentang, sehingga meningkatkan *patient safety*.

Dari sisi biaya, CP berfungsi sebagai alat pengendali *Length of Stay*(LOS) atau lama hari rawat. CP menetapkan target hari pulang. Misalnya, untuk Demam Berdarah Dengue tanpa komplikasi, target rawat adalah 4 hari. Jika pasien dirawat lebih dari 4 hari tanpa alasan medis yang jelas (varians), maka itu dihitung sebagai inefisiensi. Pengurangan 1 hari rawat inap secara rata-rata dapat menghemat miliaran rupiah per tahun bagi rumah sakit besar.

CP juga mengatur penggunaan obat dan pemeriksaan penunjang. Dalam lembar CP, obat-obatan sudah dipaketkan sesuai formularium. Dokter tinggal memilih dari daftar yang tersedia. Ini mencegah peresepan obat di luar formularium yang harganya mahal dan tidak ditanggung asuransi. Demikian juga

dengan pemeriksaan lab, CP membatasi pemeriksaan yang rutin vs pemeriksaan atas indikasi khusus.

Implementasi CP membutuhkan kepatuhan (*compliance*). Tantangan terbesar adalah ego sektoral profesi yang merasa "didikte" oleh dokumen. Padahal, CP disusun bersama oleh Staf Medis Fungsional (SMF) itu sendiri. Audit kepatuhan terhadap CP harus dilakukan rutin. Jika kepatuhan rendah, maka tujuan KMKB tidak akan tercapai. Studi menunjukkan bahwa kepatuhan tinggi terhadap CP berkorelasi positif dengan *outcome* klinis yang lebih baik dan biaya yang lebih rendah.

Analisis varians adalah kunci dari evaluasi CP. Setiap penyimpangan dari jalur yang sudah ditetapkan harus dicatat. Ada varians yang dapat diterima (karena kondisi pasien memburuk atau ada komorbid), dan ada varians yang tidak dapat diterima (karena kelalaian petugas, keterlambatan hasil lab, atau ketiadaan obat). Manajemen harus fokus memperbaiki sistem penyebab varians yang tidak dapat diterima ini.

CP juga memudahkan proses klaim ke BPJS. Dengan dokumentasi yang runtut sesuai CP, *coding* diagnosis menjadi lebih akurat. Rekam medis yang terstruktur dalam CP menjadi bukti kuat ("verifiable proof") bahwa pelayanan telah diberikan sesuai standar, sehingga meminimalkan potensi sengketa klaim (*dispute claim*).

Pengembangan CP harus prioritas pada *High Volume, High Cost, High Risk, dan Problem Prone*. Rumah sakit tidak perlu membuat CP untuk semua penyakit sekaligus. Fokus pada 10-20 penyakit terbanyak (seperti Sesar, Tifoid, Stroke, DBD, Katarak) sudah dapat mengcover 60-70% beban pelayanan dan biaya rumah sakit. Ini adalah penerapan prinsip Pareto dalam manajemen klinis.

Di era digital, CP telah bertransformasi menjadi *E-Clinical Pathway* yang terintegrasi dalam Rekam Medis Elektronik (RME). Sistem akan memberikan *alert* atau peringatan jika dokter

meresepkan obat di luar jalur atau lupa melakukan pemeriksaan vital. Ini adalah bentuk *Computerized Physician Order Entry* (CPOE) yang sangat efektif dalam kendali mutu dan biaya secara *real-time*.

Keterlibatan pasien dan keluarga juga diatur dalam CP. Edukasi pasien terjadwal hari demi hari. Pasien yang tereduksi dengan baik cenderung lebih kooperatif, lebih cepat pulih, dan memiliki risiko readmisi yang lebih rendah. Ini membuktikan bahwa pendekatan terstruktur tidak hanya menguntungkan rumah sakit secara finansial, tapi juga memmanusiakan pasien.

## **F. Tantangan dan Strategi Implementasi KMKB di Era Disrupsi**

Era disrupsi kesehatan ditandai dengan perubahan teknologi yang cepat, pergeseran pola penyakit, dan ketidakpastian ekonomi global. Tantangan pertama adalah resistensi budaya. Mengubah budaya organisasi dari "berorientasi pendapatan" (*revenue driven*) menjadi "berorientasi nilai" (*value driven*) sangat sulit. Staf yang terbiasa nyaman dengan pola kerja lama akan merasa terancam dengan ketatnya monitoring kinerja dan efisiensi. Strategi untuk mengatasinya adalah melalui kepemimpinan transformasional yang mampu mengkomunikasikan "why" (mengapa kita harus berubah) dengan jelas kepada seluruh staf.

Tantangan kedua adalah keterbatasan data. Banyak rumah sakit "kaya data tapi miskin informasi." Data tersebar di berbagai silo (rekam medis, billing, farmasi) yang tidak terintegrasi. Analisis KMKB menjadi lambat dan manual. Strategi solusinya adalah investasi pada *Big Data Analytics* dan interoperabilitas sistem. Rumah sakit harus membangun *data warehouse* yang mampu mengintegrasikan data klinis dan keuangan untuk analisis prediktif.

Tantangan ketiga adalah ekspektasi pasien yang semakin tinggi akibat paparan media sosial. Pasien sering menuntut

pemeriksaan canggih (seperti MRI) yang sebenarnya belum diindikasikan secara medis karena mereka membacanya di internet. Menjelaskan penolakan pemeriksaan demi kendali biaya sering dianggap pelit atau pelayanan buruk. Strategi komunikasinya adalah *Shared Decision Making*, di mana dokter menjelaskan rasio manfaat-risiko dan biaya kepada pasien secara transparan dan empatik.

Tantangan keempat adalah *Fraud* dan penyimpangan moral. Tekanan untuk efisiensi bisa menggoda manajemen atau klinisi melakukan *gaming* (mengakali sistem) atau menurunkan mutu di bawah standar (misalnya menggunakan kembali alat sekali pakai tanpa sterilisasi yang valid). Strategi pencegahannya adalah penguatan sistem audit internal (*Internal Control System*) dan *Whistleblowing System* yang melindungi pelapor kecurangan.

Disrupsi teknologi seperti *Telemedicine* dan *Artificial Intelligence* (AI) juga membawa tantangan sekaligus peluang. AI bisa membantu diagnosis lebih cepat dan akurat (mutu naik), namun investasi awalnya mahal (biaya naik). Strategi rumah sakit harus selektif mengadopsi teknologi yang memiliki *Return on Investment* (ROI) jelas dan dampak klinis nyata. Jangan terjebak pada "gimmick" teknologi.

Masalah rantai pasok (*supply chain*) global yang tidak stabil juga mempengaruhi biaya obat dan alkes. Ketergantungan pada bahan baku impor membuat harga fluktuatif sesuai kurs dolar. Strategi pengadaan harus beralih ke *strategic sourcing*, kontrak jangka panjang, dan pemanfaatan produksi dalam negeri (TKDN) yang didorong pemerintah untuk menstabilkan biaya.

Tantangan kompetensi SDM. KMKB membutuhkan keahlian khusus seperti *coding*, aktuaria kesehatan, dan manajemen mutu yang jarang diajarkan di pendidikan kedokteran konvensional. Rumah sakit harus memiliki strategi pengembangan SDM melalui pelatihan berkelanjutan, *workshop*, dan studi banding. Kaderisasi

"Champion Mutu" di setiap unit adalah strategi *bottom-up* yang efektif.

Kemitraan strategis dengan pihak ketiga. Rumah sakit tidak bisa berdiri sendiri. Kolaborasi dengan asuransi swasta (COB - *Coordination of Benefit*), vendor alat kesehatan (sistem KSO), dan jejaring rujukan dapat menjadi strategi membagi risiko finansial. Kerjasama timbal balik yang transparan akan menciptakan ekosistem efisiensi yang lebih luas.

Fleksibilitas struktur organisasi. Struktur birokrasi rumah sakit yang kaku sering menghambat pengambilan keputusan cepat terkait efisiensi. Konsep *Agile Hospital* diperlukan, di mana tim *ad-hoc* lintas fungsi bisa dibentuk cepat untuk memecahkan masalah pemborosan di area tertentu.

Akhirnya, komitmen pemilik (*Owner*) dan Dewan Pengawas. KMKB seringkali membutuhkan investasi di awal (untuk sistem IT, pelatihan) sebelum memetik hasil efisiensi di kemudian hari. Jika pemilik hanya fokus pada dividen jangka pendek, program KMKB akan gagal. Strategi manajemen adalah menyajikan data proyeksi jangka panjang yang meyakinkan pemilik bahwa efisiensi adalah satu-satunya jalan agar rumah sakit bertahan hidup (*survival*) di masa depan.

## **G. Referensi Bab 1**

### **Daftar Pustaka (Buku & Regulasi)**

Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.

Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.

Al-Assaf, A. F. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.

Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Pers.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2022). *Panduan Layanan JKN-KIS*. Jakarta: BPJS Kesehatan.

- Bustami. (2016). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Padang: Erka.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Handiwidjojo, W. (2016). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Penerbit Pohon Cahaya.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Hidayat, A. A. (2021). *Metode Penelitian Keperawatan dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kuntoro, W., & Istiono, W. (2017). *Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien*. Yogyakarta: Jurnal Kesehatan.
- Mahendradhata, Y., et al. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Edisi 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press. (Edisi terjemahan/ulasan Indonesia 2016).
- Pemerintah Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2013). *Permenkes No 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN*.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2019). *Permenkes No 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud)*.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2020). *Permenkes No 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit*.
- Pratiwi, A. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rivai, V., & Mulyadi, D. (2018). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Manajemen Rumah Sakit Jilid 1*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sitorus, R., & Yulia. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Manajemen Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Trisnantoro, L. (2020). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- World Health Organization. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: WHO.



# BAB II

## SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN IMPLIKASINYA



### A. Pendahuluan

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 1 Januari 2014 merupakan tonggak sejarah terbesar dalam transformasi sistem kesehatan di Indonesia. Perubahan ini bukan sekadar pergantian mekanisme pembayaran atau administrasi asuransi semata, melainkan sebuah revolusi struktural yang mengubah fundamental interaksi antara pasien, penyedia layanan kesehatan (faskes), dan negara. Sebelum era JKN, sistem kesehatan Indonesia terfragmentasi dalam berbagai skema jaminan yang tidak merata, seperti Askes untuk pegawai negeri, Jamsostek untuk pekerja swasta, dan Jamkesmas untuk masyarakat miskin, sementara sebagian besar masyarakat lainnya mengandalkan pembayaran tunai (*out-of-pocket*). Fragmentasi ini menciptakan ketidakadilan akses dan mutu pelayanan. JKN hadir dengan mandat konstitusional untuk menyatukan seluruh skema tersebut di bawah satu payung Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dengan tujuan mulia mencapai Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*).

Bagi rumah sakit, kehadiran JKN membawa dampak ganda yang paradoks: peluang volume pasien yang masif sekaligus tekanan kendali biaya yang ketat. Di satu sisi, JKN membuka akses bagi jutaan masyarakat yang sebelumnya takut berobat karena

kendala biaya, sehingga meningkatkan tingkat hunian (*Bed Occupancy Rate*) dan utilitas poliklinik rumah sakit secara signifikan. Di sisi lain, perubahan sistem pembayaran dari *Fee for Service* (pembayaran per item tindakan) menjadi sistem paket prospektif (INA-CBGs) memaksa rumah sakit untuk merombak total strategi keuangannya. Dalam sistem lama, semakin banyak tindakan dan obat yang diberikan, semakin besar pendapatan rumah sakit. Namun dalam sistem JKN, pendapatan rumah sakit sudah dipatok di awal berdasarkan diagnosis; segala biaya yang melebihi tarif paket menjadi kerugian rumah sakit.

Implikasi JKN terhadap manajemen rumah sakit sangatlah mendalam, menyentuh aspek tata kelola klinis hingga tata kelola perusahaan. Rumah sakit tidak lagi bisa beroperasi dengan pola pikir "*business as usual*." Manajemen harus bergeser dari fokus pada maksimalisasi pendapatan (*revenue maximization*) menuju optimalisasi biaya (*cost optimization*). Unit-unit yang dulunya dianggap sebagai pusat pendapatan (*revenue center*) seperti laboratorium, radiologi, dan farmasi, kini dalam kacamata *casemix* seringkali dilihat sebagai pusat biaya (*cost center*) yang harus dikendalikan penggunaannya agar tidak menggerus margin paket INA-CBGs. Pergeseran paradigma ini menuntut kepemimpinan yang adaptif dan visioner.

Sistem JKN juga mengubah peta persaingan industri rumah sakit. Jika sebelumnya rumah sakit swasta bisa leluasa menetapkan tarif premium untuk segmen pasar tertentu, kini dengan dominasi pasien JKN yang mencapai lebih dari 80% pangsa pasar nasional, rumah sakit swasta dipaksa untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan jika ingin bertahan hidup. Ketergantungan pada satu pembayar tunggal (*single payer*) ini menempatkan BPJS Kesehatan pada posisi tawar yang sangat kuat (*monopsoni*). Rumah sakit harus mematuhi berbagai regulasi, standar kredensialing, dan audit yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, yang seringkali dirasa memberatkan secara

administratif namun mutlak diperlukan untuk menjamin akuntabilitas dana amanat umat.

Dampak sosial dari JKN juga terasa pada perubahan perilaku pasien (*health seeking behavior*). Masyarakat menjadi lebih sadar akan hak-hak kesehatannya. Namun, hal ini juga diiringi dengan fenomena *moral hazard*, di mana terjadi pemanfaatan layanan kesehatan yang berlebihan baik oleh peserta maupun pemberi layanan. Antrean panjang di rumah sakit menjadi pemandangan umum, yang jika tidak dikelola dengan baik akan menurunkan kepuasan pasien dan citra rumah sakit. Manajemen antrean berbasis teknologi kini menjadi kebutuhan operasional yang tidak bisa ditawar lagi untuk mengatasi lonjakan volume pasien ini.

Kualitas pelayanan di era JKN sering menjadi sorotan publik. Ada stigma di masyarakat bahwa pelayanan pasien BPJS adalah pelayanan "kelas dua" yang identik dengan obat murah, antrean lama, dan diskriminasi layanan. Tantangan bagi manajemen rumah sakit adalah mematahkan stigma ini dengan membuktikan bahwa kendali biaya tidak identik dengan penurunan mutu. Konsep *Lean Management* dan *Clinical Pathway* menjadi instrumen vital untuk menjaga standar pelayanan tetap prima di tengah keterbatasan tarif. Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang *standardized* namun tetap manusiawi.

Aspek likuiditas keuangan rumah sakit juga mengalami guncangan hebat di era JKN. Keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan—yang sering terjadi akibat defisit dana jaminan sosial atau proses verifikasi yang berlarut-larut—dapat mematikan arus kas (*cash flow*) rumah sakit. Banyak rumah sakit yang terpaksa berhutang ke bank atau menunda pembayaran ke vendor obat demi menjaga operasional tetap berjalan. Manajemen piutang dan efisiensi siklus pendapatan (*revenue cycle management*) menjadi kompetensi kritis yang harus dimiliki oleh direktur keuangan rumah sakit saat ini.

Regulasi yang dinamis dan sering berubah (*regulatory turbulence*) menjadi tantangan tersendiri. Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, hingga Peraturan Direktur Utama BPJS Kesehatan silih berganti diterbitkan untuk menyempurnakan sistem. Manajemen rumah sakit harus memiliki tim legal dan tim *casemix* yang lincah dalam memantau dan mengadaptasi setiap perubahan regulasi agar rumah sakit tidak terkena sanksi administratif atau pemutusan kontrak kerja sama. Ketidaktahuan terhadap regulasi terbaru bisa berakibat fatal pada penolakan klaim.

Peran dokter spesialis sebagai tulang punggung pelayanan juga mengalami redefinisi. Otonomi klinis dokter kini harus disandingkan dengan akuntabilitas finansial. Dokter tidak bisa lagi meresepkan obat paten mahal jika ada substitusi generik yang setara dalam Formularium Nasional, kecuali ada indikasi medis yang kuat dan dapat dipertanggungjawabkan. Edukasi dan komunikasi intensif antara manajemen dan komite medis sangat diperlukan untuk menyamakan persepsi bahwa efisiensi adalah bagian dari etika profesional modern.

Sistem rujukan berjenjang yang diterapkan JKN memaksa rumah sakit tipe C dan D untuk memperkuat kompetensinya agar tidak sekadar menjadi "tukang rujuk" ke tipe B atau A. Sebaliknya, rumah sakit tipe A dan B harus fokus pada kasus-kasus subspecialistik yang kompleks dan mengembalikan kasus-kasus stabil ke faskes tingkat di bawahnya (Program Rujuk Balik). Mekanisme ini bertujuan untuk mendistribusikan beban pelayanan secara merata dan efisien, namun dalam praktiknya sering menimbulkan friksi antar faskes dan ketidaknyamanan bagi pasien.

Kendali mutu dan kendali biaya dalam JKN juga diawasi oleh mekanisme audit medis dan audit klaim. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) yang independen memiliki mandat untuk menyelesaikan sengketa medis dan memastikan tidak ada kecurangan (*fraud*). Isu *fraud* seperti *upcoding*, *phantom billing*,

dan *readmission* yang tidak perlu menjadi fokus pengawasan ketat. Rumah sakit harus membangun sistem pencegahan kecurangan internal agar tidak terjerat masalah hukum pidana maupun perdata.

Digitalisasi pelayanan kesehatan didorong secara masif oleh ekosistem JKN. Integrasi sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dengan aplikasi V-Claim dan Mobile JKN milik BPJS Kesehatan adalah sebuah keniscayaan. Sistem antrean online, *e-prescription*, dan rekam medis elektronik menjadi syarat mutlak dalam proses kerja sama (*credentialing*) dan rekredensialing. Transformasi digital ini pada akhirnya bertujuan untuk transparansi data dan efisiensi proses administrasi klaim.

Implikasi JKN terhadap manajemen sumber daya manusia (SDM) rumah sakit juga signifikan. Beban kerja tenaga kesehatan meningkat tajam akibat lonjakan pasien. Risiko *burnout* pada perawat dan dokter menjadi ancaman nyata yang dapat menurunkan mutu layanan dan keselamatan pasien. Manajemen harus pintar mengatur rasio ketenagaan, sistem remunerasi yang adil berbasis kinerja (jasa pelayanan), dan program kesejahteraan karyawan agar motivasi kerja tetap terjaga di tengah tekanan kerja yang tinggi.

Pentingnya peran Verifikator Internal di rumah sakit menjadi sangat menonjol. Tim ini bertugas memverifikasi kesesuaian berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan untuk meminimalisir revisi atau penolakan. Kompetensi koder (*coder*) yang memahami kaidah ICD-10 dan ICD-9-CM menjadi aset berharga. Kesalahan *coding* sedikit saja dapat menyebabkan kerugian finansial jutaan hingga miliaran rupiah bagi rumah sakit.

Akhirnya, Bab Pendahuluan ini menegaskan bahwa JKN bukanlah musuh, melainkan mitra strategis dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat. Meskipun penuh tantangan dan dinamika, sistem ini memaksa rumah sakit untuk berevolusi menjadi institusi yang lebih efisien, transparan, dan akuntabel. Keberhasilan rumah sakit di era JKN ditentukan oleh

kemampuannya untuk beradaptasi, berinovasi, dan menjaga keseimbangan yang harmonis antara misi sosial kemanusiaan dan keberlanjutan ekonomi perusahaan.

## B. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia telah mengalami metamorfosis panjang sebelum mencapai bentuk JKN saat ini. Transformasi ini mencerminkan pergeseran ideologi negara dari sekadar penyedia layanan kesehatan pasif menjadi penjamin aktif hak konstitusional warga negara. Sebelum tahun 2014, pembiayaan kesehatan Indonesia didominasi oleh pembayaran tunai perorangan (*out-of-pocket payment*) yang mencapai hampir 50% dari total belanja kesehatan nasional. Model pembiayaan ini sangat regresif dan berisiko tinggi menyebabkan kemiskinan mendadak (*catastrophic health expenditure*) bagi keluarga yang anggotanya menderita penyakit berat. Asuransi kesehatan saat itu hanya dinikmati oleh segelintir kelompok: Pegawai Negeri Sipil (PNS) melalui PT Askes, tenaga kerja formal swasta melalui PT Jamsostek, dan TNI/Polri melalui ASABRI/Taspen.



Gambar 3. Trasformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Lahirnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi landasan filosofis dan yuridis reformasi ini. UU SJSN mengamankan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, di mana kepesertaan bersifat wajib (*compulsory*) dan iuran dibayar berdasarkan persentase pendapatan (gotong royong). Mereka yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, dan yang muda membantu yang tua. Prinsip ini mengubah fundamental ekonomi kesehatan dari berbasis risiko perorangan (*risk rating*) menjadi berbasis solidaritas sosial (*community rating*). Transformasi ini membutuhkan waktu satu dekade untuk persiapan infrastruktur regulasi dan kelembagaan hingga terbentuknya BPJS Kesehatan melalui UU No. 24 Tahun 2011.

Peralihan ke *Single Payer System* menempatkan BPJS Kesehatan sebagai penguasa pasar yang dominan. Dalam teori ekonomi kesehatan, sistem pembayar tunggal memiliki keunggulan dalam hal efisiensi administratif dan kekuatan negosiasi harga obat serta alat kesehatan. Namun, tantangannya adalah risiko monopoli kebijakan yang bisa menekan penyedia layanan (*provider*). Rumah sakit yang dulunya menghadapi ratusan asuransi dengan ratusan formulir dan prosedur berbeda, kini menghadapi satu pintu standar. Ini menyederhanakan administrasi, namun juga menghilangkan fleksibilitas negosiasi tarif bagi rumah sakit swasta.

Model pembiayaan *supply-side subsidy* (subsidi ke faskes/biaya operasional) yang dulu diterapkan pada rumah sakit pemerintah perlahan digeser menjadi *demand-side subsidy* (bantuan iuran bagi masyarakat miskin/PBI). Artinya, uang negara tidak lagi langsung diberikan untuk menggaji dokter atau membeli obat di RSUD secara gelondongan, melainkan mengikuti pasien. Jika RSUD tidak melayani pasien dengan baik dan pasien lari ke RS Swasta, maka RSUD tersebut akan kehilangan pendapatan. Ini menciptakan iklim kompetisi yang

sehat antara RS Pemerintah dan RS Swasta untuk merebut hati pasien JKN.

Salah satu elemen kunci transformasi ini adalah perubahan metode pembayaran dari retrospektif (*Fee for Service*) menjadi prospektif. Pada metode retrospektif, risiko keuangan berada di pihak pembayar (asuransi); rumah sakit tidak memiliki insentif untuk efisien. Sebaliknya, pada metode prospektif (Kapitasi di FKTP dan INA-CBGs di FKRTL), risiko keuangan digeser ke pemberi layanan (faskes). Rumah sakit menerima pembayaran tetap untuk satu episode penyakit, tidak peduli berapa lama pasien dirawat atau berapa banyak obat yang dipakai. Ini memaksa dokter dan manajemen untuk berkolaborasi menghitung *clinical pathway* yang paling efisien.

Transformasi ini juga memunculkan tantangan aktuaria. Menetapkan besaran iuran yang ideal dan tarif INA-CBGs yang adil (*fair*) adalah perdebatan yang tak kunjung usai. Jika iuran terlalu rendah sementara manfaat (*benefit package*) terlalu luas, maka dana jaminan sosial akan defisit. Sebaliknya, jika tarif INA-CBGs terlalu rendah di bawah *unit cost* rumah sakit, maka mutu pelayanan akan dikorbankan. Keseimbangan aktuaria ini dinamis dan dipengaruhi oleh inflasi medis, profil epidemiologi penyakit, dan struktur demografi penduduk.

Dampak transformasi terhadap industri farmasi juga signifikan. Kebijakan *E-Catalogue* dan Formularium Nasional menekan harga obat secara drastis. Industri farmasi dipaksa bermain di volume besar dengan margin tipis. Bagi rumah sakit, ini menguntungkan dari sisi pengadaan obat murah, namun terkadang menimbulkan kendala ketersediaan (*stock out*) karena produsen obat enggan memproduksi obat dengan margin terlalu kecil. Manajemen rantai pasok rumah sakit harus bermanuver di tengah dinamika ketersediaan obat program JKN ini.

Peran Pemerintah Daerah (Pemda) dalam pembiayaan kesehatan juga berubah. Integrasi Jamkesda ke dalam JKN (Universal Health Coverage lokal) mengharuskan Pemda

mengalokasikan minimal 10% APBD untuk kesehatan, termasuk membayar iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemda. Hal ini memperkuat pendanaan JKN namun juga menimbulkan isu desentralisasi vs sentralisasi data kepesertaan yang sering tidak sinkron.

Sistem pembiayaan JKN juga memperkenalkan konsep "Kendali Mutu dan Kendali Biaya" secara eksplisit dalam regulasi. Hal ini dilembagakan melalui pembentukan tim TKMKB. Transformasi ini menegaskan bahwa dalam asuransi sosial, setiap rupiah harus dipertanggungjawabkan *outcome*-nya. Tidak ada ruang untuk inefisiensi. Audit medis bukan lagi ranah etika semata, tapi juga ranah kepatuhan finansial.

Tantangan pendanaan penyakit katastrofik menjadi ujian terberat sistem pembiayaan baru ini. Penyakit jantung, gagal ginjal, kanker, dan stroke menyedot lebih dari 20-30% total biaya pelayanan kesehatan. Sistem JKN menjamin semua penyakit ini tanpa plafon (*unlimited ceiling*), berbeda dengan asuransi komersial yang memiliki batas. Hal ini sangat menolong masyarakat, namun menjadi beban berat bagi likuiditas dana jaminan sosial. Rumah sakit pusat rujukan nasional menjadi tumpuan penanganan kasus ini dan seringkali tarif INA-CBGs dianggap belum merepresentasikan kompleksitas kasus katastrofik tersebut.

Isu *Co-Payment* atau urun biaya sempat menjadi wacana untuk mendidik masyarakat agar tidak melakukan penyalahgunaan layanan (*moral hazard*) dan menambah likuiditas dana. Namun, penerapannya sangat sensitif secara politis dan sosial. Hingga saat ini, prinsip JKN masih meminimalkan biaya tambahan bagi peserta, kecuali jika peserta ingin naik kelas perawatan di atas haknya.

Transformasi pembiayaan juga mencakup aspek transparansi. Data klaim JKN adalah *big data* kesehatan terbesar yang pernah dimiliki Indonesia. Data ini jika diolah dengan benar dapat menjadi dasar kebijakan kesehatan masyarakat (*public*

*health policy*) yang presisi. Rumah sakit yang mampu menganalisis data klaimnya sendiri akan memiliki keunggulan kompetitif dalam memprediksi tren pendapatan dan beban penyakit.

Keterlibatan sektor swasta (asuransi komersial) melalui skema *Coordination of Benefit* (CoB) adalah bagian dari desain transformasi yang belum optimal. Seharusnya, asuransi swasta bisa menjadi *top-up* bagi peserta JKN yang menginginkan kenyamanan lebih. Integrasi sistem pembiayaan ganda ini masih menghadapi kendala teknis dan regulasi, namun merupakan potensi solusi masa depan untuk keberlanjutan pembiayaan rumah sakit.

Evaluasi berkala terhadap tarif INA-CBGs menjadi keharusan dalam transformasi ini. Kesenjangan antar regional, tipe rumah sakit, dan kelas perawatan harus terus disesuaikan. Rumah sakit harus aktif memberikan data *costing* yang valid kepada Kementerian Kesehatan sebagai basis negosiasi kenaikan tarif. Tanpa data, rumah sakit hanya akan menjadi objek kebijakan.

Kesimpulannya, transformasi pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah perjalanan satu arah menuju sistem yang lebih berkeadilan namun penuh tekanan efisiensi. Rumah sakit yang sukses adalah yang mampu membaca arah angin perubahan ini, menyesuaikan struktur biayanya, dan tetap memegang teguh komitmen pada mutu pelayanan.

### **C. Konsep Managed Care dan Strategic Purchasing dalam JKN**

Konsep *Managed Care* adalah pendekatan yang diadopsi oleh BPJS Kesehatan untuk mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan layanan kesehatan. Tujuannya adalah menghasilkan pelayanan yang komprehensif dengan biaya yang rasional. Dalam JKN, *managed care* diimplementasikan melalui berbagai mekanisme kontrol pemanfaatan (*utilization review*) dan seleksi penyedia layanan. Salah satu pilar utamanya adalah peran

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai *Gatekeeper*. Dokter di Puskesmas atau Klinik Pratama berfungsi sebagai penjaga gawang yang menapis kasus-kasus yang sebenarnya bisa diselesaikan di layanan primer, sehingga tidak membebani rumah sakit rujukan. Keberhasilan *managed care* sangat bergantung pada kompetensi *gatekeeper* ini. Jika FKTP terlalu mudah merujuk, RS akan kebanjiran kasus ringan (non-spesialistik) yang memboroskan sumber daya.



Gambar 4. Konsep Managed Care dan Strategi Purchasing dalam JKN

*Strategic Purchasing* (Pembelian Strategis) adalah evolusi peran BPJS Kesehatan dari sekadar kasir (*passive payer*) menjadi pembeli cerdas (*active purchaser*). Sebagai pembeli strategis, BPJS Kesehatan tidak wajib bekerja sama dengan seluruh rumah sakit. Mereka berhak menyeleksi dan mengontrak hanya rumah sakit yang memenuhi standar mutu, memiliki kelengkapan sarana, dan berkomitmen pada efisiensi. Proses kredensialing (uji kelayakan) dan rekredensialing tahunan adalah instrumen seleksi ini. Rumah sakit harus berlomba-lomba meningkatkan skor kredensialing agar kontrak diperpanjang. Ini menciptakan kompetisi mutu antar fasilitas kesehatan.

Mekanisme Rujukan Berjenjang adalah wujud nyata *managed care* dalam mengatur lalu lintas pasien. Pasien harus melalui FKTP, kemudian ke RS Kelas D/C, baru bisa ke RS Kelas B/A, kecuali dalam kondisi gawat darurat. Sistem ini dirancang untuk mendistribusikan pasien sesuai kompetensi fasilitas. Bagi rumah sakit, ini berarti perubahan profil pasien. RS Tipe B dan A akan menerima kasus yang lebih berat (Case Mix Index tinggi), sementara RS Tipe C dan D akan menangani volume kasus sedang. Manajemen RS harus menyesuaikan ketersediaan dokter spesialis dan alat medis sesuai dengan posisi mereka dalam jenjang rujukan ini.

Program Rujuk Balik (PRB) adalah komponen *managed care* untuk penyakit kronis yang sudah stabil (seperti diabetes, hipertensi, jantung stabil). Pasien-pasien ini dikembalikan pengelolaannya ke FKTP dengan resep obat dari spesialis. Bagi rumah sakit, PRB mengurangi antrean di poliklinik dan membebaskan slot untuk pasien baru yang lebih membutuhkan. Namun, implementasi PRB sering terkendala ketersediaan obat di apotek jejaring FKTP dan keengganan pasien yang merasa lebih aman ditangani dokter spesialis.

*Utilization Review* (UR) dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memantau apakah layanan yang diberikan rumah sakit sesuai indikasi medis. UR bisa dilakukan secara prospektif (sebelum layanan, misal persetujuan tindakan operasi tertentu), konkuren (saat layanan, misal lama hari rawat), atau retrospektif (setelah layanan, telaah klaim). Rumah sakit yang sering melakukan tindakan di luar kewajaran statistik akan terkena audit dan potensi pengembalian dana (*refund*).

Konsep *Volume to Value* menjadi arah baru *strategic purchasing*. Ke depan, BPJS Kesehatan direncanakan tidak hanya membayar berdasarkan jumlah kasus (CBGs), tetapi juga memberikan insentif berdasarkan *outcome* klinis (misalnya angka keberhasilan operasi katarak, kepatuhan terhadap protokol stroke). Rumah sakit harus mulai mengukur indikator klinis ini

secara serius jika ingin mendapatkan insentif finansial tersebut (sistem *Pay for Performance*).

Pengendalian biaya obat melalui Formularium Nasional (Fornas) adalah bentuk lain dari *managed care*. Pembatasan persepsian obat bukan untuk menghalangi kesembuhan, tetapi untuk mendorong penggunaan obat generik bermutu. Restriksi (pembatasan) penggunaan obat mahal seperti antibiotik lini ketiga atau obat kanker tertentu diatur ketat. Dokter spesialis harus mengisi formulir protokol terapi sebelum meresepkan obat restriksi tersebut agar klaim obat dibayar.

Pengelolaan penyakit kronis melalui Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) di FKTP bertujuan mencegah komplikasi yang membutuhkan biaya rawat inap mahal. Rumah sakit berperan sebagai edukator dan konsultan bagi klub-klub Prolanis ini. Keberhasilan pencegahan di hulu akan mengurangi beban biaya katastrofik di hilir (rumah sakit). Ini adalah siklus *managed care* yang holistik.

Dalam *strategic purchasing*, BPJS Kesehatan juga menggunakan data utilisasi untuk memetakan kebutuhan layanan di suatu wilayah. Jika di satu kota sudah terlalu banyak layanan Hemodialisa, BPJS bisa membatasi kerja sama baru untuk layanan tersebut guna mencegah *supplier-induced demand*. Manajemen rumah sakit harus melakukan studi kelayakan mendalam dan berkoordinasi dengan BPJS cabang setempat sebelum membuka layanan unggulan baru.

Isu transparansi dan akuntabilitas dalam *purchasing* sangat krusial. Kontrak kerja sama antara BPJS dan RS adalah dokumen perdata yang mengatur hak dan kewajiban detail. Klausul-klausul dalam kontrak seringkali diperbarui mengikuti dinamika regulasi. Tim legal rumah sakit harus jeli menelaah setiap pasal dalam perjanjian kerja sama (PKS) agar tidak merugikan rumah sakit di kemudian hari.

Tantangan *managed care* di Indonesia adalah disparitas geografis. Di daerah terpencil, konsep *gatekeeper* dan rujukan berjenjang sulit diterapkan karena kurangnya fasilitas dan dokter. BPJS Kesehatan seringkali harus lebih fleksibel dalam menerapkan aturan di daerah sulit. Rumah sakit di daerah perifer memiliki tantangan berbeda dengan rumah sakit di kota besar dalam hal kepatuhan terhadap standar *managed care* yang kaku.

Peran Dewan Pertimbangan Klinis dan Tim Review Pemanfaatan Pelayanan diperlukan ketika terjadi sengketa medis antara interpretasi BPJS (sebagai *purchaser*) dan Dokter (sebagai *provider*). Apakah sebuah tindakan *Medically Necessary* atau tidak seringkali menjadi area abu-abu. *Strategic purchasing* harus didasarkan pada *Evidence Based Medicine*, bukan sekadar penghematan biaya.

BPJS Kesehatan juga menerapkan sistem *denda* atau sanksi administratif bagi faskes yang melanggar kontrak, misalnya menarik biaya tambahan kepada peserta atau menolak pasien. Sistem *reward and punishment* ini adalah alat kendali perilaku penyedia layanan. Rumah sakit harus memastikan seluruh staf frontliner memahami aturan main ini.

Digitalisasi *purchasing* melalui aplikasi HFIS (*Health Facilities Information System*) memudahkan proses pemutakhiran data sarana prasarana dan SDM rumah sakit. Data di HFIS menjadi dasar bagi BPJS untuk menentukan kapasitas layanan dan kuota pasien yang bisa dirujuk ke rumah sakit tersebut. Ketidakakuratan data di HFIS bisa menyebabkan rumah sakit kehilangan potensi pasien.

Kesimpulannya, *Managed Care* dan *Strategic Purchasing* memaksa rumah sakit untuk tidak hanya menjadi penyembuh, tetapi juga pengelola sumber daya yang bijak. Rumah sakit harus bermitra dengan BPJS Kesehatan dalam semangat saling menguntungkan, di mana BPJS mendapatkan efisiensi biaya dan RS mendapatkan volume pasien yang terjamin.

## **D. Dampak JKN terhadap Tata Kelola Klinis dan Operasional RS**

Penerapan JKN membawa dampak revolusioner terhadap tata kelola klinis (*clinical governance*) dan operasional rumah sakit. Yang paling mendasar adalah keharusan standarisasi proses asuhan klinis. Sebelum era JKN, variasi praktik kedokteran sangat tinggi; satu penyakit bisa ditangani dengan sepuluh cara berbeda oleh sepuluh dokter berbeda di rumah sakit yang sama. Hal ini menciptakan ketidakpastian biaya dan mutu. JKN mendorong implementasi Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) secara ketat. CP bukan lagi dokumen pelengkap akreditasi, melainkan instrumen pengendali biaya harian. Manajemen harus memastikan kepatuhan dokter terhadap CP agar biaya perawatan tidak melebihi tarif INA-CBGs.

Dampak operasional terasa pada lonjakan beban administrasi. Proses verifikasi kepesertaan (SEP – Surat Eligibilitas Peserta) menjadi pintu gerbang krusial. Kegagalan penerbitan SEP berarti kegagalan klaim. Rumah sakit harus menambah SDM administrasi khusus untuk menangani pendaftaran, pemberkasan, dan pemindaian dokumen klaim. Antrean di loket pendaftaran sering menjadi titik kemacetan (*bottleneck*). Solusi teknologi seperti *kiosk* mandiri, pendaftaran online, dan *fingerprint* biometrik menjadi standar operasional baru untuk mengurai kepadatan ini.

Struktur organisasi rumah sakit juga beradaptasi dengan munculnya unit baru: Tim Casemix. Tim ini adalah jantung finansial di era JKN, terdiri dari koder bersertifikat, dokter verifikator internal, dan staf administrasi klaim. Peran koder menjadi sangat vital; ketepatan kode diagnosis (ICD-10) dan tindakan (ICD-9-CM) menentukan besaran tarif yang diterima rumah sakit. Manajemen harus berinvestasi pada pelatihan berkelanjutan bagi tim casemix karena aturan koding sangat dinamis dan sering diperbarui.

Manajemen tempat tidur (*bed management*) menjadi lebih kompleks. Tingginya BOR (*Bed Occupancy Rate*) memaksa manajer keperawatan untuk memutar otak mengatur aliran pasien masuk dan keluar (*patient flow*). Isu ketersediaan kamar kelas 3, 2, dan 1 sering menjadi sumber konflik dengan keluarga pasien. Transparansi ketersediaan kamar yang wajib ditampilkan secara *real-time (dashboard display)* dan terhubung dengan aplikasi Mobile JKN menuntut sistem IT rumah sakit yang handal dan terintegrasi dengan sensor di ruang rawat.

Di instalasi farmasi, manajemen logistik berubah total. Pengadaan obat harus mengacu pada Formularium Nasional dan *E-Catalogue*. Sistem *Just in Time* sering diterapkan untuk mengurangi biaya penyimpanan, namun berisiko *stock out* jika distributor terlambat. Depo farmasi harus bekerja ekstra keras melakukan substitusi obat jika obat pilihan utama kosong, dengan tetap berkonsultasi pada dokter penanggung jawab pasien. Peran apoteker klinis semakin penting dalam menelaah resep agar sesuai restriksi Fornas dan mencegah polifarmasi yang tidak perlu.

Laboratorium dan Radiologi mengalami tekanan efisiensi. Dokter tidak bisa lagi memesan pemeriksaan "paket lengkap" tanpa indikasi spesifik. Setiap pemeriksaan penunjang harus memiliki justifikasi klinis yang kuat karena biayanya sudah terbungkus dalam paket INA-CBGs. Manajemen operasional di unit ini harus fokus pada efisiensi penggunaan reagen dan film, serta pemeliharaan alat agar tidak sering rusak yang menghambat pelayanan.

Tata kelola SDM medis mengalami gesekan budaya. Sistem remunerasi dokter yang dulunya berbasis *fee for service* murni, kini harus disesuaikan dengan sistem paket. Pembagian jasa pelayanan (*jaspel*) menjadi isu paling sensitif. Manajemen harus merumuskan formula pembagian jaspel yang adil, transparan, dan disepakati bersama oleh komite medis. Formula ini biasanya memperhitungkan bobot kerja, risiko, dan capaian kinerja, bukan

sekadar jumlah pasien. Ketidakpuasan terhadap pembagian jaspel sering memicu demotivasi dokter dan penurunan mutu layanan.

Manajemen risiko dan keselamatan pasien harus diperketat. Dalam sistem paket, komplikasi medis adalah bencana finansial. Pasien yang mengalami infeksi nosokomial (HAIs) akan memperpanjang hari rawat dan menghabiskan antibiotik mahal, padahal tarif pakatnya tetap. Oleh karena itu, program Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) menjadi strategi finansial, bukan hanya strategi klinis. Kepatuhan cuci tangan dan sterilisasi alat berkorelasi langsung dengan profitabilitas rumah sakit.

Perubahan pola penyakit yang dilayani. Rumah sakit harus menganalisis data 10 besar penyakit terbanyak pasien JKN dan menyesuaikan sarana prasarannya. Jika mayoritas pasien adalah penderita gagal ginjal, maka investasi unit Hemodialisa menjadi prioritas. Jika mayoritas adalah kasus kebidanan, maka penguatan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) adalah wajib. Operasional rumah sakit harus responsif terhadap profil epidemiologi peserta JKN di wilayahnya.

Komunikasi dan edukasi pasien menjadi lebih menantang. Staf *front office* dan tenaga kesehatan harus mampu menjelaskan hak dan kewajiban peserta JKN, termasuk batasan pelayanan, aturan rujukan, dan biaya selisih jika naik kelas. Konflik sering terjadi karena kesalahpahaman pasien tentang apa yang dijamin dan tidak dijamin. Tim *Customer Service* dan *Handling Complaint* harus dibekali kemampuan komunikasi persuasif dan pengetahuan regulasi JKN yang mumpuni.

Audit internal dan audit medis menjadi rutinitas operasional. Komite Medik dan Komite Mutu harus rutin melakukan audit terhadap rekam medis untuk memastikan kelengkapan dokumentasi. Dokumentasi yang buruk (*poor documentation*) adalah penyebab utama klaim tertunda atau ditolak. Slogan "Tulis

yang anda kerjakan, kerjakan yang anda tulis" menjadi mantra operasional yang harus didoktrinasi kepada seluruh staf klinis.

Sistem IT Rumah Sakit (SIMRS) menjadi tulang punggung operasional. SIMRS harus mampu *bridging* (menjembatani) data dengan sistem V-Claim BPJS. Gangguan pada server BPJS atau server rumah sakit bisa melumpuhkan pelayanan pendaftaran dan penerbitan SEP. Oleh karena itu, manajemen operasional harus memiliki rencana kontingensi (*Business Continuity Plan*) jika sistem IT *down*.

Kolaborasi antar profesi (*Interprofessional Collaboration*) menjadi kunci efisiensi. *Patient Centered Care* yang terintegrasi (dokter, perawat, gizi, farmasi) mencegah duplikasi pemeriksaan dan kesalahan komunikasi. Ronde pasien terintegrasi dan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di rekam medis adalah wujud operasional dari kolaborasi ini yang berdampak pada efisiensi *Length of Stay*.

Manajemen limbah dan lingkungan juga terdampak peningkatan volume pasien. Peningkatan sampah medis dan penggunaan air/listrik menuntut efisiensi utilitas (Green Hospital). Penghematan biaya energi dan pengelolaan limbah yang efisien berkontribusi pada penurunan *overhead cost* rumah sakit.

Kesimpulannya, JKN memaksa rumah sakit untuk beroperasi lebih ramping, lebih terstandar, dan lebih terintegrasi. Tata kelola klinis dan operasional yang baik di era JKN adalah yang mampu mensinergikan kepatuhan regulasi, efisiensi biaya, dan keunggulan mutu klinis dalam satu tarikan napas manajemen harian.

## **E. Dinamika Klaim dan Cash Flow Rumah Sakit**

Dinamika pengajuan dan pembayaran klaim adalah "nadinya" rumah sakit di era JKN. Karena mayoritas pendapatan rumah sakit (bisa mencapai 80-90%) berasal dari BPJS Kesehatan, kelancaran proses klaim menentukan hidup matinya operasional. Siklus klaim dimulai dari titik pelayanan (pendaftaran) hingga

uang masuk ke rekening rumah sakit. Gangguan di satu titik saja dalam rantai ini dapat menyebabkan *cash flow mismatch* yang serius, di mana pengeluaran operasional (gaji, obat, listrik) harus dibayar bulanan, sementara pendapatan tertahan.

Proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan adalah tahap paling kritis. Verifikator BPJS akan memeriksa kesesuaian administrasi, diagnosis, dan tindakan dengan ketentuan yang berlaku. Seringkali terjadi perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS mengenai kode diagnosis yang tepat. Perdebatan ini bisa berujung pada *dispute claim* (sengketa klaim). Klaim yang disengketakan tidak akan dibayarkan sampai ada kesepakatan, yang bisa memakan waktu berbulan-bulan. Tumpukan klaim sengketa (*pending claim*) adalah aset macet yang mengganggu neraca keuangan rumah sakit.

Fenomena "gagal bayar" atau keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan (yang sempat marak terjadi pada tahun-tahun awal defisit BPJS) mengajarkan manajemen rumah sakit pentingnya manajemen cadangan kas (*cash reserve*). Rumah sakit tidak bisa lagi mengandalkan pendapatan bulan ini untuk membiayai pengeluaran bulan ini. Harus ada *buffer* dana minimal 3-6 bulan operasional. Fasilitas pembiayaan talangan (*Supply Chain Financing*) dari perbankan menjadi salah satu solusi darurat untuk menjaga likuiditas saat klaim macet, meskipun membebani rumah sakit dengan bunga.

Berita Acara Kelengkapan Berkas (BAKB) adalah dokumen sakral dalam pencairan klaim. BPJS Kesehatan memiliki batas waktu pembayaran (biasanya 15 hari kerja) *setelah* berkas dinyatakan lengkap melalui BAKB. Seringkali, "jarak waktu" antara pengajuan klaim online dan terbitnya BAKB inilah yang menjadi area abu-abu keterlambatan. Manajemen rumah sakit harus memonitor *timeline* ini secara ketat dan proaktif berkomunikasi dengan kantor cabang BPJS jika terjadi penundaan verifikasi.

Isu *Retroactive* klaim akibat perubahan regulasi tarif atau koding juga mempengaruhi *cash flow*. Terkadang, regulasi baru

berlaku surut, memaksa rumah sakit melakukan koding ulang (*re-coding*) atas klaim yang sudah diajukan. Ini menambah beban kerja administrasi dan ketidakpastian pendapatan. Keakuratan estimasi pendapatan (*revenue projection*) menjadi sulit dilakukan di tengah dinamika seperti ini.

Audit pasca bayar (*post-audit*) oleh BPJS atau auditor eksternal (BPKP/KPK) adalah risiko laten. Klaim yang sudah dibayar tahun lalu bisa saja diaudit kembali dan dinyatakan tidak layak bayar karena temuan *fraud* atau ketidaksesuaian administrasi. Jika ini terjadi, rumah sakit harus mengembalikan uang tersebut (koreksi negatif). Ini bisa mengguncang *cash flow* tahun berjalan. Rumah sakit harus menyisihkan dana cadangan risiko (*risk provision*) untuk mengantisipasi potensi pengembalian dana ini.

Strategi efisiensi *revenue cycle* harus diterapkan. Percepatan penyusunan berkas klaim (resume medis) oleh dokter harus didorong. Banyak klaim tertunda hanya karena dokter lambat menandatangani resume medis atau lupa melengkapi laporan operasi. Penerapan sanksi internal atau penundaan pembayaran jasa medis bagi dokter yang tidak disiplin administrasi seringkali perlu diterapkan demi kelancaran arus kas bersama.

Analisis *Cost of Capital* menjadi penting. Keterlambatan pembayaran klaim berarti rumah sakit kehilangan nilai waktu dari uang (*time value of money*). Biaya peluang (*opportunity cost*) dari dana yang tertahan di BPJS harus dihitung. Manajemen keuangan harus cerdas mengelola hutang dagang (*account payable*) ke supplier obat dengan meminta termin pembayaran yang lebih panjang untuk menyeimbangkan dengan termin pembayaran klaim BPJS.

Dampak *cash flow* yang terganggu paling dirasakan pada pengadaan obat dan BHP. Vendor farmasi akan menghentikan suplai jika hutang rumah sakit menumpuk. Kekosongan obat akan menurunkan mutu layanan dan memaksa pasien membeli obat di luar (yang dilarang dalam JKN). Lingkaran setan ini harus diputus

dengan memprioritaskan pembayaran ke vendor strategis saat dana klaim cair.

Klaim non-kapitasi di FKTP dan klaim bayi baru lahir (*neonatal*) sering memiliki dinamika aturan tersendiri yang rumit. Manajemen harus memiliki tim khusus yang memahami detail teknis klaim-klaim spesifik ini agar tidak terjadi *lost revenue*. Setiap rupiah yang bisa diklaim harus diklaim dengan benar.

Transparansi dashboard klaim. Direktur RS harus memiliki akses ke dashboard harian yang menunjukkan: Berapa berkas yang sudah masuk? Berapa yang diverifikasi? Berapa yang dipending? Berapa nominal yang disetujui? Tanpa data *real-time* ini, manajemen berjalan dalam kegelapan.

Peran TKMKB dalam mediasi sengketa klaim. Jika terjadi kebuntuan (*deadlock*) antara RS dan verifikator dalam *dispute claim*, masalah harus dibawa ke forum TKMKB untuk mendapatkan opini medis (*second opinion*). Proses ini memakan waktu, namun penting untuk kepastian hukum dan pendapatan.

Insentif percepatan klaim. Beberapa rumah sakit memberikan insentif khusus bagi tim casemix jika berhasil mencapai target pencairan klaim tepat waktu dan meminimalkan angka *pending*. Ini adalah strategi motivasi berbasis kinerja tim.

Pentingnya rekonsiliasi data keuangan secara berkala antara bagian keuangan RS dan BPJS Kesehatan. Selisih pencatatan sering terjadi dan harus segera diselesaikan agar tidak menjadi temuan audit di kemudian hari.

Kesimpulannya, dinamika klaim dan *cash flow* adalah barometer kesehatan manajemen rumah sakit. Rumah sakit yang sehat bukan hanya yang ramai pasiennya, tapi yang lancar klaimnya. Kemampuan manajemen dalam menavigasi birokrasi klaim, menjaga kedisiplinan administrasi internal, dan mengelola likuiditas adalah kunci keberlanjutan bisnis di era JKN.

## **F. Kemitraan Strategis antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan**

Hubungan antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan seringkali digambarkan sebagai hubungan "benci tapi rindu." Di satu sisi, rumah sakit membutuhkan BPJS sebagai sumber pasien, di sisi lain BPJS membutuhkan rumah sakit untuk melayani peserta. Kemitraan ini idealnya bersifat setara dan saling menguntungkan, namun dalam praktiknya sering diwarnai ketegangan akibat ketimpangan posisi tawar. Membangun kemitraan strategis yang harmonis adalah kunci kesuksesan implementasi JKN. Kemitraan ini diikat dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang berlaku biasanya satu tahun dan dapat diperpanjang.

Proses Kredensialing dan Rekredensialing adalah pintu gerbang kemitraan. BPJS Kesehatan bersama Dinas Kesehatan dan asosiasi perumhaskitan melakukan visitasi untuk menilai kelayakan SDM, sarana prasarana, dan peralatan rumah sakit. Kriteria penilaian semakin tahun semakin ketat, mencakup aspek IT, sistem antrean, hingga kepuasan peserta. Rumah sakit harus memandang proses ini bukan sebagai ujian yang menakutkan, melainkan sebagai *audit eksternal gratis* untuk memacu peningkatan mutu internal. Lulus kredensialing dengan nilai baik adalah predikat prestisius yang menunjukkan kualitas rumah sakit.

Klausul kontrak yang dinamis. Isi PKS seringkali mengalami adendum mengikuti perubahan regulasi nasional. Manajemen RS dan tim legal harus proaktif menelaah setiap draf perubahan kontrak. Poin-poin krusial seperti mekanisme pembayaran, denda, dan penyelesaian sengketa harus dipahami detail. Kemitraan strategis menuntut komunikasi terbuka; jika ada klausul yang memberatkan, asosiasi rumah sakit (seperti PERSI atau ARSSI) harus melakukan advokasi kolektif kepada BPJS Kesehatan Pusat.

Forum Komunikasi Pemangku Kepentingan Utama adalah wadah formal kemitraan di tingkat daerah. Forum ini melibatkan BPJS, Dinkes, dan perwakilan Faskes untuk membahas isu-isu strategis regional. Keaktifan manajemen rumah sakit dalam forum ini sangat penting untuk menyampaikan aspirasi dan kendala lapangan secara langsung kepada pengambil kebijakan lokal. Jangan hanya menunggu masalah muncul baru berkomunikasi.

Sinergi sistem informasi (*Bridging System*). Kemitraan teknis terwujud dalam integrasi SIMRS dan V-Claim. Rumah sakit yang kooperatif dalam melakukan *bridging* akan mendapatkan kemudahan proses klaim. BPJS Kesehatan juga menyediakan dashboard pemantauan kinerja RS yang bisa diakses manajemen. Keterbukaan data ini harus dimanfaatkan untuk perbaikan kinerja, bukan untuk saling menyalahkan.

Penanganan keluhan peserta secara kolaboratif. BPJS Kesehatan memiliki unit BPJS Satu! (Siap Membantu) yang ditempatkan di rumah sakit. Staf rumah sakit (bagian humas/pengaduan) harus bermitra erat dengan petugas BPJS Satu! untuk menyelesaikan keluhan pasien di tempat (*first case resolution*). Jika pasien mengeluh ke media sosial, citra kedua belah pihak (RS dan BPJS) akan tercoreng. Sinergi dalam penanganan komplain adalah bukti kemitraan yang dewasa.

Program Promotif dan Preventif bersama. Rumah sakit dan BPJS dapat berkolaborasi dalam kegiatan edukasi kesehatan masyarakat. Misalnya, seminar kesehatan untuk peserta Prolanis atau penyuluhan deteksi dini kanker. Ini menunjukkan bahwa kemitraan tidak melulu soal klaim dan uang, tapi juga soal misi sosial menyehatkan bangsa.

Transparansi dalam Audit Medis. Ketika BPJS melakukan audit pemanfaatan, rumah sakit harus membuka akses rekam medis (sesuai ketentuan kerahasiaan) dan memberikan penjelasan klinis yang objektif. Sikap defensif rumah sakit justru akan merusak kepercayaan. Sebaliknya, auditor BPJS juga harus objektif dan

menghormati pertimbangan klinis dokter. Kemitraan ini harus didasarkan pada *trust* dan profesionalisme.

Pengembangan kompetensi bersama. BPJS Kesehatan sering mengadakan sosialisasi atau pelatihan coding bagi staf rumah sakit. Manajemen RS harus mengirimkan staf terbaiknya. Sebaliknya, rumah sakit juga bisa mengundang BPJS untuk memberikan paparan dalam rapat kerja manajemen. Saling memahami proses bisnis masing-masing pihak akan mengurangi miskomunikasi.

Evaluasi kinerja berkala. BPJS Kesehatan memberikan rapor kinerja kepada rumah sakit (Walk Through Audit/WTA, angka rujukan, rasio rujukan balik). Rumah sakit harus menggunakan rapor ini sebagai bahan evaluasi internal. Jika rapor merah, segera lakukan tindakan korektif dan laporkan perbaikannya kepada BPJS. Ini menunjukkan itikad baik untuk terus meningkatkan mutu kemitraan.

Kemitraan dalam pencegahan Fraud. Kedua belah pihak harus sepakat bahwa *fraud* adalah musuh bersama (*common enemy*). Membentuk tim pencegahan kecurangan JKN di internal rumah sakit yang bersinergi dengan tim anti-fraud BPJS adalah langkah strategis. Melaporkan potensi *fraud* secara proaktif lebih baik daripada ditemukan oleh auditor eksternal.

Perencanaan kebutuhan layanan. Rumah sakit dapat berdiskusi dengan BPJS mengenai rencana pengembangan layanan baru. Apakah layanan tersebut dibutuhkan oleh peserta JKN di wilayah tersebut? Apakah BPJS memiliki anggaran untuk menyerap layanan baru tersebut? Diskusi strategis ini mencegah investasi sia-sia.

Menjaga netralitas dan integritas. Hubungan kemitraan harus bersih dari praktik gratifikasi atau kolusi. Profesionalisme hubungan antara staf penagihan RS dan verifikator BPJS harus dijaga. Kode etik kemitraan harus dijunjung tinggi untuk menjaga kredibilitas sistem JKN.

Penyelesaian sengketa melalui jalur mediasi. Jika terjadi perselisihan yang tidak bisa diselesaikan secara teknis, mekanisme mediasi harus diutamakan sebelum menempuh jalur hukum. Kemitraan strategis mengutamakan solusi *win-win*. Membawa masalah ke pengadilan adalah jalan terakhir yang biasanya merugikan kedua belah pihak dalam jangka panjang.

Kesimpulannya, kemitraan antara RS dan BPJS Kesehatan adalah simbiosis mutualisme. Tidak ada yang bisa berdiri sendiri. Kualitas kemitraan ini akan menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh rakyat Indonesia. Dibutuhkan kedewasaan berorganisasi, kepemimpinan yang terbuka, dan komunikasi yang intensif untuk merawat kemitraan ini agar tetap produktif dan harmonis di tengah badai tantangan pelayanan kesehatan.

## **G. Referensi Bab 2**

### **Daftar Pustaka (Buku & Artikel)**

- Agustina, R., et al. (2019). *Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*. Jakarta: UI Press.
- Arifa, N. (2015). *Analisis Pembiayaan Kesehatan di Era JKN*. Yogyakarta: Deepublish.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2020). *Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2019*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Budiharsana, M. (2017). *Inequity in Health Care Utilization in Indonesia*. Jakarta: Lembaga Penerbit FEUI.
- Djuhaeni, H. (2018). *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Bandung: Unpad Press.
- Ernawaty, et al. (2019). *Analisis Fraud Layanan Kesehatan di Era JKN*. Surabaya: Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia.

- Feldstein, P. J. (2018). *Health Care Economics*. (Edisi terjemahan/adaptasi Indonesia). Jakarta: EGC.
- Handayani, P. W., et al. (2018). *Strategic Hospital Management in the JKN Era*. Depok: Rajawali Pers.
- Herqutanto. (2017). *Reformasi Kesehatan: Studi Kasus JKN*. Jakarta: Kompas Penerbit Buku.
- Hidayat, B. (2016). *Ekonomi Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*. Depok: FKM UI.
- Idris, H. (2016). *Dimensi Mutu dan Efisiensi JKN*. Palembang: Unsri Press.
- Kalsum, U. (2019). *Determinan Kualitas Pelayanan Kesehatan JKN*. Jambi: Salim Media Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Laksono, T. (2018). *Fragmentasi dan Integrasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lumenta, B. (2018). *Pasien, Citra, Peran dan Perilaku: Tinjauan dalam Era JKN*. Jakarta: Kanisius.
- Maharani, A. (2019). *Impact of JKN on Healthcare Utilization*. Journal of Health Policy.
- Mukti, A. G. (2015). *Sistem Jaminan Kesehatan Nasional: Arah dan Kebijakan*. Jakarta: EGC.
- Mulyanto, J. (2020). *Tantangan Rujukan Berjenjang JKN*. Yogyakarta: UGM Press.
- Murti, B. (2017). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi & JKN*. Surakarta: Bintang Fajar.
- Nasution, S. K. (2021). *Hukum Kesehatan dan Jaminan Sosial*. Jakarta: Sinar Grafika.

- Nugraheni, W. P. (2018). *Analisis Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: LIPI Press.
- Nurwahyuni, A. (2019). *Kendali Biaya dan Mutu pada Fasilitas Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rahardjo, B. B. (2017). *Ekonomi Jaminan Kesehatan*. Semarang: Unnes Press.
- Riewpaiboon, A. (2018). *Cost Analysis in Health Care: Indonesian Context*. Jakarta: EGC.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rusli, Z. (2015). *Hukum Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Setiarini, A. (2017). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat dalam JKN*. Depok: Rajawali Pers.
- Simanjorang, A. (2021). *Manajemen Klaim BPJS Kesehatan*. Medan: USU Press.
- Supriyantoro. (2018). *Transformasi Rumah Sakit BLUD*. Jakarta: Rayyana Komunikasindo.
- Suryawati, C. (2019). *Evaluasi Kebijakan JKN di Tingkat Daerah*. Semarang: Undip Press.
- Tamtomo, D. (2016). *Etika dan Hukum Kedokteran di Era JKN*. Solo: UNS Press.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). (2018). *Evaluasi JKN dan Kemiskinan*. Jakarta: TNP2K.

Trisnantoro, L. (2020). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press.

Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan: Konsep dan Analisis Biaya*. Jakarta: Rajawali Pers.

Wiku, A. (2015). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Yustina, E. W. (2019). *Hubungan Hukum Pasien dan Dokter dalam JKN*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

**Regulasi:**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2020 tentang Prosedur Penjaminan Pelayanan Refraksi Optik dan Alat Kesehatan Lain.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.



# BAB III

## REGULASI DAN ASPEK HUKUM KENDALI MUTU DAN BIAYA



### **A. Pendahuluan**

Dalam ekosistem pelayanan kesehatan yang semakin kompleks, hukum berfungsi sebagai panglima yang mengatur interaksi antara pasien, tenaga medis, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) tidak berjalan di ruang hampa; setiap keputusan efisiensi yang diambil oleh manajemen rumah sakit harus berpijak pada landasan hukum yang kokoh. Tanpa pemahaman hukum yang memadai, upaya penghematan biaya dapat berujung pada sengketa medis, tuntutan malpraktik, hingga sanksi pidana korporasi yang justru merugikan rumah sakit jauh lebih besar daripada penghematan yang dilakukan. Oleh karena itu, aspek regulasi bukan sekadar aturan administratif, melainkan strategi manajemen risiko (risk management) yang vital bagi kelangsungan hidup institusi.

Paradigma hukum kesehatan di Indonesia telah bergeser dari hubungan yang bersifat paternalistik (dokter dianggap paling tahu) menjadi hubungan kontraktual terapeutik yang setara antara pemberi dan penerima layanan. Pergeseran ini diperkuat dengan berlakunya berbagai undang-undang baru, termasuk Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menyatukan berbagai regulasi sebelumnya (Omnibus Law Kesehatan). Dalam konteks KMKB, hukum menuntut transparansi dan akuntabilitas. Rumah sakit tidak lagi memiliki imunitas

mutlak; setiap deviasi dari standar pelayanan demi alasan penghematan biaya harus dapat dipertanggungjawabkan secara medis dan hukum.

Regulasi mengenai KMKB sebenarnya dirancang untuk melindungi kepentingan kedua belah pihak. Bagi pasien, regulasi menjamin bahwa kendali biaya tidak boleh mengorbankan keselamatan nyawa (*patient safety*). Bagi rumah sakit dan tenaga medis, regulasi memberikan kepastian hukum (*legal certainty*) tentang batasan wewenang dan standar yang harus dipenuhi. Namun, seringkali terjadi benturan antara norma hukum yang kaku dengan realitas klinis yang dinamis. Misalnya, hukum mewajibkan "upaya maksimal," sementara skema pembiayaan JKN membatasi sumber daya. Di sinilah seni manajemen hukum kesehatan diuji: bagaimana melakukan efisiensi tanpa melanggar standar kepatutan hukum.

Isu *Defensive Medicine* menjadi sorotan utama dalam pendahuluan bab ini. Ketakutan akan tuntutan hukum seringkali memicu dokter melakukan pemeriksaan berlebihan yang tidak perlu, yang bertentangan dengan prinsip kendali biaya. Regulasi KMKB hadir untuk menengahi hal ini dengan menetapkan *Clinical Pathway* (CP) dan Panduan Praktik Klinis (PPK) sebagai standar hukum. Jika dokter bekerja sesuai CP, maka ia dilindungi oleh hukum, sehingga tidak perlu melakukan *defensive medicine*. Dengan demikian, kepatuhan terhadap regulasi klinis adalah pelindung terbaik bagi dokter.

Aspek hukum persetujuan tindakan kedokteran (*Informed Consent*) juga mengalami evolusi dalam era KMKB. Penjelasan kepada pasien kini tidak hanya mencakup risiko medis, tetapi juga risiko finansial dan batasan penjaminan. Jika pasien tidak diberitahu bahwa alat tertentu tidak ditanggung penuh oleh BPJS dan kemudian muncul tagihan, rumah sakit dapat digugat atas dasar wanprestasi atau perbuatan melawan hukum. Transparansi informasi biaya menjadi kewajiban hukum yang tidak bisa ditawar.

Tanggung jawab hukum rumah sakit (*Hospital Liability*) kini tidak lagi sekadar *vicarious liability* (bertanggung jawab atas kesalahan karyawan), melainkan bergerak ke arah *corporate liability*. Artinya, rumah sakit sebagai korporasi dapat dimintai pertanggungjawaban jika gagal menyediakan sistem yang aman dan efisien, termasuk jika gagal menyediakan obat yang dibutuhkan karena alasan penghematan yang tidak rasional. Kegagalan manajemen dalam mengelola rantai pasok obat yang berakibat pada kematian pasien adalah ranah kelalaian korporasi.

Regulasi tentang Rekam Medis Elektronik (RME) juga menjadi tulang punggung aspek hukum KMKB. Data dalam RME adalah alat bukti hukum yang sah. Manipulasi data untuk tujuan klaim (*fraud*) seperti *upcoding* atau *phantom billing* merupakan tindak pidana penipuan yang diatur dalam KUHP maupun UU JKN. Rumah sakit harus memastikan integritas data medisnya. Sistem IT bukan hanya alat bantu kerja, tapi juga "kotak hitam" yang merekam jejak legalitas setiap keputusan medis.

Peran Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS) menjadi sangat strategis. KEHRS bukan lagi pelengkap struktur organisasi, melainkan garda terdepan dalam menyelesaikan dilema etik-legal. Ketika ada benturan antara indikasi medis yang mahal dan plafon biaya yang terbatas, KEHRS harus memberikan pertimbangan (fatwa etik) agar keputusan yang diambil dokter tetap etis dan legal. Dilema "nyawa vs biaya" adalah makanan sehari-hari dalam manajemen KMKB yang membutuhkan panduan etika hukum.

Audit Medis yang dimandatkan oleh peraturan menteri kesehatan adalah mekanisme *self-regulation*. Hasil audit medis bersifat rahasia dan bertujuan untuk perbaikan mutu, bukan untuk menghukum. Namun, jika audit medis tidak dilakukan dan terjadi kecelakaan medis berulang, maka rumah sakit dapat dituduh melakukan pembiaran (*omission*). Oleh karena itu, dokumen audit medis adalah bukti *due diligence* rumah sakit di mata hukum.

Hukum administrasi negara juga bermain peran penting. Izin operasional rumah sakit dan akreditasi adalah syarat mutlak kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pencabutan izin atau penurunan kelas rumah sakit akibat tidak terpenuhinya standar sarana prasarana merupakan sanksi administratif yang mematikan bisnis. Regulasi perizinan yang ketat memaksa rumah sakit untuk berinvestasi pada infrastruktur minimal yang seringkali membebani biaya modal (*capital expenditure*).

Sengketa medis di era JKN seringkali melibatkan tiga pihak: Pasien, Rumah Sakit, dan BPJS Kesehatan. Mekanisme penyelesaian sengketa ini diatur secara berjenjang mulai dari mediasi internal, mediasi oleh Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS), hingga litigasi di pengadilan. Regulasi mengutamakan penyelesaian di luar pengadilan (*Alternative Dispute Resolution*) untuk menjaga privasi dan kecepatan penyelesaian.

Aspek hukum kontrak kerja sama (PKS) antara Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan adalah hukum perdata yang mengikat (*pacta sunt servanda*). Setiap pasal dalam kontrak memiliki konsekuensi finansial dan hukum. Seringkali manajemen rumah sakit kurang teliti membedah klausul denda atau pemutusan kontrak sepihak. Review legal terhadap PKS adalah prosedur wajib sebelum penandatanganan dilakukan.

Perlindungan data pribadi pasien (*data privacy*) sesuai UU Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) menambah lapisan kompleksitas hukum baru. Dalam proses verifikasi klaim, data pasien dibuka kepada verifikator BPJS. Rumah sakit harus memastikan ada perjanjian kerahasiaan (*Non-Disclosure Agreement*) yang ketat agar data medis pasien tidak bocor, yang dapat berujung pada tuntutan ganti rugi miliaran rupiah.

Regulasi tentang tenaga kesehatan asing dan telemedisin yang diakomodasi dalam UU Kesehatan terbaru juga membawa implikasi pada KMKB. Telemedisin menawarkan efisiensi biaya konsultasi, namun aspek tanggung jawab hukum jika terjadi

misdiagnosis jarak jauh masih menjadi perdebatan. Rumah sakit harus memiliki protokol hukum telemedisin yang jelas.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa kepatuhan (*compliance*) terhadap regulasi bukanlah beban, melainkan investasi. Rumah sakit yang patuh hukum akan memiliki reputasi yang baik, terhindar dari biaya litigasi yang mahal, dan memiliki posisi tawar yang kuat. Kendali Mutu dan Kendali Biaya yang sukses adalah yang berjalan di atas rel hukum yang benar, menjunjung tinggi hak asasi pasien, dan menjaga marwah profesi medis.

## **B. Landasan Yuridis dan Hierarki Regulasi KMKB**

Pemahaman mengenai hierarki peraturan perundang-undangan sangat penting bagi manajemen rumah sakit agar tidak tersesat dalam belantara aturan yang tumpang tindih. Puncak piramida hukum di Indonesia adalah UUD 1945, yang dalam Pasal 28H ayat (1) menjamin hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Ini adalah landasan konstitusional tertinggi yang menegaskan bahwa kesehatan adalah Hak Asasi Manusia. Oleh karena itu, segala upaya kendali biaya tidak boleh mencederai hak konstitusional ini. Rumah sakit sebagai perpanjangan tangan negara dalam memenuhi hak tersebut, memikul beban konstitusional untuk melayani tanpa diskriminasi.

Di tingkat Undang-Undang, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menjadi fondasi sistem JKN. Namun, yang paling mutakhir dan signifikan adalah UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. UU ini secara eksplisit mengatur tentang standar mutu pelayanan, hak dan kewajiban pasien, serta penyelenggaraan teknologi kesehatan. Salah satu poin penting dalam UU Kesehatan terbaru adalah penekanan pada pelayanan berbasis bukti dan efisiensi sumber daya. Pasal-pasal dalam UU ini memberikan kewenangan yang luas kepada pemerintah pusat untuk menetapkan standar tarif dan standar pelayanan, yang menjadi acuan utama KMKB.

Di bawah Undang-Undang, terdapat Peraturan Pemerintah (PP) dan Peraturan Presiden (Perpres). Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (dan perubahannya) adalah "kitab suci" operasional JKN. Perpres ini mengatur detail mekanisme kerja sama, sistem pembayaran, dan kendali mutu. Pasal 82 dalam Perpres ini secara spesifik mengamankan pembentukan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKKB). Bagi manajemen rumah sakit, memahami Perpres ini hukumnya wajib karena menyangkut hak bayar dan kewajiban layanan.



Gambar 5. Tanggung Jawab Hukum RS dalam JKN

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) adalah regulasi teknis yang paling banyak jumlahnya dan paling sering berubah. PMK Nomor 71 Tahun 2013 (dan perubahannya) tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, PMK Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu, dan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) adalah instrumen teknis KMKB. PNPk, misalnya, menjadi acuan penyusunan Clinical Pathway. Jika rumah sakit tidak mengikuti PNPk tanpa alasan yang jelas, maka secara hukum posisi rumah sakit lemah jika terjadi sengketa.

Selain regulasi dari Kemenkes, Peraturan BPJS Kesehatan juga mengikat secara kontraktual. Meskipun secara hierarki tata urutan perundang-undangan posisinya di bawah PMK, namun karena bersifat transaksional (mengikat karena kontrak), peraturan ini sangat *powerful* dalam menentukan arus kas rumah sakit. Seringkali terjadi konflik norma antara PMK dan Peraturan BPJS. Dalam teori hukum, *Lex Superior Derogat Legi Inferiori* (aturan yang lebih tinggi mengalahkan yang lebih rendah) berlaku. Rumah sakit harus jeli menggunakan asas hukum ini saat bernegosiasi dengan verifikator.

Regulasi daerah (Perda) juga berpengaruh, terutama bagi RSUD. Namun, dalam konteks JKN yang bersifat nasional, peran Perda lebih pada dukungan pendanaan dan tata kelola internal RSUD (sebagai BLUD). Harmonisasi antara regulasi pusat dan daerah sering menjadi tantangan. Tim legal rumah sakit bertugas melakukan *legal audit* untuk memastikan tidak ada kebijakan internal rumah sakit yang bertentangan dengan regulasi di atasnya. Kebijakan direktur (SK Direktur) tentang efisiensi, misalnya, batal demi hukum jika bertentangan dengan PMK tentang standar keselamatan pasien.

Pentingnya Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan standar profesi. Meskipun bukan "hukum negara," standar profesi diakui oleh hukum sebagai tolak ukur kelalaian. Pasal dalam UU Kesehatan menyatakan bahwa tenaga medis harus bekerja sesuai

standar profesi, standar pelayanan, dan SPO. Jadi, pelanggaran terhadap standar profesi (misalnya, melakukan operasi yang tidak perlu demi mengejar target pendapatan) otomatis menjadi pelanggaran hukum.

Regulasi tentang pengadaan barang dan jasa (Perpres Pengadaan) juga krusial bagi KMKB di RS pemerintah. Kewajiban menggunakan produk dalam negeri (TKDN) dan E-Katalog adalah perintah hukum. Pelanggaran terhadap prosedur pengadaan ini bisa menyeret manajemen ke ranah tindak pidana korupsi, meskipun tujuannya untuk efisiensi. "Niat baik" berhemat tidak cukup jika prosedurnya melanggar hukum administrasi.

Aspek hukum akreditasi. Akreditasi rumah sakit adalah *quasi-regulation*. Standar akreditasi disusun oleh lembaga independen (KARS/Lembaga lain) namun diwajibkan oleh pemerintah. Standar akreditasi yang mewajibkan adanya Panduan Praktik Klinis dan manajemen risiko menjadi bukti bahwa KMKB telah terinternalisasi dalam sistem regulasi rumah sakit. Sertifikat akreditasi adalah bukti kepatuhan hukum (*legal compliance*).

Dinamika *Judicial Review*. Beberapa pasal dalam UU BPJS atau UU Kesehatan sering diuji materi di Mahkamah Konstitusi. Manajemen rumah sakit harus memantau putusan MK karena bisa mengubah lanskap regulasi dalam semalam. Fleksibilitas dan kemampuan adaptasi terhadap perubahan hukum adalah kompetensi kunci bagi direksi rumah sakit.

### **C. Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit dalam Efisiensi**

Konsep *Hospital Liability* telah berevolusi drastis. Dahulu berlaku doktrin *Captain of the Ship*, di mana dokter bertanggung jawab penuh atas segala kejadian di ruang operasi, dan rumah sakit hanyalah penyedia fasilitas (*hotel*). Namun, doktrin ini telah ditinggalkan dan digantikan oleh *Corporate Liability* dan *Hospital Bylaws*. Rumah sakit kini dianggap sebagai subjek hukum yang memiliki kewajiban mandiri (*non-delegable duties*) untuk menjamin mutu pelayanan. Artinya, rumah sakit bertanggung

jawab langsung jika sistem yang dibangunnya menyebabkan kerugian pada pasien.

Dalam konteks KMKB, kebijakan efisiensi yang ekstrem berpotensi melahirkan *Corporate Negligence*. Contoh kasus: Manajemen memutuskan mengurangi jumlah perawat di ICU demi menghemat biaya gaji, sehingga rasio perawat: pasien menjadi 1:5 (padahal standar 1:1 atau 1:2). Jika terjadi kegagalan pemantauan pasien yang berakibat fatal, rumah sakit tidak bisa menyalahkan perawat secara individu. Kesalahan terletak pada kebijakan korporasi (manajemen) yang menurunkan standar keselamatan. Ini adalah ranah tanggung jawab langsung direksi.

Doktrin *Vicarious Liability* (Pasal 1367 KUHPerdara) tetap berlaku, di mana majikan (rumah sakit) bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan oleh bawahannya (tenaga kesehatan) dalam lingkup pekerjaannya. Meskipun dokter seringkali berstatus mitra, banyak yurisprudensi pengadilan yang tetap membebaskan ganti rugi kepada rumah sakit karena pasien memandang ia berobat ke "Rumah Sakit X," bukan sekadar ke "Dokter Y." Oleh karena itu, proses kredensialing dokter adalah benteng pertahanan hukum rumah sakit. Merekrut dokter yang tidak kompeten karena "gajinya murah" adalah bom waktu hukum.

Tanggung jawab hukum terkait ketersediaan alat dan obat. UU Rumah Sakit mewajibkan RS menyediakan obat gawat darurat. Jika rumah sakit, demi alasan efisiensi stok, tidak menyediakan obat *life-saving* tertentu dan pasien meninggal, rumah sakit dapat digugat melakukan perbuatan melawan hukum (PMH) atau bahkan pidana kelalaian yang menyebabkan kematian. Alasan "BPJS belum bayar" atau "anggaran habis" tidak dapat membebaskan rumah sakit dari tanggung jawab pidana dan perdata ini di depan pengadilan.

Isu *Informed Consent* dan transparansi biaya. Dalam era JKN, tanggung jawab rumah sakit melebar ke aspek informasi pembiayaan. Jika ada obat atau tindakan yang tidak ditanggung

penuh (misal naik kelas atau alat khusus), hal ini harus tertuang dalam persetujuan tertulis yang terpisah. Kegagalan memberikan informasi biaya yang jelas dapat dianggap sebagai penipuan atau pemerasan, terutama jika pasien dalam kondisi tertekan (*duress*).

Tanggung jawab terhadap infeksi nosokomial (*Hospital Acquired Infections*). Infeksi pasca perawatan seringkali dianggap sebagai risiko medis yang tidak dapat dihindari. Namun, jika terbukti bahwa infeksi tersebut disebabkan oleh buruknya sterilisasi alat atau sanitasi ruangan akibat pemotongan anggaran kebersihan, maka rumah sakit bertanggung jawab penuh (*Strict Liability*). Pasien berhak menuntut ganti rugi dan biaya perawatan akibat infeksi tersebut harus ditanggung rumah sakit, bukan dibebankan lagi ke pasien atau BPJS.

Aspek perlindungan konsumen. Pasien adalah konsumen jasa kesehatan yang dilindungi UU Perlindungan Konsumen. Konsumen berhak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan. Klausula baku "Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas..." yang sering dicantumkan dalam formulir masuk seringkali batal demi hukum jika bertentangan dengan asas kepatutan. Rumah sakit tidak bisa melepaskan tanggung jawabnya secara sepihak melalui formulir.

Peran *Hospital Bylaws* (Peraturan Internal RS). Dokumen ini terdiri dari *Corporate Bylaws* dan *Medical Staff Bylaws*. Ini adalah "konstitusi" internal rumah sakit. *Medical Staff Bylaws* mengatur kewenangan klinis dokter. Jika manajemen membiarkan dokter melakukan tindakan di luar kewenangan klinisnya (misal dokter umum melakukan operasi usus buntu) demi penghematan biaya jasa medis spesialis, maka manajemen dan dokter tersebut melakukan pelanggaran hukum serius.

Asuransi Tanggung Gugat (*Professional Indemnity Insurance*). Untuk memitigasi risiko finansial akibat tuntutan hukum, rumah sakit wajib mengasuransikan tenaga medis dan institusinya. Premi asuransi ini harus dimasukkan dalam komponen *unit cost*. Ini adalah bentuk kendali biaya risiko (*cost of*

*risk*). Jangan sampai efisiensi dilakukan dengan tidak membayar premi asuransi profesi, karena satu tuntutan hukum bisa membangkrutkan rumah sakit.

Tanggung jawab lingkungan. Efisiensi biaya pengelolaan limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) yang dilakukan dengan membuang limbah sembarangan adalah tindak pidana lingkungan hidup dengan sanksi penjara dan denda miliaran rupiah. Tanggung jawab hukum rumah sakit mencakup dampak eksternalitas terhadap masyarakat sekitar. "Green Hospital" bukan sekadar jargon, tapi kepatuhan hukum lingkungan.

#### **D. Aspek Hukum Rekam Medis dan Kerahasiaan dalam Era Digital**

Rekam medis adalah "jantung" pembuktian dalam hukum kesehatan. Pasal 29 UU Praktik Kedokteran (dan ditegaskan kembali dalam UU Kesehatan baru) mewajibkan setiap tindakan medis didokumentasikan. Dalam konteks KMKB, rekam medis memiliki fungsi ganda: sebagai bukti asuhan medis dan sebagai bukti tagihan (klaim). Prinsip hukumnya: "*No documentation, no performance*" (secara medis) dan "*No documentation, no payment*" (secara finansial). Ketidaklengkapan rekam medis adalah alasan legal bagi BPJS untuk tidak membayar klaim, yang berdampak langsung pada biaya rumah sakit.

Transisi ke Rekam Medis Elektronik (RME) yang diwajibkan oleh Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 membawa implikasi hukum baru. RME diakui sebagai alat bukti hukum yang sah berdasarkan UU ITE. Keamanan siber (*cyber security*) menjadi kewajiban hukum. Jika data pasien diretas atau hilang karena manajemen tidak berinvestasi pada sistem keamanan IT yang memadai (demi penghematan), rumah sakit melanggar kewajiban perlindungan data pribadi. Sanksinya bisa berupa denda administratif hingga pidana.

Aspek kerahasiaan (*medical confidentiality*). Hak pasien atas kerahasiaan data medisnya bersifat absolut, kecuali untuk

kepentingan tertentu yang diatur undang-undang (seperti klaim asuransi, wabah, atau perintah pengadilan). Dalam proses klaim JKN, rumah sakit membuka data diagnosis ke BPJS. Secara hukum, ini diperbolehkan karena pasien dianggap telah memberikan persetujuan pelepasan informasi saat mendaftar sebagai peserta BPJS. Namun, akses ini harus dibatasi hanya pada informasi yang relevan untuk verifikasi klaim (*minimum necessary rule*).

Isu *Fraud* dalam rekam medis. Praktik *upcoding* (mengubah kode diagnosis menjadi lebih berat agar tarif naik) atau *copy-paste* status pasien dalam RME adalah tindakan pemalsuan dokumen. Pasal 263 atau 266 KUHP tentang pemalsuan surat dapat dikenakan kepada koder atau dokter yang terlibat. Selain itu, Permenkes tentang *Fraud* JKN memberikan sanksi tegas berupa pengembalian dana hingga pemutusan kerja sama. Integritas rekam medis adalah batas tegas antara efisiensi cerdas dan kecurangan kriminal.

Kepemilikan rekam medis. Secara hukum, berkas (fisik atau elektronik) adalah milik sarana kesehatan, sedangkan isinya adalah milik pasien. Pasien berhak mendapatkan ringkasan rekam medis. Hambatan dalam memberikan ringkasan medis kepada pasien yang ingin mencari *second opinion* (karena takut pasien pindah RS dan pendapatan hilang) adalah pelanggaran hak pasien.

Tanda tangan elektronik (*Digital Signature*). Dalam RME, otentikasi dokter menggunakan tanda tangan elektronik tersertifikasi. Penggunaan *password* bersama (*sharing password*) agar perawat bisa menginput data atas nama dokter adalah praktik ilegal yang sangat berbahaya. Jika terjadi kesalahan medis, dokter yang *password*-nya dipakai akan kesulitan menyangkal di pengadilan karena secara sistem tercatat dia yang melakukan. Disiplin penggunaan akun RME adalah proteksi hukum bagi staf medis.

Retensi dan pemusnahan rekam medis. UU mewajibkan penyimpanan rekam medis dalam jangka waktu tertentu (misal 5

tahun untuk RS, atau lebih lama untuk kasus tertentu). Biaya penyimpanan *server* atau gudang arsip adalah biaya kepatuhan. Memusnahkan data sebelum waktunya demi menghemat ruang penyimpanan adalah pelanggaran hukum yang menghilangkan alat bukti jika terjadi sengketa di kemudian hari.

Rekam medis sebagai alat audit. TKMKB berhak mengakses rekam medis untuk keperluan audit mutu. Rumah sakit tidak boleh menghalangi akses ini dengan alasan kerahasiaan, karena TKMKB bekerja di bawah mandat undang-undang. Namun, tim audit juga terikat sumpah kerahasiaan.

Kualitas data rekam medis. Data yang tidak akurat (misal: penulisan diagnosis yang ambigu) menimbulkan ketidakpastian hukum. Dalam sengketa malpraktik, rekam medis yang ditulis dengan buruk akan diinterpretasikan merugikan dokter (*contra proferentem*). Penulisan rekam medis yang lengkap, runtut, dan terbaca (dalam RME: terinput dengan benar) adalah polis asuransi hukum terbaik bagi dokter dan RS.

Integrasi Satu Sehat. Kewajiban integrasi data dengan platform Satu Sehat Kemenkes adalah mandat regulasi terbaru. Kegagalan interoperabilitas dapat berakibat pada sanksi pencabutan akreditasi atau izin. Rumah sakit harus mengalokasikan anggaran IT untuk memastikan kepatuhan terhadap standar data nasional ini.

## **E. Sengketa Medis dan Pencegahan Malpraktik**

Malpraktik medis sering didefinisikan sebagai kelalaian profesional yang menyebabkan kerugian pada pasien. Unsur utamanya adalah 4D: *Duty* (kewajiban), *Dereliction* (penyimpangan dari standar), *Damage* (kerugian), dan *Direct Causation* (hubungan sebab akibat langsung). Dalam konteks KMKB, elemen *Dereliction* menjadi perdebatan sengit. Apakah dokter menyimpang dari standar karena kelalaian pribadi, atau karena batasan biaya yang ditetapkan sistem? Jika dokter tidak

memberikan obat paten karena aturan Fornas, itu bukan malpraktik, melainkan kepatuhan pada regulasi.

Peran *Clinical Pathway*(CP) sebagai standar pembuktian. Di pengadilan, hakim akan bertanya: "Apa standar pelayanan untuk penyakit ini?" CP yang disahkan oleh Direktur RS menjadi bukti standar yang berlaku. Jika dokter mengikuti CP namun hasil pengobatan tidak memuaskan (risiko medis), dokter tidak bisa disalahkan. Sebaliknya, jika dokter menyimpang dari CP tanpa alasan valid di rekam medis dan pasien cedera, maka dokter dianggap lalai. CP adalah pelindung hukum, bukan sekadar alat efisiensi.

Penyelesaian sengketa di luar pengadilan (*Alternative Dispute Resolution*). UU Kesehatan sangat mendorong penyelesaian sengketa melalui Mediasi. Jalur litigasi (pengadilan) memakan waktu lama, biaya mahal, dan merusak reputasi (*bad publicity*). Mediasi bersifat *win-win solution* dan rahasia. Rumah sakit harus memiliki tim mediator bersertifikat atau menunjuk mediator independen untuk menangani keluhan pasien sebelum meledak menjadi gugatan hukum.

Konsep *Restorative Justice* dalam sengketa medis. Fokus penyelesaian bukan pada penghukuman dokter, tetapi pada pemulihan kerugian pasien dan perbaikan sistem agar kejadian tidak berulang. Pemberian tali asih atau kompensasi (*ex gratia*) seringkali dilakukan rumah sakit tanpa mengakui kesalahan hukum (*admission of liability*), semata-mata untuk tujuan kemanusiaan dan penyelesaian damai.

Peran MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) dan majelis disiplin dalam UU Kesehatan baru. Pasien sering mengadu ke majelis disiplin. Putusan majelis disiplin (misal pencabutan STR) bisa menjadi pintu masuk gugatan perdata atau pidana. Rumah sakit harus mendampingi dokter yang dipanggil majelis disiplin, karena nasib dokter berdampak pada operasional RS.

Tuntutan Pidana vs Perdata. UU Kesehatan baru memperkuat perlindungan hukum bagi tenaga medis dengan mengutamakan penyelesaian administratif dan perdata serta *restorative justice* sebelum masuk ke ranah pidana. Pidana adalah *ultimum remedium* (upaya terakhir). Polisi pun diarahkan untuk meminta pendapat majelis ahli sebelum memproses laporan dugaan malpraktik. Ini memberikan rasa aman bagi dokter untuk bekerja tanpa ketakutan berlebihan akan dipenjara.

*Informed Refusal* (Penolakan Tindakan). Seringkali pasien atau keluarga menolak tindakan medis yang diperlukan karena alasan biaya (misal: menolak masuk ICU karena takut ada biaya tambahan di luar BPJS). Penolakan ini harus didokumentasikan dengan sangat kuat dalam lembar penolakan tindakan. Jika pasien meninggal, dokumen ini membebaskan dokter dan RS dari tuntutan penelantaran pasien.

Dokumentasi edukasi. Sengketa sering muncul karena perbedaan ekspektasi. Dokter menjanjikan kesembuhan (padahal perikatan dokter adalah *inspanningsverbintenis* / upaya maksimal, bukan *resultaatsverbintenis* / hasil pasti). Edukasi mengenai prognosis yang realistis harus tercatat. "Sudah dijelaskan dan dimengerti" harus dibubuhi tanda tangan pasien.

Perlindungan bagi *Whistleblower*. Jika terjadi malpraktik sistemik di rumah sakit (misal penggunaan obat kadaluarsa demi hemat), staf yang melaporkan hal ini dilindungi oleh undang-undang. Manajemen tidak boleh melakukan intimidasi atau pemecatan terhadap pelapor. Sistem manajemen risiko harus mengakomodasi pelaporan insiden secara *blame-free*.

Dana cadangan risiko hukum. Manajemen keuangan harus bijak menyisihkan dana untuk menghadapi potensi sengketa. Biaya pengacara, biaya mediasi, dan biaya ganti rugi adalah realitas bisnis rumah sakit. Mengabaikan risiko ini sama dengan berjudi dengan aset rumah sakit.

## **F. Peran Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS)**

Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (KEHRS) adalah organ non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan strategis kepada direktur mengenai isu-isu etis dan yuridis. Dasar hukum pembentukan KEHRS tertuang dalam UU Rumah Sakit dan pedoman dari KARS. Di era KMKB, peran KEHRS bergeser dari sekadar "penjaga moral" menjadi "konsultan strategis" dalam menyeimbangkan *cost* dan *care*. KEHRS harus terdiri dari individu yang memiliki integritas tinggi dan pemahaman lintas disiplin (medis, hukum, agama, sosial).

Fungsi konsultasi etika klinis. Ketika dokter berhadapan dengan kasus pasien terminal yang menghabiskan biaya sangat besar di ICU tanpa harapan hidup (*futile care*), dokter seringkali dilema. Menghentikan alat bantu hidup (*withdrawing life support*) berpotensi melanggar hukum, tapi meneruskannya adalah pemborosan sumber daya JKN. KEHRS berperan memberikan pandangan etis tentang *DNR (Do Not Resuscitate)* dan perawatan paliatif yang manusiawi namun efisien.

Fungsi penyusunan pedoman etika perilaku (*Code of Conduct*). KEHRS menyusun pedoman interaksi antara staf medis dengan industri farmasi. Gratifikasi, *sponsorship* yang tidak transparan, dan konflik kepentingan (*conflict of interest*) adalah area rawan yang bisa mendistorsi objektivitas dokter dalam meresepkan obat. KEHRS harus memastikan bahwa keputusan klinis bebas dari pengaruh insentif pemasaran obat.

Fungsi edukasi hukum kesehatan. KEHRS bertanggung jawab meningkatkan literasi hukum seluruh staf rumah sakit. Perawat harus paham aspek hukum pendelegasian wewenang. Petugas pendaftaran harus paham aspek hukum persetujuan umum (*general consent*). Pelatihan rutin tentang hukum kesehatan mencegah pelanggaran yang tidak disengaja akibat ketidaktahuan.

Penanganan dilema etika organisasi. Manajemen sering dihadapkan pada pilihan sulit: membeli alat MRI baru untuk meningkatkan mutu (tapi *cash flow* terganggu) atau menunda investasi (mutu stagnan tapi *cash flow* aman). KEHRS memberikan masukan dari sudut pandang etika bisnis dan tanggung jawab sosial. Keputusan bisnis rumah sakit tidak boleh hanya didasarkan pada ROI (*Return on Investment*), tapi juga *Return on Humanity*.

Perlindungan advokasi staf. KEHRS memastikan bahwa staf medis mendapatkan perlindungan hukum yang layak saat menghadapi tuntutan. KEHRS bekerja sama dengan Bagian Legal untuk menyiapkan pembelaan. Namun, KEHRS juga harus objektif; jika staf memang melanggar etik berat, KEHRS harus merekomendasikan sanksi etis demi menjaga integritas institusi.

Pemantauan promosi dan pemasaran RS. Di era persaingan ketat, rumah sakit gencar beriklan. Iklan rumah sakit terikat aturan etika yang ketat (tidak boleh membandingkan, tidak boleh menjanjikan hasil, tidak boleh testimonial berlebihan). KEHRS memverifikasi materi promosi agar tidak melanggar hukum persaingan usaha dan etika perumahsakitannya.

Etika dalam penelitian medis. Rumah sakit pendidikan sering melakukan uji klinis obat baru. KEHRS (atau Komite Etik Penelitian) harus memastikan hak-hak subjek penelitian dilindungi dan tidak ada eksploitasi pasien demi keuntungan komersial sponsor penelitian.

Review *Hospital Bylaws* secara berkala. KEHRS memimpin proses revisi peraturan internal agar selalu relevan dengan regulasi nasional terbaru. *Bylaws* yang usang akan menyulitkan penyelesaian masalah internal.

Sinergi dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan. Tiga pilar tata kelola klinis ini (Medik, Keperawatan, Etik-Hukum) harus rapat berkala. Masalah mutu seringkali berakar pada masalah etika, dan masalah etika berujung pada masalah hukum. Sinergi

ketiganya menciptakan tata kelola klinis yang kokoh (*Robust Clinical Governance*).

KEHRS sebagai *Conscience of the Hospital*. Di tengah tekanan target keuangan dan efisiensi, KEHRS adalah "hati nurani" rumah sakit yang mengingatkan bahwa di balik angka-angka statistik dan laporan keuangan, ada nyawa manusia yang harus dimuliakan.

## **G. Referensi Bab 3**

### **Daftar Pustaka (Buku & Artikel)**

Afandi, D. (2017). *Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis*. Riau: Universitas Riau Press.

Amir, A., & Hanafiah, J. (2016). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan* (Edisi 5). Jakarta: EGC.

Arikhman, N. (2019). *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Rumah Sakit*. Padang: Andalas University Press.

Astuti, E. K. (2018). *Hukum Kontrak dalam Transaksi Terapeutik*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

Budiyanto, A., et al. (2017). *Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal*. Jakarta: Bagian Kedokteran Forensik FKUI.

Chazawi, A. (2016). *Malpraktik Kedokteran: Tinjauan Norma Pidana dan Hukum Kesehatan*. Malang: Bayumedia.

Dahlan, S. (2018). *Hukum Kesehatan: Rambu-Rambu bagi Profesi Dokter*. Semarang: Badan Penerbit Undip.

Endang, K. (2015). *Perlindungan Hukum Pasien dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.

Fuady, M. (2016). *Hukum Rumah Sakit di Indonesia*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

Guwandi, J. (2015). *Dugaan Malpraktik Medis & Draft Gugatan Perdata*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Hady, S. (2020). *Sengketa Medis dan Alternatif Penyelesaiannya*. Jakarta: Prenada Media.

- Hanafiah, J., & Amir, A. (2017). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Herkutanto. (2019). *Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: UI Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Informasi Kesehatan dan Aspek Hukum*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Hidayat, T. (2021). *Hukum Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Genta Publishing.
- Irianto, K. (2018). *Hukum Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Bandung: Alfabeta.
- Isfandyarie, A. (2016). *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Koeswadji, H. H. (2015). *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Komalawati, V. (2018). *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Kusuma, A. (2020). *Malpraktik Medis: Perspektif Hukum Pidana dan Perdata*. Surabaya: Scopindo Media Pustaka.
- Machmud, S. (2018). *Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter*. Bandung: Mandar Maju.
- Marzuki, P. M. (2017). *Penelitian Hukum* (Edisi Revisi). Jakarta: Kencana.
- Masjchoer, A. (2019). *Aspek Hukum Pelayanan Kesehatan di Era Digital*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mertokusumo, S. (2019). *Mengenal Hukum: Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Cahaya Atma Pustaka.
- Nasution, B. J. (2016). *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbani, E. S. (2021). *Penyelesaian Sengketa Medis Melalui Mediasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Prasetyo, T. (2017). *Hukum Pidana Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Putra, S. T. (2018). *Etika & Hukum Kesehatan dalam Perspektif Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ramadhani, A. (2022). *Perlindungan Data Pribadi dalam Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Riyadi, E. (2016). *Hukum Administrasi Negara dan Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Genta Press.
- Sampurna, B., et al. (2017). *Bioetik dan Hukum Kedokteran*. Jakarta: Pustaka Dwipar.
- Santoso, B. (2019). *Hukum Kesehatan: Penegakan Hukum Malpraktik Tenaga Medis*. Bandung: Refika Aditama.
- Siswanto, H. (2015). *Hukum Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Soekanto, S. (2015). *Pengantar Hukum Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Soeparto, P. (2018). *Etika dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sutarno. (2016). *Hukum Kesehatan dan Tanggung Jawab Medis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Triwibowo, C. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Waluyadi. (2019). *Hukum Perlindungan Pasien*. Bandung: Mandar Maju.
- Yunanto, A., & Helmi. (2015). *Hukum Pidana Malpraktik Kedokteran*. Yogyakarta: Andi Offset.

**Peraturan Perundang-undangan:**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (sebagian dicabut/disesuaikan oleh UU 17/2023).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (sebagian dicabut/disesuaikan oleh UU 17/2023).

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran.



# BAB IV

## MANAJEMEN MUTU TERPADU DI RUMAH SAKIT



### **A. Pendahuluan**

Manajemen Mutu Terpadu atau *Total Quality Management* (TQM) bukan sekadar program atau proyek sesaat, melainkan sebuah filosofi manajemen dan cara hidup organisasi yang menekankan pada upaya perbaikan terus-menerus (*continuous improvement*) untuk mencapai kepuasan pelanggan. Dalam konteks rumah sakit, TQM bertransformasi menjadi pendekatan holistik yang tidak hanya mengejar kesembuhan klinis pasien, tetapi juga kepuasan emosional, efisiensi proses, dan keselamatan kerja staf. Sejarah TQM yang bermula dari sektor manufaktur pasca-Perang Dunia II di Jepang—dipelopori oleh W. Edwards Deming dan Joseph Juran—kini telah diadopsi secara luas di sektor kesehatan global. Rumah sakit menyadari bahwa mereka tidak lagi bisa beroperasi dengan gaya manajemen feodalistik dan terfragmentasi, melainkan harus bergerak sebagai satu organisme yang terpadu dalam melayani pasien.

Perbedaan mendasar antara pendekatan mutu tradisional (*Quality Assurance*) dengan TQM terletak pada fokusnya. *Quality Assurance* (QA) cenderung reaktif dan berfokus pada inspeksi akhir untuk memisahkan produk cacat ("membuang apel busuk"). Sementara itu, TQM bersifat proaktif dan berfokus pada perbaikan sistem untuk mencegah terjadinya cacat sejak awal

("memastikan pohon menghasilkan apel yang baik"). Di rumah sakit, QA mungkin hanya mendata berapa pasien yang jatuh, sedangkan TQM menganalisis mengapa pasien bisa jatuh dan merombak tata letak kamar mandi atau prosedur *handover* perawat untuk mencegah kejadian serupa terulang. Pergeseran dari "mendeteksi kesalahan" menuju "mencegah kesalahan" adalah jiwa dari TQM.

TQM menempatkan pelanggan sebagai raja. Dalam pelayanan kesehatan, konsep pelanggan terbagi menjadi dua: pelanggan eksternal (pasien, keluarga, pembayar/asuransi) dan pelanggan internal (dokter, perawat, staf penunjang). Filosofi TQM mengajarkan bahwa kita tidak bisa memuaskan pelanggan eksternal jika pelanggan internal tidak puas. Bagaimana mungkin seorang perawat dapat melayani pasien dengan ramah dan teliti jika ia sendiri merasa tertekan, tidak dihargai, atau bekerja dengan peralatan yang rusak? Oleh karena itu, TQM di rumah sakit juga berbicara tentang pemberdayaan karyawan (*employee empowerment*) dan penciptaan lingkungan kerja yang kondusif.

Implementasi TQM di rumah sakit menghadapi tantangan unik yang tidak ditemukan di pabrik mobil. Produk rumah sakit adalah jasa yang *intangible, heterogeneous, dan inseparable*. Setiap pasien adalah unik, sehingga variabilitas proses sangat tinggi. Selain itu, budaya profesionalisme medis yang kuat seringkali menciptakan "silo-silo" atau tembok pemisah antar profesi. Dokter merasa paling berkuasa, perawat merasa paling lelah, dan manajemen merasa paling pusing memikirkan biaya. TQM berusaha meruntuhkan tembok-tembok ini melalui kerja sama tim lintas fungsi (*cross-functional teams*) yang setara demi satu tujuan: nilai terbaik bagi pasien.

Salah satu pilar TQM adalah obsesi terhadap kualitas (*obsession with quality*). Di rumah sakit, kualitas bukan jargon marketing, melainkan masalah hidup dan mati. *Zero Defect* atau nol cacat yang dipopulerkan oleh Philip Crosby menjadi cita-cita ideal. Meskipun dalam medis risiko tidak bisa nol mutlak, namun

semangat untuk meniadakan *medical error* yang bisa dicegah (*preventable error*) harus menjadi obsesi setiap staf. Mulai dari kebersihan lantai hingga ketepatan dosis obat kemoterapi, semuanya harus dikerjakan dengan standar kesempurnaan.

TQM juga menekankan pada pendekatan ilmiah (*scientific approach*) dalam pengambilan keputusan. Manajemen tidak boleh lagi mengambil keputusan berdasarkan asumsi, intuisi, atau "biasanya begini." TQM menuntut data. *Management by Fact*. Penggunaan alat-alat statistik sederhana seperti diagram Pareto, *fishbone diagram*, dan *control chart* harus menjadi kompetensi dasar manajer rumah sakit. Dengan data, kita bisa membedakan mana masalah yang bersifat sistemik (variasi penyebab umum) dan mana yang kasuistik (variasi penyebab khusus), sehingga intervensi perbaikannya tepat sasaran.

Komitmen jangka panjang (*long-term commitment*) adalah syarat mutlak keberhasilan TQM. Perubahan budaya mutu tidak terjadi dalam semalam. Seringkali manajemen rumah sakit terjebak pada keinginan hasil instan. Ketika program mutu baru berjalan 3 bulan dan belum terlihat dampak finansialnya, program tersebut dihentikan. Padahal, TQM adalah investasi jangka panjang. Membangun budaya di mana staf berani melaporkan kesalahan sendiri (*blame-free culture*) membutuhkan waktu tahunan untuk memupuk kepercayaan (*trust*).

Dalam era JKN di Indonesia, TQM menjadi strategi bertahan hidup (*survival strategy*). Dengan tarif INA-CBGs yang tetap, satu-satunya cara untuk menjaga margin adalah dengan menghilangkan pemborosan (*waste*). TQM mengajarkan bahwa kualitas yang buruk itu mahal (*Cost of Poor Quality*). Biaya untuk menangani komplikasi akibat infeksi luka operasi jauh lebih mahal daripada biaya untuk menjalankan prosedur sterilisasi yang ketat. Jadi, TQM sebenarnya adalah mekanisme kendali biaya yang paling efektif: "Do it right the first time."

Pendidikan dan pelatihan (*education and training*) adalah motor penggerak TQM. Staf rumah sakit harus terus menerus

dilatih bukan hanya soal kompetensi klinis, tapi juga soal kompetensi mutu. Bagaimana cara melakukan *Root Cause Analysis* (RCA)? Bagaimana cara menyusun indikator kinerja? Rumah sakit pembelajar (*learning organization*) adalah rumah sakit yang mengalokasikan anggaran signifikan untuk pengembangan SDM-nya. TQM tidak bisa berjalan jika stafnya stagnan.

Keterlibatan total (*total involvement*) bermakna semua orang bertanggung jawab atas mutu, mulai dari tukang parkir hingga direktur utama. Seringkali mutu dianggap tugas Komite Mutu saja. Ini salah besar. Komite Mutu hanyalah fasilitator. Pemilik proses sebenarnya adalah unit-unit pelayanan. Kebersihan toilet bukan hanya tanggung jawab *cleaning service*, tapi tanggung jawab semua orang yang melihat sampah untuk memungutnya. Rasa memiliki (*sense of belonging*) inilah yang dibangun dalam TQM.

Perbaikan proses (*process improvement*) lebih diutamakan daripada menyalahkan orang. Jika terjadi kesalahan pemberian obat, TQM tidak akan langsung memecat perawatnya, tetapi akan membedah sistemnya. Apakah penyimpanannya membingungkan? Apakah pencahayaannya kurang? Apakah beban kerjanya berlebihan? Deming mengatakan 85% masalah mutu disebabkan oleh sistem, hanya 15% oleh faktor manusia. TQM mengajak manajemen untuk berhenti mencari kambing hitam dan mulai memperbaiki pagar kandang.

Kepemimpinan (*leadership*) dalam TQM bersifat partisipatif, bukan otoriter. Pemimpin berfungsi sebagai mentor dan pelatih (*coach*), bukan mandor. Direktur rumah sakit harus sering turun ke lapangan (*Gemba Walk*) untuk melihat langsung hambatan yang dihadapi staf garis depan. Pemimpin harus mendengarkan keluhan staf dan memberikan sumber daya yang dibutuhkan untuk perbaikan. Tanpa keteladanan dari pucuk pimpinan, TQM hanya akan menjadi slogan kosong di dinding.

Standarisasi adalah kunci untuk mengurangi variasi. TQM mendorong penyusunan SPO dan Panduan Praktik Klinis yang baku. Namun, standarisasi dalam TQM bukanlah sesuatu yang kaku dan mati. Standar ada untuk diperbaiki. "Hari ini harus lebih baik dari kemarin, dan besok harus lebih baik dari hari ini." Semangat Kaizen (perbaiki kecil tapi terus menerus) harus mewarnai revisi dokumen standar di rumah sakit.

TQM juga melihat pemasok (*supplier*) sebagai mitra. Hubungan dengan vendor obat, alat kesehatan, dan *outsourcing* (seperti katering atau *laundry*) harus dikelola dengan prinsip mutu. Rumah sakit tidak boleh hanya menekan harga terendah, tapi juga menuntut jaminan kualitas dari pemasok. Kualitas makanan pasien yang buruk dari vendor katering akan merusak persepsi mutu layanan medis secara keseluruhan.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa TQM adalah perjalanan tanpa garis finis. Selama teknologi kedokteran berkembang dan harapan pasien meningkat, standar mutu akan terus bergerak naik. Rumah sakit yang berhenti melakukan perbaikan, pada hakikatnya sedang bergerak mundur. Implementasi TQM adalah upaya menjaga relevansi rumah sakit di tengah dinamika industri kesehatan yang turbulen.

## **B. Fokus Pelanggan: Dari Patient Satisfaction menuju Patient Experience**

Dalam filosofi TQM, pelanggan adalah penentu kualitas. Apapun yang dilakukan rumah sakit, jika tidak memberikan nilai tambah bagi pelanggan, adalah kesia-siaan (*muda*). Di era modern, konsep kepuasan pasien (*patient satisfaction*) yang bersifat subjektif dan sesaat telah berevolusi menjadi pengalaman pasien (*patient experience*) yang lebih holistik dan objektif. Kepuasan mungkin hanya bertanya "Apakah Anda senang dengan layanan kami?" sedangkan pengalaman bertanya "Apakah dokter menjelaskan efek samping obat dengan bahasa yang Anda

mengerti?" atau "Apakah nyeri Anda ditangani dalam waktu kurang dari 15 menit?" TQM menuntut pengukuran pengalaman ini secara presisi melalui survei *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) atau metode serupa yang diadopsi nasional.

Fokus pelanggan dimulai sejak pasien mencari informasi (website/medsos), mendaftar, menunggu, diperiksa, dirawat, hingga pulang dan rehabilitasi di rumah. TQM memetakan *Patient Journey* ini untuk mengidentifikasi titik-titik nyeri (*pain points*). Misalnya, jika titik nyeri terbesar adalah waktu tunggu obat di farmasi, maka proyek perbaikan mutu harus diprioritaskan di sana. Rumah sakit yang menerapkan TQM tidak menebak-nebak keinginan pasien, tetapi mendengarkan suara pelanggan (*Voice of Customer*) melalui kotak saran, temu pelanggan, survei rutin, dan analisis keluhan.

Konsep *Patient Centered Care* (PCC) adalah wujud klinis dari fokus pelanggan dalam TQM. PCC menempatkan pasien dan keluarga sebagai mitra dalam pengambilan keputusan medis. Bukan lagi "dokter menyuruh pasien," tetapi "dokter dan pasien mendiskusikan opsi terbaik." TQM memfasilitasi ini dengan mengubah sistem visite dokter agar lebih dialogis, menyediakan akses informasi rekam medis yang transparan, dan menghormati nilai-nilai serta preferensi budaya pasien. PCC terbukti meningkatkan kepatuhan berobat dan hasil klinis.

Pelanggan internal juga tidak boleh diabaikan. Rantai kualitas pelayanan (*Service Profit Chain*) menyatakan bahwa loyalitas pelanggan dimulai dari loyalitas karyawan. Rumah sakit harus melakukan survei kepuasan karyawan secara berkala. Isu-isu seperti beban kerja yang tidak merata, sistem remunerasi yang tidak adil, atau kurangnya kesempatan promosi harus ditangani dengan serius layaknya menangani keluhan pasien. Perawat yang *burnout* adalah ancaman bagi keselamatan pasien. TQM mewajibkan manajemen untuk merawat yang merawat (*caring for the caregiver*).

Fokus pelanggan juga berarti mengelola ekspektasi. Seringkali ketidakpuasan muncul bukan karena layanan yang buruk, tapi karena ekspektasi yang tidak realistis (misal: ingin sembuh instan). TQM menekankan pentingnya komunikasi terapeutik dan edukasi sejak awal masuk (*admission*). Manajemen ekspektasi adalah bagian dari manajemen mutu. Rumah sakit harus jujur mengenai prognosis dan risiko. Kejujuran ini, meskipun pahit, adalah bentuk penghormatan tertinggi kepada pelanggan dan akan membangun kepercayaan jangka panjang.

### C. Siklus PDCA dan Metodologi Perbaikan Mutu

Siklus *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) atau sering juga disebut siklus Deming/Shewhart adalah jantung operasional TQM. Tanpa PDCA, perbaikan mutu hanya bersifat acak dan tidak berkelanjutan. Tahap **Plan** (Perencanaan) adalah tahap yang paling krusial dan seringkali memakan waktu paling lama (50% dari siklus). Di sini, tim mutu mendefinisikan masalah berdasarkan data, mencari akar masalah (*root cause analysis*), menetapkan target yang terukur (SMART), dan merencanakan intervensi. Kesalahan umum di rumah sakit adalah langsung melompat ke solusi ("Pokoknya tambah orang!") tanpa analisis data yang mendalam.



Gambar 6. Siklus PDCA dan Metodologi Perbaikan Mutu

Tahap **Do** (Pelaksanaan) adalah uji coba solusi dalam skala kecil (*pilot project*). TQM tidak menyarankan perubahan radikal serentak di seluruh rumah sakit. Misalnya, jika ingin mengubah format rekam medis, cobalah dulu di satu bangsal selama satu bulan. Di tahap ini, sosialisasi dan pelatihan kepada staf yang terlibat sangat penting. Dokumentasikan segala kendala yang muncul selama uji coba. Tahap Do bukanlah implementasi massal, melainkan eksperimen terkontrol.

Tahap **Check** (Pemeriksaan/Evaluasi) atau sering disebut *Study* dalam PDSA (*Plan-Do-Study-Act*), adalah membandingkan hasil uji coba dengan target yang ditetapkan di tahap Plan. Apakah angka infeksi turun? Apakah waktu tunggu memendek? Gunakan data statistik untuk memvalidasi keberhasilan. Di tahap ini, kita mempelajari *apa yang berhasil* dan *apa yang salah*. Apakah penurunan infeksi benar karena prosedur baru, atau hanya kebetulan musim kemarau? Analisis varians dilakukan di sini secara objektif.

Tahap **Act** (Tindak Lanjut) adalah tahap standarisasi atau koreksi. Jika uji coba berhasil (*successful*), maka solusi tersebut dibakukan menjadi Standar Prosedur Operasional (SPO) baru dan diterapkan di seluruh rumah sakit. Ini disebut "mengunci perbaikan" (*locking the gain*) agar tidak kembali ke kebiasaan lama. Jika uji coba gagal, maka siklus berputar kembali ke tahap Plan dengan hipotesis baru. Siklus PDCA tidak pernah berhenti; setelah satu masalah selesai, tim beralih ke masalah berikutnya di level yang lebih tinggi.

Penerapan PDCA dalam program akreditasi dan JKN. BPJS Kesehatan dan KARS mewajibkan bukti pelaksanaan PDCA dalam setiap indikator mutu. Rumah sakit tidak cukup hanya menyeter laporan grafik ("Angka Kepatuhan Cuci Tangan 80%"). Mereka harus melampirkan analisis PDCA-nya: "Mengapa masih 80%? Apa akar masalahnya (misal: wastafel jauh)? Apa rencana perbaikannya (tambah *handrub* di tiap *bed*)? Bagaimana hasilnya

bulan depan?" Dokumen PDCA adalah bukti otentik bahwa organisasi itu hidup dan berpikir.

#### **D. Gugus Kendali Mutu (GKM) dan Bottom-Up Management**

Gugus Kendali Mutu (GKM) atau *Quality Control Circle* (QCC) adalah kelompok kecil karyawan dari unit kerja yang sama yang bertemu secara sukarela dan berkala untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kerja mereka. Konsep ini sangat efektif karena berasumsi bahwa orang yang paling tahu masalah di lapangan adalah orang yang mengerjakannya setiap hari, bukan manajer di kantor ber-AC. Seorang petugas kebersihan lebih tahu mengapa lantai sering licin daripada direktur umum. TQM memfasilitasi pembentukan GKM-GKM ini di setiap instalasi.

Pemberdayaan staf melalui GKM meningkatkan motivasi intrinsik. Ketika ide perbaikan dari seorang perawat pelaksana didengar, dijalankan, dan berhasil, ia akan merasa bangga dan memiliki harga diri profesional yang tinggi. Rumah sakit biasanya mengadakan konvensi mutu tahunan di mana setiap GKM mempresentasikan proyek perbaikannya. Ini adalah ajang kompetisi positif dan apresiasi manajemen. Hadiahnya bukan sekadar uang, tapi pengakuan publik (*recognition*).

Metodologi GKM biasanya menggunakan 8 Langkah dan 7 Alat Mutu (*Seven Quality Tools*). Tujuh alat tersebut adalah: *Check Sheet, Scatter Diagram, Fishbone Diagram, Pareto Chart, Flowchart, Histogram, dan Control Chart*. Pelatihan penggunaan alat-alat ini wajib diberikan kepada seluruh anggota GKM. Dengan alat ini, diskusi masalah tidak melebar menjadi sesi curhat atau saling menyalahkan, tetapi fokus pada analisis data visual yang terstruktur.

Peran fasilitator GKM. Karena staf medis dan non-medis seringkali sibuk dengan pelayanan rutin, GKM membutuhkan fasilitator (biasanya dari Komite Mutu) yang bertugas menjaga semangat, membimbing metodologi, dan menjembatani

kebutuhan sumber daya dengan manajemen. Tanpa fasilitator yang aktif, GKM seringkali layu sebelum berkembang atau berhenti di tengah jalan karena kesibukan operasional.

Dampak GKM terhadap efisiensi biaya seringkali mengejutkan. Banyak inovasi penghematan besar bermula dari ide sederhana GKM. Contoh: GKM Farmasi menemukan cara menata ulang rak obat yang mengurangi waktu racik 2 menit per resep. Jika dikalikan ribuan resep setahun, efisiensi waktu ini setara dengan penghematan gaji satu orang tenaga kerja. Atau GKM Gizi menemukan cara memotong sayur yang mengurangi limbah sisa makanan 10%. GKM adalah bukti bahwa *efficiency is everyone's business*.

## E. Budaya Kaizen dan Zero Defect

*Kaizen* adalah istilah Jepang yang berarti "perbaikan berkesinambungan" (*Change for Better*). Berbeda dengan inovasi yang biasanya bersifat besar, radikal, dan berbasis teknologi mahal, Kaizen bersifat kecil, bertahap, dan berbasis akal sehat (*low cost, high impact*). Di rumah sakit, Kaizen mengajarkan kita untuk tidak meremehkan perubahan kecil. Memindahkan letak tempat sampah agar lebih dekat dengan jangkauan perawat adalah Kaizen. Memberi label warna pada selang infus agar tidak tertukar adalah Kaizen. Akumulasi dari ribuan perbaikan kecil ini akan menghasilkan lompatan mutu yang raksasa.



Gambar. 7 Budaya Kaizen

Prinsip 5S (*Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke*) atau dalam bahasa Indonesia 5R (Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin) adalah fondasi Kaizen. Rumah sakit yang berantakan, gudang obat yang semrawut, atau *nurse station* yang penuh tumpukan kertas adalah musuh mutu. 5S menciptakan lingkungan kerja yang visual. Jika ada barang yang hilang atau tidak pada tempatnya, siapa pun bisa langsung tahu. Lingkungan yang terstandar rapi mengurangi waktu mencari (*search time*) dan mengurangi stres kognitif staf, yang pada akhirnya mencegah *error*.

*Zero Defect* adalah mentalitas untuk tidak mentolerir kesalahan sekecil apa pun. Dalam industri penerbangan dan kesehatan, 99,9% saja tidak cukup. Bayangkan jika 0,1% bayi yang lahir dijatuhkan oleh perawat; itu berarti ribuan bayi jatuh setiap tahun. TQM menanamkan bahwa standar kita adalah kesempurnaan. Namun, *Zero Defect* dicapai bukan dengan menekan manusia agar sempurna, melainkan dengan membangun sistem yang *Mistake Proofing (Poka-Yoke)*. Contoh Poka-Yoke di RS: desain konektor gas oksigen dan gas lain dibuat berbeda bentuknya, sehingga mustahil tertukar colokannya meskipun petugas sedang mengantuk.

Budaya Kaizen menuntut keterbukaan terhadap masalah. Di organisasi tradisional, staf menyembunyikan masalah karena takut dimarahi ("Asal Bapak Senang"). Di organisasi TQM/Kaizen, masalah dianggap sebagai permata (*problems are jewels*). Menemukan masalah berarti menemukan peluang untuk perbaikan. Manajemen harus berterima kasih kepada staf yang melaporkan *Near Miss* (Nyaris Cedera). Data *Near Miss* adalah harta karun untuk mencegah kecelakaan fatal di masa depan.

Peran *Visual Management*. Kaizen sangat mengandalkan manajemen visual. Papan kinerja (*dashboard*) dipasang di dinding bangsal menunjukkan grafik infeksi, kepuasan pasien, dan kehadiran staf. Siapa pun yang lewat bisa melihat status mutu unit tersebut. Transparansi ini menciptakan akuntabilitas sosial. Tidak ada yang bisa disembunyikan. Jika grafik merah, semua orang di

unit tersebut terpacu untuk membuatnya hijau kembali melalui aktivitas Kaizen.

## **F. Manajemen Proses dan Variabilitas Klinis (Six Sigma)**

TQM memandang bahwa kualitas ditentukan oleh proses. "Hasil yang baik berasal dari proses yang baik." Jika hasil pemeriksaan lab sering salah, jangan hanya marahi analisisnya, tapi audit proses *pre-analitik*, *analitik*, dan *post-analitik*-nya. Manajemen Proses melibatkan pemetaan alur kerja (*Process Mapping*), identifikasi aktivitas yang tidak bernilai tambah (*non-value added*), dan perampingan proses. Di rumah sakit, banyak proses yang birokratis warisan masa lalu yang sebenarnya tidak perlu (misal: tanda tangan berjenjang yang hanya memperlambat layanan). TQM memangkas lemak birokrasi ini.

Variabilitas adalah musuh mutu. Variabilitas klinis (cara dokter merawat pasien) yang terlalu lebar menyebabkan ketidakpastian *outcome* dan biaya. Konsep *Six Sigma* diadopsi dalam TQM untuk mengurangi variasi ini. *Six Sigma* menggunakan metode statistik DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*) untuk menekan tingkat cacat hingga 3,4 per sejuta peluang. Dalam konteks medis, ini berarti standarisasi *Clinical Pathway* menjadi sangat ketat. Dokter tetap memiliki seni klinis, namun dalam koridor ilmiah yang terstandar.

Penerapan *Lean Management* bersamaan dengan TQM (*Lean TQM*). Fokus *Lean* adalah kecepatan dan efisiensi aliran (*flow*), sedangkan TQM/*Six Sigma* fokus pada akurasi dan presisi. Keduanya saling melengkapi. *Lean* menghilangkan antrean dan pemborosan waktu, TQM menghilangkan kesalahan medis. Di IGD, *Lean* digunakan untuk mempercepat *response time*, TQM digunakan untuk memastikan diagnosis triase tepat. Sinergi *Lean-Six Sigma* di rumah sakit menciptakan pelayanan yang Cepat, Tepat, dan Hemat.



Gambar 8. Six Sigma menggunakan metode statistik DMAIC

Manajemen Risiko Proaktif (*FMEA - Failure Mode and Effects Analysis*). Sebelum proses baru dijalankan, TQM mengajarkan kita untuk memprediksi potensi kegagalan. Tim berkumpul untuk membayangkan "Apa yang bisa salah di proses ini?" dan "Seberapa parah dampaknya?" Lalu dibuat mitigasinya sebelum kejadian terjadi. Ini berbeda dengan RCA yang dilakukan *setelah* kejadian. FMEA adalah wujud tertinggi dari pencegahan dalam manajemen proses.

Integrasi teknologi dalam manajemen proses. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) harus dirancang untuk mendukung proses TQM. Sistem *barcoding* untuk identifikasi pasien, *electronic prescribing* untuk mencegah salah baca tulisan dokter, dan sistem *alert* otomatis untuk alergi obat adalah contoh bagaimana teknologi mengunci proses agar tetap dalam standar mutu. TQM di era digital adalah TQM yang berbasis *IT-enabled process*.

## **G. Referensi Bab 4**

### **Daftar Pustaka (Buku & Artikel)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Al-Assaf, A. F. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.
- Ariani, D. W. (2016). *Manajemen Kualitas*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Azwar, A. (2016). *Pengantar Administrasi Kesehatan* (Edisi Ketiga). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bachtiar, A. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bustami. (2016). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Padang: Erka.
- Deming, W. E. (2018). *Out of the Crisis* (Reprint Edition). Cambridge: MIT Press. (Edisi ulasan Indonesia).
- Gaspersz, V. (2017). *Total Quality Management*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2016). *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality*. Jakarta: Prenhallindo (Edisi Terjemahan).
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Hardjosoedarmo, S. (2018). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat, A. A. (2021). *Metode Penelitian Keperawatan dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Ilyas, Y. (2019). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: FKM UI.
- Imai, M. (2015). *Gemba Kaizen: A Commonsense, Low-Cost Approach to Management*. (Edisi terjemahan Indonesia: Pustaka Binaman Press).
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (2019). *Juran's Quality Handbook*. (Edisi ulasan akademis Indonesia).
- Kaho, N. R. (2018). *Analisis Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Kupang: Undana Press.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing Management*. (Edisi terjemahan Indonesia jilid 1 & 2). Jakarta: Erlangga.
- Liker, J. K. (2018). *The Toyota Way: 14 Management Principles*. (Edisi terjemahan Indonesia). Jakarta: Erlangga.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Edisi 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Prawirosentono, S. (2017). *Filosofi Baru Tentang Manajemen Mutu Terpadu Abad 21*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Rivai, V. (2018). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan: Dari Teori ke Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sallis, E. (2015). *Total Quality Management in Education*. (Diterjemahkan dan diadaptasi konteks organisasi publik). Yogyakarta: IRCiSoD.
- Simamora, H. (2016). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: STIE YKPN.

- Sitorus, R., & Yulia. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Akreditasi Rumah Sakit: Standar dan Instrumen*. Jakarta: KARS.
- Tjiptono, F., & Diana, A. (2019). *Total Quality Management* (Edisi Revisi). Yogyakarta: Andi Offset.
- Trisnantoro, L. (2018). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yamit, Z. (2017). *Manajemen Kualitas Produk dan Jasa*. Yogyakarta: Ekonisia.



# BAB V

## AKREDITASI RUMAH SAKIT SEBAGAI STANDAR MUTU



### **A. Pendahuluan**

Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah mengalami transformasi filosofis yang mendalam dalam satu dekade terakhir. Jika dahulu akreditasi sering dipandang sebagai "ritual lima tahunan" yang bersifat administratif dan *ceremonial*/semata untuk mendapatkan sertifikat di dinding lobi, kini akreditasi telah bermetamorfosis menjadi "napas" operasional rumah sakit sehari-hari. Pergeseran ini didorong oleh perubahan regulasi yang mewajibkan akreditasi bukan hanya sebagai standar mutu, tetapi juga sebagai syarat mutlak perpanjangan izin operasional dan syarat kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), rumah sakit yang tidak terakreditasi dianggap tidak layak (*unfit*) untuk melayani peserta jaminan sosial, yang secara otomatis memutus akses terhadap sumber pendapatan terbesar rumah sakit.

Filosofi dasar akreditasi adalah pengakuan eksternal oleh lembaga independen terhadap kepatuhan rumah sakit pada standar-standar yang telah ditetapkan. Standar ini mencakup seluruh aspek layanan, mulai dari tata kelola perusahaan (*corporate governance*), tata kelola klinis (*clinical governance*), manajemen fasilitas, hingga hak pasien dan keluarga. Tujuan akhirnya adalah *Patient Safety* atau keselamatan pasien.

Akreditasi memaksa rumah sakit untuk membangun sistem yang meminimalkan risiko kesalahan manusia. Dalam teori *Swiss Cheese Model* dari James Reason, akreditasi berfungsi menutup lubang-lubang pada keju (sistem) agar bahaya tidak tembus menjadi kecelakaan.

Di Indonesia, lanskap akreditasi berubah drastis pasca terbitnya UU Rumah Sakit dan berbagai regulasi turunan dari Kementerian Kesehatan. Monopoli penyelenggaraan akreditasi telah berakhir, digantikan oleh era *multi-agency* di mana pemerintah menetapkan beberapa Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi (LIPA) seperti KARS, LAFKI, LARS-DHP, dan lainnya. Kompetisi antar lembaga ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pembinaan dan objektivitas penilaian, meskipun di sisi lain menuntut manajemen rumah sakit untuk cerdas memilih mitra akreditasi yang paling sesuai dengan visi dan budaya organisasi mereka tanpa mengorbankan substansi standar nasional.

Implementasi standar akreditasi, baik yang mengacu pada standar nasional (STARKES) maupun internasional (JCI), menuntut komitmen finansial yang tidak sedikit. Rumah sakit harus berinvestasi pada perbaikan infrastruktur (misalnya: sistem pemadam kebakaran, jalur evakuasi, ruang isolasi tekanan negatif) dan pengembangan kompetensi SDM (pelatihan Bantuan Hidup Dasar, komunikasi efektif). Bagi rumah sakit kecil dengan arus kas terbatas, ini adalah tantangan berat. Namun, dalam perspektif Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), biaya akreditasi harus dilihat sebagai investasi pencegahan (*prevention cost*). Biaya untuk membenahi sistem jauh lebih murah dibandingkan biaya litigasi hukum akibat malpraktik atau biaya reputasi yang hancur akibat layanan buruk.

Akreditasi juga mengubah pola komunikasi di dalam rumah sakit. Standar akreditasi menuntut adanya komunikasi antar-profesi yang efektif. Metode SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dan TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi)

menjadi bahasa universal di rumah sakit terakreditasi. Dokter tidak bisa lagi memberikan instruksi lisan sembarangan tanpa verifikasi. Hambatan hierarkis feodal antara dokter senior dan perawat junior perlahan dikikis demi keselamatan pasien. Perawat diberdayakan untuk melakukan *stop line* atau mengingatkan dokter jika ada prosedur yang terlewat, sebuah praktik yang dulu dianggap tabu.

Proses survei akreditasi kini menggunakan metode telusur (*tracer methodology*) yang sangat detail. Surveyor tidak lagi hanya duduk memeriksa tumpukan dokumen SOP di ruang rapat, tetapi turun ke lapangan mengikuti jejak pasien (*patient tracer*) dari masuk IGD hingga pulang. Mereka mewawancarai pasien, menguji pemahaman staf *cleaning service* tentang penanganan tumpahan darah, dan mengecek tanggal kadaluarsa obat di troli emergensi secara acak. Metode ini membongkar kepalsuan dokumen. Rumah sakit tidak bisa lagi sekadar "membuat dokumen semalam" (*SKS - Sistem Kebut Semalam*), tetapi harus membuktikan implementasi nyata di lapangan.

Budaya dokumentasi menjadi salah satu pilar utama akreditasi. Slogan "Tulis yang Anda kerjakan, kerjakan yang Anda tulis" menjadi mantra wajib. Rekam medis harus lengkap, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) harus diisi disiplin oleh semua profesi pemberi asuhan (PPA). Ketidakkonsistenan dalam dokumentasi dianggap sebagai kegagalan mutu. Di era digital, akreditasi juga mendorong transisi ke rekam medis elektronik karena memudahkan pelacakan dan audit mutu secara *real-time*.

Akreditasi juga menyoroti aspek hak pasien dan keluarga secara spesifik. Rumah sakit wajib menghormati privasi, nilai-nilai budaya, dan hak pasien untuk menolak tindakan medis. *Informed consent* bukan sekadar formulir persetujuan, melainkan sebuah proses edukasi. Akreditasi memastikan bahwa pasien benar-benar paham risiko dan manfaat sebelum tanda tangan. Ini melindungi pasien dari ketidaktahuan dan melindungi rumah sakit dari tuntutan hukum di kemudian hari.

Manajemen risiko fasilitas dan lingkungan juga menjadi sorotan tajam. Rumah sakit adalah tempat yang berbahaya, penuh dengan bahan infeksius, radiasi, dan limbah B3. Standar akreditasi mewajibkan adanya manajemen risiko bencana (*Disaster Plan*) dan K3RS yang kuat. Uji coba sistem proteksi kebakaran dan simulasi kode biru (*Code Blue*) harus dilakukan berkala. Rumah sakit yang lulus akreditasi adalah rumah sakit yang siap menghadapi skenario terburuk, bukan hanya skenario normal.

Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) adalah elemen akreditasi yang mengatur manajemen SDM. Proses kredensialing (verifikasi ijazah dan kompetensi) dokter dan perawat menjadi sangat ketat. Rumah sakit dilarang mempekerjakan staf yang tidak memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang valid. Ini adalah mekanisme *gatekeeping* untuk memastikan hanya tenaga profesional yang kompeten yang boleh menyentuh pasien. Akreditasi memaksa bagian HRD untuk bekerja sangat teliti dalam mengelola file kepegawaian.

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah "otak" dari sistem akreditasi. Rumah sakit wajib mengumpulkan data indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit, dan indikator mutu unit. Data ini harus dianalisis, divalidasi, dan ditindaklanjuti dengan siklus PDCA. Tanpa data mutu yang valid, akreditasi hanyalah cangkang kosong. Direktur rumah sakit diuji pemahamannya tentang grafik mutu ini saat survei pimpinan.

Dinamika pasca-akreditasi seringkali menjadi masalah klasik. Banyak rumah sakit mengalami "euforia sesaat" setelah mendapatkan sertifikat Paripurna, lalu performanya merosot kembali ke kebiasaan lama. Fenomena ini disebut "kurva gergaji." Tantangan terbesar manajemen mutu adalah mempertahankan standar (*maintaining standards*) di masa jeda antar survei. Konsep akreditasi modern menekankan pada *continuous*

*readiness* (kesiapan terus menerus), di mana rumah sakit siap disurvei kapan saja tanpa persiapan khusus.

Peran pemilik rumah sakit (*Governing Body*) juga diatur dalam akreditasi. Pemilik tidak boleh hanya menuntut profit, tetapi juga bertanggung jawab menyediakan sumber daya untuk pemenuhan standar mutu. Dewan Pengawas harus aktif melakukan pengawasan terhadap kinerja direksi dalam menjaga mutu. Akreditasi menegaskan batas kewenangan yang jelas antara pemilik dan pengelola agar tidak terjadi intervensi yang merusak tata kelola klinis.

Sanksi bagi rumah sakit yang tidak terakreditasi kini semakin nyata. Selain pemutusan kontrak BPJS, Kementerian Kesehatan juga dapat mencabut izin operasional atau menurunkan kelas rumah sakit melalui mekanisme *review* kelas. Tekanan regulasi ini menjadikan akreditasi sebagai prioritas strategis nomor satu dalam Rencana Strategis (Renstra) setiap rumah sakit di Indonesia. Tidak ada tawar-menawar dalam hal kepatuhan ini.

Akhirnya, Bab Pendahuluan ini menyimpulkan bahwa akreditasi adalah jalan panjang menuju kesempurnaan pelayanan yang tidak pernah ada ujungnya. Predikat "Paripurna" atau bintang lima bukanlah tujuan akhir, melainkan tonggak awal komitmen untuk memberikan yang terbaik bagi kemanusiaan. Rumah sakit terakreditasi adalah rumah sakit yang memanusiaikan manusia dengan cara yang terstandar, aman, dan bermartabat.

## **B. Evolusi Standar Akreditasi: Dari Administratif ke Berpusat pada Pasien**

Sejarah standar akreditasi di Indonesia mencerminkan evolusi pemikiran manajemen kesehatan global. Pada era awal (versi 2007 ke bawah), akreditasi sangat berfokus pada kelengkapan dokumen dan struktur organisasi. Pertanyaan surveyor lebih banyak seputar "Apakah ada SK Direktur?" atau "Apakah ada buku pedoman?" Hal ini menciptakan budaya

birokratis di mana rumah sakit bisa lulus dengan nilai bagus hanya dengan merapikan arsip, tanpa melihat apakah pedoman tersebut benar-benar dijalankan di bangsal perawatan. Pasien seringkali tidak merasakan dampak langsung dari status akreditasi tersebut.

Perubahan paradigma terjadi pada tahun 2012 ketika Indonesia mengadopsi standar yang berkiblat pada *Joint Commission International* (JCI). Fokus bergeser tajam dari *provider-centered* menjadi *patient-centered*. Standar 2012, yang kemudian disempurnakan menjadi SNARS (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit) Edisi 1 dan Edisi 1.1, serta terakhir STARKES (Standar Akreditasi Rumah Sakit) tahun 2022, menempatkan pasien sebagai pusat alam semesta pelayanan. Setiap bab standar disusun berdasarkan alur perjalanan pasien, mulai dari akses ke rumah sakit, pengkajian pasien, asuhan pasien, hingga pemulangan.

Inti dari standar berpusat pada pasien adalah integrasi asuhan. Standar baru menghapus sekat-sekat antar departemen. Konsep Profesional Pemberi Asuhan (PPA) diperkenalkan, di mana dokter, perawat, apoteker, dan ahli gizi bekerja sebagai tim interdisiplin dengan satu tujuan dan satu rencana asuhan (*Collaborative Care Plan*). Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bertindak sebagai pemimpin klinis (*clinical leader*), namun wajib mendengarkan masukan dari PPA lain. Akreditasi menilai kolaborasi ini melalui bukti di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Metode survei pun berevolusi menggunakan teknik *Tracer* (Telusur). Ada dua jenis telusur utama: *Individual Patient Tracer* dan *System Tracer*. Dalam telusur pasien, surveyor memilih satu pasien yang kompleks (misal: pasien operasi dengan diabetes dan infeksi), lalu mengikuti rekam jejak pelayanannya dari IGD, kamar operasi, ICU, hingga rawat inap. Surveyor mencocokkan apa yang tertulis di rekam medis dengan apa yang diucapkan pasien dan apa yang dilakukan staf. Jika di rekam medis tertulis "edukasi obat

diberikan," tapi pasien mengaku tidak tahu cara minum obat, maka itu adalah temuan ketidakpatuhan.

*System Tracer* menelusuri alur sistem, misalnya sistem manajemen obat atau pencegahan infeksi. Surveyor akan melihat bagaimana obat dipesan dari gudang, disimpan di satelit farmasi, disiapkan oleh perawat, hingga diberikan ke pasien. Mereka mencari titik lemah sistem (*loophole*). Apakah obat *High Alert* diberi label merah? Apakah obat kadaluarsa dipisahkan? Evolusi metode ini memaksa rumah sakit untuk membangun sistem yang *fail-safe*, bukan sekadar dokumen yang rapi.

Standar terbaru (STARKES 2022) juga memasukkan unsur Program Nasional (Prognas) sebagai bab wajib. Ini adalah wujud sinergi antara standar mutu rumah sakit dengan prioritas kesehatan negara. Rumah sakit wajib memiliki program sukses untuk penanggulangan TB, HIV/AIDS, Stunting, Keluarga Berencana, dan Pelayanan Geriatri. Akreditasi menjadi alat negara untuk memastikan rumah sakit berkontribusi pada penyelesaian masalah kesehatan publik, bukan hanya menjadi menara gading pelayanan kuratif.

Dalam konteks kendali biaya, standar akreditasi berpusat pada pasien sebenarnya mendorong efisiensi. Asuhan yang terintegrasi mencegah duplikasi pemeriksaan yang tidak perlu. Pengkajian awal yang komprehensif mencegah kesalahan diagnosis yang berujung pada perawatan yang lama. Edukasi pasien yang efektif mencegah *readmission* (pasien dirawat ulang karena gagal paham perawatan di rumah). Jadi, standar yang humanis ini secara simultan adalah standar yang ekonomis.

Tantangan evolusi ini adalah perubahan *mindset* dokter senior yang terbiasa bekerja secara otonom dan individualistik. Standar akreditasi yang menuntut kepatuhan pada Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* sering dianggap mengekang kebebasan profesi. Manajemen rumah sakit harus gigih melakukan pendekatan persuasif bahwa standarisasi bukan untuk mengekang, melainkan untuk melindungi dokter dari

tuntutan hukum dan memastikan *outcome* pasien yang konsisten.

Pemanfaatan teknologi dalam akreditasi juga semakin masif. Aplikasi SISMADAK (Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi) atau aplikasi serupa yang dikembangkan LIPA, memungkinkan rumah sakit mengunggah dokumen secara digital sebelum survei. Ini mengurangi penggunaan kertas dan memudahkan *update* regulasi. Ke depan, akreditasi akan semakin terintegrasi dengan data *real-time* dari Rekam Medis Elektronik, menjadikan pengawasan mutu bersifat harian, bukan lagi lima tahunan.

Kesimpulannya, evolusi standar akreditasi di Indonesia telah menempatkan mutu layanan kesehatan kita setara dengan standar global. Transisi dari administratif ke klinis-pasien memastikan bahwa sertifikat akreditasi benar-benar mencerminkan keamanan dan kenyamanan yang dirasakan oleh masyarakat.

### **C. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien sebagai Jantung Mutu**

Enam Sasaran Keselamatan Pasien (*International Patient Safety Goals*- IPSG) adalah bab paling krusial dalam akreditasi. Kelulusan rumah sakit seringkali ditentukan oleh kepatuhan mutlak pada bab ini. Jika rumah sakit gagal dalam SKP, biasanya mereka tidak akan lulus akreditasi tingkat Paripurna. SKP dirancang untuk mengatasi masalah-masalah keselamatan yang paling sering menyebabkan kematian atau cedera serius di rumah sakit di seluruh dunia.



Gambar 9. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran 1: Identifikasi Pasien dengan Benar. Ini terdengar sederhana namun vital. Salah identifikasi bisa berakibat fatal: salah operasi orang, salah transfusi darah, atau salah pemberian bayi. Akreditasi mewajibkan penggunaan minimal dua identitas (Nama dan Tanggal Lahir/NIK) dan tidak boleh menggunakan nomor kamar. Pemasangan gelang identitas (warna pink/biru) adalah wajib. Budaya staf untuk selalu bertanya nama dan mengecek gelang sebelum tindakan (pemberian obat, ambil darah) harus menjadi refleks otomatis.

Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif. Komunikasi yang buruk adalah penyebab utama *sentinel event* (kejadian tak diharapkan yang fatal). Akreditasi mewajibkan prosedur TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi) untuk instruksi lisan/via telepon, dan pelaporan nilai kritis laboratorium dalam waktu tertentu. Metode serah terima pasien (*handover*) antar shift atau antar unit harus menggunakan pola baku seperti SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Standarisasi cara

bicara ini meminimalkan distorsi informasi yang bisa membahayakan pasien.

Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*). Obat-obatan seperti elektrolit pekat (KCl, NaCl 3%), insulin, kemoterapi, dan antikoagulan adalah obat yang berisiko tinggi menyebabkan kematian jika salah dosis atau salah pasien. Akreditasi mewajibkan obat-obat ini disimpan terpisah, diberi label khusus (stiker merah/high alert), dan aksesnya dibatasi. Elektrolit pekat tidak boleh disimpan di ruang rawat inap biasa kecuali di area kritis (ICU/IGD) dengan pengawasan ketat. Prosedur *Double Check* oleh dua perawat berbeda saat pemberian obat *high alert* adalah mekanisme kontrol yang wajib dijalankan.

Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar. Kasus "salah potong kaki" atau "tertinggal kasa di perut" masih terjadi di dunia medis. Akreditasi mewajibkan protokol *Site Marking* (penandaan lokasi operasi) oleh operator dengan spidol permanen saat pasien sadar. Selain itu, penerapan *Surgical Safety Checklist* dari WHO (Sign In, Time Out, Sign Out) adalah harga mati. Fase *Time Out*—berhenti sejenak sebelum insisi untuk konfirmasi tim—adalah benteng terakhir pencegahan kesalahan operasi.

Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*HAI*s). Infeksi Nosokomial membunuh jutaan orang dan menghabiskan biaya triliunan. Kunci sasaran ini adalah kebersihan tangan (*Hand Hygiene*). Rumah sakit wajib menerapkan *WHO 5 Moments for Hand Hygiene*. Ketersediaan *handrub* di setiap titik perawatan dan kepatuhan staf mencuci tangan diaudit secara ketat. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang rasional juga masuk dalam sasaran ini. Akreditasi mendorong budaya di mana dokter senior pun harus mau ditegang oleh *cleaning service* jika lupa cuci tangan.

Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh. Pasien di rumah sakit seringkali lemah, pusing, atau di bawah pengaruh obat bius, sehingga rentan jatuh dari tempat tidur atau di kamar mandi. Akreditasi mewajibkan pengkajian risiko jatuh (menggunakan skala Morse untuk dewasa atau *Humpty Dumpty* untuk anak) pada setiap pasien masuk. Pasien berisiko tinggi harus diberi tanda (gelang kuning/kancing kuning), pagar tempat tidur dinaikkan, dan edukasi keluarga. Lantai licin atau penerangan redup harus segera diperbaiki oleh tim fasilitas.

Implementasi SKP ini berdampak langsung pada Kendali Biaya. Bayangkan biaya yang harus dikeluarkan rumah sakit jika terjadi salah transfusi darah (reaksi anafilaktik, masuk ICU, cuci darah) dibandingkan dengan biaya membeli gelang identitas. Biaya penanganan infeksi luka operasi jauh melampaui biaya *handrub*. Oleh karena itu, investasi pada 6 SKP adalah investasi efisiensi tertinggi. Mencegah *adverse event* berarti mencegah kerugian finansial yang masif.

Tantangan terbesar implementasi SKP adalah konsistensi manusia. Manusia cenderung mengambil jalan pintas (*shortcut*) ketika lelah atau sibuk. Misalnya, tidak melakukan *double check* insulin saat pasien antre banyak. Di sinilah peran supervisi dan budaya keselamatan (*safety culture*) bermain. Akreditasi menuntut sistem yang memaksa kepatuhan, bukan hanya mengimbu.

Monitoring capaian SKP dilakukan setiap bulan melalui indikator mutu. Data kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan cuci tangan, dan kepatuhan *time out* dipajang di dashboard mutu. Jika angka turun, harus segera dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA). Akreditasi menilai apakah rumah sakit bereaksi terhadap data tersebut atau membiarkannya.

Kesimpulannya, SKP bukan sekadar bab dalam buku standar, melainkan "paspor keselamatan" bagi pasien. Rumah sakit yang lulus akreditasi Paripurna namun mengabaikan SKP dalam praktik

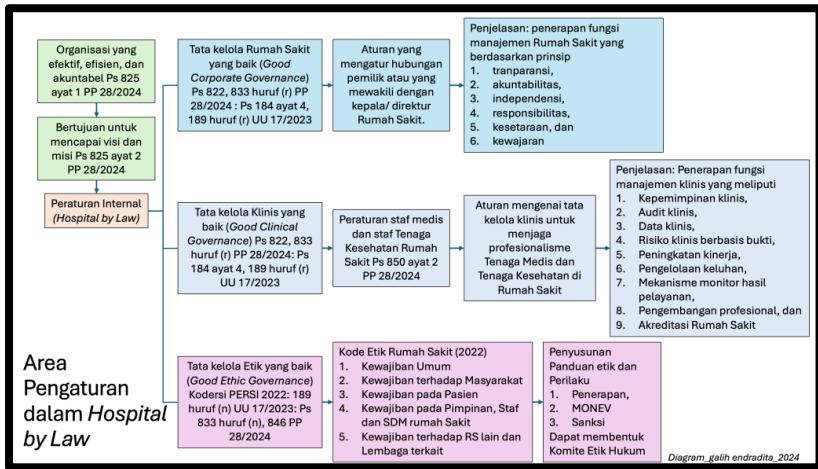
sehari-hari adalah rumah sakit yang melakukan penipuan publik. Integritas pelaksanaan SKP adalah cermin moralitas rumah sakit.

#### **D. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) dan Kepemimpinan**

Bab Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) dalam standar akreditasi menyoroti peran krusial kepemimpinan di tingkat pemilik (*Governing Body*) dan pengelola (*Direksi*). Kualitas pelayanan di garis depan (*frontline*) sangat bergantung pada kualitas keputusan di ruang rapat direksi. Akreditasi menegaskan bahwa mutu dan keselamatan pasien adalah tanggung jawab puncak pimpinan, yang tidak bisa didelegasikan sepenuhnya ke bawahan.

Standar TKRS mengatur hubungan tata kerja (*corporate bylaws*) antara pemilik, dewan pengawas, dan direktur. Seringkali di rumah sakit swasta, pemilik mengintervensi keputusan klinis atau teknis operasional (misal: memaksa beli obat merk tertentu karena diskon besar, padahal mutunya rendah). Akreditasi membatasi hal ini. Pemilik bertanggung jawab menyediakan sumber daya (dana, gedung, alat), menyetujui rencana strategis, dan mengevaluasi kinerja direksi, namun tidak boleh masuk ke ranah mikro manajemen apalagi klinis. Kejelasan wewenang ini melindungi profesionalisme manajemen.

Peran Direktur Rumah Sakit dalam akreditasi sangat sentral. Direktur harus menjadi *role model* mutu. Dalam survei akreditasi, ada sesi khusus wawancara pimpinan di mana surveyor menguji pemahaman direktur tentang profil risiko rumah sakit, capaian indikator mutu, dan tindak lanjutnya. Direktur yang tidak tahu menahu soal data infeksi di rumah sakitnya akan menjadi temuan mayor. Direktur juga wajib memimpin rapat tinjauan manajemen (*management review*) secara berkala untuk membahas isu mutu dan biaya.



Gambar 10. Tata Kelola Rumah Sakit

Manajemen etika juga diatur dalam TKRS. Rumah sakit wajib memiliki Komite Etik dan Hukum yang berfungsi menyelesaikan dilema etis (klinis maupun bisnis). Akreditasi mensyaratkan adanya Kode Etik Rumah Sakit, Kode Etik Perilaku (*Code of Conduct*), dan Kode Etik Profesi. Mekanisme penanganan keluhan pelanggan dan perlindungan *whistleblower* bagi staf yang melaporkan pelanggaran juga diperiksa. Ini menciptakan budaya organisasi yang sehat dan transparan.

Struktur organisasi dan akuntabilitas unit kerja. TKRS mewajibkan setiap unit kerja (IGD, Radiologi, dll) memiliki pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan, dan program kerja yang jelas. Kepala unit bertanggung jawab atas mutu di unitnya. Akreditasi memeriksa apakah Kepala Unit melakukan orientasi pada staf baru, melakukan penilaian kinerja staf, dan mengusulkan pelatihan. Desentralisasi tanggung jawab mutu ke kepala unit adalah strategi TKRS agar mutu menjadi gerakan masif.

Manajemen rantai pasok dan kontrak klinis/manajemen. Rumah sakit tidak bisa lepas tangan terhadap mutu layanan yang dikerjasamakan (*outsourcing*), seperti layanan kebersihan, keamanan, catering, atau laboratorium rujukan. Standar TKRS

mewajibkan rumah sakit untuk menyeleksi vendor berdasarkan kriteria mutu, dan mengevaluasi kinerja vendor secara berkala. Jika katering menyajikan makanan basi, rumah sakit bertanggung jawab penuh terhadap pasien. Kontrak kerja sama harus mencantumkan klausul jaminan mutu.

Kredensialing tenaga medis, keperawatan, dan nakes lain adalah benteng TKRS. Direktur Medis dan Komite Medik bertanggung jawab memastikan bahwa setiap dokter yang praktik memiliki kompetensi yang valid (*primary source verification*). Penerbitan *Rincian Kewenangan Klinis* (RKK) harus spesifik. Dokter umum tidak boleh diberi wewenang operasi usus buntu. Pelanggaran terhadap RKK adalah pelanggaran serius dalam akreditasi karena membahayakan pasien.

Integrasi pendidikan dalam pelayanan (untuk RS Pendidikan). Bagi RS yang menjadi wahana pendidikan dokter, standar TKRS mengatur supervisi terhadap peserta didik (residen/koas). Pasien harus diberitahu jika yang memeriksa adalah peserta didik. Supervisor (dokter spesialis) harus memverifikasi setiap tindakan peserta didik. Ini mencegah terjadinya malpraktik oleh siswa yang belum kompeten.

Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) dimulai dari pimpinan. TKRS mendorong survei budaya keselamatan tahunan untuk mengukur apakah staf merasa aman melaporkan kesalahan. Pimpinan harus menjamin tidak ada budaya menyalahkan (*no blame culture*) untuk pelaporan insiden keselamatan, kecuali untuk tindakan kriminal atau kesengajaan.

Kesimpulannya, TKRS meletakkan fondasi manajemen yang kokoh. Tanpa tata kelola yang baik, upaya perbaikan mutu di level bawah akan sia-sia karena tidak didukung oleh kebijakan dan sumber daya. Kepemimpinan yang bervisi mutu adalah prasyarat mutlak keberhasilan akreditasi.

## E. Manajemen Fasilitas dan Kualifikasi Pendidikan Staf

Bab Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) berfokus pada aset fisik (*hard assets*), sedangkan Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) berfokus pada aset manusia (*soft assets*). Keduanya adalah enabler utama pelayanan. Tidak mungkin memberikan pelayanan bermutu tinggi di gedung yang rawan kebakaran dengan staf yang tidak terlatih.

Dalam MFK, akreditasi mewajibkan rumah sakit memiliki 6 program manajemen risiko fasilitas: Keselamatan & Keamanan (CCTV, akses terbatas, *security*), Bahan Berbahaya & Beracun/B3 (penyimpanan, spill kit, limbah), Penanggulangan Bencana (HVA - *Hazard Vulnerability Analysis*, simulasi bencana), Proteksi Kebakaran (APAR, hidran, *smoke detector*, jalur evakuasi), Peralatan Medis (kalibrasi, *maintenance*), dan Sistem Utilitas (listrik, air, genset, gas medis). Surveyor akan sangat teliti memeriksa hal-hal "sepele" seperti tanggal kadaluarsa APAR, kebersihan tandon air, hingga fungsi genset otomatis (harus nyala <10 detik saat listrik mati).

Fokus MFK pada keselamatan kebakaran sangat tinggi. Rumah sakit berisi pasien yang tidak bisa lari (*bedridden*), sehingga strategi evakuasi berbeda dengan gedung perkantoran. Konsep *defend in place* (bertahan di area aman di balik pintu tahan api) sering diterapkan. Akreditasi mewajibkan seluruh staf, termasuk dokter dan *cleaning service*, bisa menggunakan APAR dan melakukan evakuasi pasien. Simulasi kebakaran wajib dilakukan minimal setahun sekali.

Peralatan medis harus terkalibrasi. Alat EKG, tensimeter, hingga ventilator harus dikalibrasi oleh lembaga berwenang setahun sekali. Stiker kalibrasi hijau di alat adalah bukti kepatuhan. Menggunakan alat yang tidak terkalibrasi berisiko salah diagnosis dan terapi, yang berdampak pada mutu dan biaya (pengulangan pemeriksaan). Program *Preventive Maintenance*

harus jalan untuk memperpanjang usia alat (kendali biaya investasi).

Sementara itu, Bab KPS (Kualifikasi dan Pendidikan Staf) mengatur siklus hidup karyawan: perencanaan, rekrutmen, seleksi, orientasi, penilaian kinerja, hingga terminasi. Akreditasi mensyaratkan pola ketenagaan yang berbasis beban kerja. Rumah sakit tidak bisa asal merekrut; harus ada analisis kebutuhan. File kepegawaian (*personnel file*) setiap staf diperiksa kelengkapannya: ijazah, STR, SIP, uraian tugas, bukti orientasi, sertifikat pelatihan, dan evaluasi kinerja tahunan.

Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah wajib bagi SEMUA orang yang bekerja di rumah sakit, termasuk satpam dan staf administrasi. Tujuannya agar jika ada orang henti jantung di koridor, siapa pun bisa melakukan RJP sampai tim Code Blue datang. Selain BHD, pelatihan PPI (Pencegahan Infeksi) dan K3RS juga wajib. KPS memastikan staf selalu *update* kompetensi.

Kesehatan staf juga menjadi perhatian KPS. Pemeriksaan kesehatan berkala (*Medical Check Up*) dan vaksinasi (Hepatitis B, Covid-19) bagi staf berisiko tinggi wajib dilakukan. Rumah sakit yang tidak peduli kesehatan karyawannya tidak akan lulus akreditasi. Staf yang sakit adalah risiko bagi pasien.

Penilaian kinerja staf medis (OPPE - *Ongoing Professional Practice Evaluation*) adalah hal baru yang dibawa akreditasi. Kinerja dokter dievaluasi tidak hanya dari jumlah pasien, tapi dari indikator klinis (misal: lama rawat, penggunaan obat rasional, angka komplikasi). Data OPPE digunakan untuk memutuskan perpanjangan kontrak klinis. Ini adalah alat kendali mutu dokter yang sangat efektif.

Kesimpulannya, MFK dan KPS memastikan bahwa "panggung" (fasilitas) dan "aktor" (staf) siap untuk pertunjukan pelayanan yang prima. Kegagalan di MFK bisa menyebabkan bencana gedung, kegagalan di KPS bisa menyebabkan malpraktik.

Keduanya harus dikelola dengan standar tinggi demi keselamatan.

## **F. Strategi Menghadapi Survei dan Mempertahankan Status Akreditasi**

Menghadapi survei akreditasi adalah proyek manajemen raksasa yang membutuhkan strategi jitu. Strategi pertama adalah Pembentukan Tim Akreditasi yang solid. Tim ini biasanya dipimpin oleh seorang ketua yang memiliki pengaruh kuat di organisasi (biasanya dokter senior atau manajer mutu). Tim dibagi menjadi Pokja (Kelompok Kerja) sesuai bab standar. Strategi pembagian tugas yang jelas dan target waktu penyelesaian dokumen (*timeline*) sangat krusial agar tidak terjadi penumpukan pekerjaan di akhir.

Strategi *Self-Assessment* (Penilaian Mandiri) secara berkala. Jangan menunggu surveyor datang untuk tahu kekurangan kita. Lakukan survei simulasi internal setiap 6 bulan menggunakan instrumen yang sama dengan surveyor. Identifikasi *gap* antara standar dan kenyataan, lalu buat rencana aksi perbaikan (*Plan of Action*). Kejujuran dalam *self-assessment* adalah kunci. Jangan memanipulasi nilai sendiri agar terlihat bagus.

Sosialisasi dan Edukasi Tanpa Henti. Akreditasi bukan milik manajemen, tapi milik staf lantai. Lakukan sosialisasi melalui apel pagi, *round table discussion*, poster, *screensaver* komputer, hingga lomba cerdas cermat akreditasi. Materi akreditasi (seperti cara cuci tangan, cara menggunakan APAR, Visi Misi RS) harus dihafal dan dipahami oleh seluruh staf. Surveyor suka bertanya acak pada staf di lorong. Jawaban staf mencerminkan kedalaman implementasi.

Strategi Simulasi Telusur (*Mock Tracer*). Latihlah staf untuk menghadapi surveyor. Lakukan simulasi telusur pasien dan telusur fasilitas. Bagaimana menjawab pertanyaan surveyor dengan percaya diri namun tetap jujur. Latih cara membuka

rekam medis untuk menunjukkan bukti asuhan. Simulasi ini mengurangi kegugupan (*nervous*) saat hari H.

Manajemen Dokumen yang Rapi. Dokumen regulasi (kebijakan, pedoman, SPO) dan dokumen bukti (rekam medis, notulensi rapat, *logbook*) harus tertata rapi, baik fisik maupun digital. Kebingungan mencari dokumen saat survei memberi kesan ketidaksiapan. Gunakan sistem penomoran dan pengarsipan yang standar.

Strategi Pasca-Akreditasi: Menghindari "Sindrom Yoyo." Tantangan terberat adalah hari setelah surveyor pulang. Seringkali motivasi staf anjlok dan kepatuhan melonggar. Untuk mencegah ini, manajemen harus segera menetapkan target baru. Jadikan indikator mutu sebagai KPI (*Key Performance Indicator*) bulanan yang berdampak pada remunerasi. Jika kepatuhan cuci tangan turun, jasa pelayanan unit tersebut dipotong. Insentif finansial adalah cara efektif menjaga kepatuhan jangka panjang.

*Surveillance* (Pengawasan) Berkala. LIPA biasanya melakukan survei verifikasi tahunan (PPS - Perencanaan Perbaikan Strategis). Rumah sakit harus melaporkan tindak lanjut dari rekomendasi surveyor sebelumnya. Ini memaksa rumah sakit untuk terus berbenah. Jangan biarkan rekomendasi survei menjadi dokumen mati.

Integrasi Akreditasi dengan Budaya Kerja. Akreditasi tidak boleh dianggap sebagai beban tambahan, tapi sebagai "cara kita bekerja di sini." Masukkan standar akreditasi ke dalam orientasi karyawan baru secara mendalam. Jadikan kepatuhan standar sebagai nilai inti (*core value*) organisasi.

Peran Teknologi Informasi dalam *Maintenance*. Gunakan IT untuk memonitor kepatuhan. E-Prescribing mencegah kesalahan baca resep selamanya, tidak hanya saat akreditasi. Sistem *alert* di rekam medis elektronik memastikan pengkajian lengkap. Teknologi mengunci perilaku agar tetap sesuai standar akreditasi secara otomatis.

Kesimpulannya, akreditasi adalah perjalanan maraton, bukan lari sprint. Strategi terbaik adalah membangun sistem yang kuat dan budaya yang sadar mutu, sehingga kapan pun dinilai, rumah sakit selalu siap (*always ready*). Akreditasi adalah alat bantu manajemen untuk mencapai visi rumah sakit, bukan tujuan akhir itu sendiri.

## **G. Referensi Bab 5**

### **Daftar Pustaka (Buku & Artikel)**

- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Arif, M. (2018). *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Akreditasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Astuti, H. P. (2019). *Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Budiharjo, A. (2016). *Knowledge Management di Rumah Sakit*. Jakarta: Prasetya Mulya Publishing.
- Cahyono, J. B. S. (2015). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.

- Ilyas, Y. (2019). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: FKM UI.
- Ismani. (2019). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Joint Commission International. (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (6th Edition). Oak Brook: JCI. (Referensi pembeding).
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kemendes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kemendes.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1*. Jakarta: KARS.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2019). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1*. Jakarta: KARS.
- Lestari, T. (2018). *Kumpulan Teori untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lombogia, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas: Konsep, Teori, dan Modul Praktikum*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka. (Konteks keselamatan pasien ibu).
- Manurung, S. (2018). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Media.
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan Terlengkap*. Jakarta: Trans Info Media.
- Muliaputra, A. (2019). *Kupas Tuntas Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

- Pratiwi, A. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Priharjo, R. (2016). *Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Rachmawati, I. N. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Rivai, V. (2018). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto, et al. (2018). *Panduan Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Syahrudin. (2019). *Implementasi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Makassar: Celebes Media.
- Triwibowo, C. (2015). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Tutiany, et al. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien*. Jakarta: BPPSDMK Kemenkes.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yulia, S. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.

### **Regulasi:**

- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit  
(yang relevan dengan mutu).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang  
Komite Mutu Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang  
Keselamatan Pasien.

# BAB VI

## KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO



### A. Pendahuluan

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) telah menjadi isu global yang mendominasi wacana manajemen kesehatan sejak publikasi laporan *Institute of Medicine* (IOM) yang mengguncang dunia pada tahun 1999 bertajuk "*To Err is Human.*" Laporan tersebut menyingkap fakta kelam bahwa rumah sakit, tempat yang seharusnya menyembuhkan, justru menjadi salah satu tempat paling berbahaya di dunia modern, dengan angka kematian akibat kesalahan medis (*medical error*) yang melampaui kematian akibat kecelakaan lalu lintas atau kanker payudara. Di Indonesia, kesadaran ini semakin menguat seiring dengan tuntutan transparansi di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kemudahan akses informasi digital. Pasien kini menuntut haknya untuk tidak dicerderai (*primum non nocere*) selama proses perawatan. Bagi manajemen rumah sakit, keselamatan pasien bukan lagi sekadar kewajiban moral atau etika kedokteran semata, melainkan fondasi dasar dari strategi keberlanjutan bisnis dan efisiensi biaya.

Manajemen risiko di rumah sakit adalah pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengurangi risiko cedera atau kerugian pada pasien, staf, pengunjung, dan organisasi itu sendiri. Risiko di rumah sakit

sangatlah kompleks dan multidimensi, mulai dari risiko klinis (seperti salah diagnosis, infeksi nosokomial, salah obat) hingga risiko non-klinis (seperti kegagalan genset, kebakaran, atau tuntutan hukum). Dalam paradigma lama, manajemen risiko seringkali bersifat reaktif: bertindak setelah nasi menjadi bubur. Manajemen sibuk memadamkan api (*fire-fighting*) ketika terjadi tuntutan malpraktik atau kecelakaan fatal. Paradigma baru menuntut pergeseran ke arah manajemen risiko proaktif, di mana potensi bahaya dideteksi dan dimitigasi sebelum sempat menyentuh pasien.

Hubungan antara keselamatan pasien dan kendali biaya seringkali disalahpahami sebagai *trade-off* atau pertukaran yang saling merugikan. Ada anggapan keliru bahwa meningkatkan keselamatan pasien pasti membutuhkan biaya mahal (untuk beli alat canggih, nambah staf), sehingga bertentangan dengan prinsip efisiensi. Padahal, data empiris menunjukkan sebaliknya: *Safety is not expensive, it is priceless*. Justru ketidakselamatan (*unsafety*) itulah yang mahal. Biaya yang timbul akibat satu kejadian insiden keselamatan pasien—seperti perpanjangan hari rawat, penggunaan obat tambahan untuk mengatasi komplikasi, biaya operasi ulang, hingga biaya ganti rugi hukum—jauh melampaui biaya investasi untuk pencegahan. Oleh karena itu, *Patient Safety* adalah strategi *Cost Containment* yang paling efektif dalam jangka panjang.

Konsep *Swiss Cheese Model* dari James Reason menjadi landasan teori modern dalam memahami kecelakaan medis. Teori ini mengajarkan bahwa kesalahan manusia (*human error*)—seperti perawat yang salah ambil obat—hanyalah ujung dari rantai kegagalan sistem yang panjang. Di belakang kesalahan perawat tersebut, mungkin ada faktor kelelahan akibat *shift* kerja yang buruk, kemasan obat yang mirip (*look-alike*), pencahayaan ruangan yang redup, atau budaya kerja yang tidak saling mengingatkan. Manajemen risiko bertugas mengidentifikasi "lubang-lubang" pada lapisan keju sistem tersebut dan

menutupnya. Fokusnya bergeser dari "Siapa yang salah?" (*person approach*) menjadi "Apa yang salah dengan sistem kita?" (*system approach*).

Di era JKN, BPJS Kesehatan sebagai pembayar tunggal sangat berkepentingan dengan keselamatan pasien. Pasien yang mengalami cedera akibat kesalahan medis (misalnya infeksi pasca operasi) akan membebani anggaran jaminan kesehatan. Dalam sistem pembayaran paket (INA-CBGs), biaya komplikasi akibat kelalaian rumah sakit idealnya tidak dibayar atau menjadi kerugian rumah sakit. Regulasi semakin ketat mengarah pada kebijakan *Hospital Acquired Conditions (HAC) Reduction Program*, di mana rumah sakit yang memiliki angka kejadian cedera tinggi akan dikenakan penalti atau pengurangan tarif. Ini adalah mekanisme ekonomi untuk memaksa rumah sakit peduli pada mutu.

Penerapan manajemen risiko klinis (*Clinical Risk Management*) menuntut keterlibatan aktif para klinisi. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah manajer risiko utama di tingkat individu pasien. Keputusan dokter untuk melakukan operasi, meresepkan obat keras, atau memasang alat invasif, semuanya mengandung risiko inheren. Manajemen risiko klinis bertujuan meminimalkan risiko tersebut melalui kepatuhan pada Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway*, dan *Checklist* keselamatan. Standarisasi proses adalah musuh utama dari variasi yang berpotensi bahaya.

Budaya keselamatan (*Safety Culture*) adalah atmosfer organisasi di mana setiap orang merasa bertanggung jawab atas keselamatan. Ciri utamanya adalah keterbukaan. Di rumah sakit dengan budaya keselamatan tinggi, staf junior tidak takut menegur dokter senior yang lupa cuci tangan. Staf berani melaporkan kesalahan yang dilakukannya sendiri (*self-reporting*) karena tahu bahwa tujuan pelaporan adalah pembelajaran, bukan penghukuman. Sebaliknya, budaya patologis (*pathological culture*) ditandai dengan upaya menutupi kesalahan dan mencari

kambing hitam (*blame culture*) yang justru menyuburkan risiko tersembunyi.

Peran teknologi informasi dalam manajemen risiko semakin vital. Sistem *Early Warning System* (EWS) digital dapat mendeteksi perburukan kondisi pasien lebih cepat daripada pengamatan manual, mencegah kejadian henti jantung mendadak (Code Blue). Rekam Medis Elektronik (RME) dengan fitur *Clinical Decision Support System* (CDSS) dapat memberi peringatan otomatis jika dokter meresepkan obat yang memicu alergi pada pasien. Teknologi menjadi jaring pengaman (*safety net*) yang menutupi keterbatasan kognitif manusia.

Aspek hukum manajemen risiko juga tidak bisa diabaikan. Undang-Undang Rumah Sakit dan UU Tenaga Kesehatan mewajibkan adanya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Kegagalan melaporkan insiden serius dapat berujung pada sanksi administratif hingga pidana korporasi. Dokumen manajemen risiko, seperti *Risk Register* (Daftar Risiko) dan hasil *Root Cause Analysis* (RCA), menjadi bukti *due diligence* rumah sakit di mata hukum bahwa manajemen telah berupaya maksimal menjaga keselamatan, meskipun hasil yang tidak diinginkan tetap terjadi.

Dampak psikologis dari insiden keselamatan pasien tidak hanya dirasakan oleh pasien (*First Victim*), tetapi juga oleh tenaga kesehatan yang terlibat (*Second Victim*). Dokter atau perawat yang melakukan kesalahan fatal seringkali mengalami trauma, rasa bersalah mendalam, hingga depresi yang bisa mengakhiri karir mereka. Manajemen risiko yang manusiawi harus mencakup program dukungan bagi staf ini, agar mereka bisa pulih dan belajar dari kesalahan, bukan justru dihancurkan oleh sistem.

Integrasi manajemen risiko dengan manajemen mutu adalah sebuah keniscayaan. Mutu dan keselamatan adalah dua sisi mata uang yang sama. Tidak ada mutu tanpa keselamatan. Indikator mutu rumah sakit sebagian besar adalah indikator keselamatan (angka infeksi, angka jatuh, angka kesalahan obat). Oleh karena

itu, Komite Mutu dan Komite Manajemen Risiko (atau Tim Keselamatan Pasien RS - TKPRS) harus bekerja dalam satu irama, tidak boleh jalan sendiri-sendiri.

Risiko fasilitas dan lingkungan (*Facility Management and Safety*) juga menjadi bagian integral. Kebakaran ruang operasi, ledakan tabung oksigen, atau penculikan bayi adalah risiko katastrofik yang jarang terjadi namun dampaknya menghancurkan. *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) digunakan untuk memetakan kerentanan rumah sakit terhadap bencana alam maupun bencana teknologi. Kesiapsiagaan menghadapi bencana adalah bentuk manajemen risiko tingkat tinggi.

Tantangan terbesar dalam implementasi manajemen risiko di Indonesia adalah budaya sungkan dan hierarki feodal. Perawat seringkali tahu ada yang salah, tapi sungkan bicara karena takut dianggap tidak sopan. Membongkar hambatan budaya ini membutuhkan kepemimpinan transformasional yang konsisten memberikan contoh keteladanan. Direktur harus menjadi orang pertama yang mengakui jika sistem manajemen salah, memberikan teladan kerendahan hati.

Manajemen risiko juga mencakup risiko reputasi. Di era media sosial, satu keluhan pasien tentang pelayanan yang buruk atau insiden keselamatan bisa viral dalam hitungan menit dan menghancurkan citra rumah sakit yang dibangun puluhan tahun. Manajemen risiko reputasi menuntut respons cepat, transparan, dan empatik terhadap keluhan. Strategi komunikasi krisis harus disiapkan sebelum krisis terjadi.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa Keselamatan Pasien adalah perjalanan tanpa akhir (*never-ending journey*). Selama manusia yang merawat manusia, risiko kesalahan akan selalu ada. Tugas manajemen bukan menghilangkan risiko menjadi nol (karena itu mustahil), melainkan mengelola risiko tersebut sampai ke tingkat terendah yang dapat diterima (*ALARP - As Low As Reasonably Practicable*). Rumah sakit yang aman

adalah rumah sakit yang sadar risiko, bukan rumah sakit yang merasa bebas risiko.

## **B. Membangun Budaya Keselamatan dan Sistem Pelaporan Insiden**

Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) adalah produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu serta kelompok yang menentukan komitmen, gaya, dan kemampuan organisasi dalam manajemen kesehatan dan keselamatan. Dalam bahasa sederhana, budaya keselamatan adalah "bagaimana kita berperilaku saat tidak ada yang melihat." Apakah perawat tetap mencuci tangan saat tidak ada supervisor? Apakah dokter tetap melakukan *time-out* saat operasi malam hari yang sepi? Fondasi budaya keselamatan adalah pergeseran dari *Blame Culture* (budaya menyalahkan) menuju *Just Culture* (budaya berkeadilan). Dalam *Blame Culture*, ketika terjadi kesalahan, pertanyaan pertamanya adalah "Siapa yang melakukannya?" untuk dihukum. Akibatnya, staf menyembunyikan kesalahan (*under-reporting*) karena takut. Fenomena gunung es terjadi; insiden yang dilaporkan hanya permukaannya saja, sementara bahaya besar mengintai di bawah laut.

Sebaliknya, dalam *Just Culture*, manajemen membedakan antara *Human Error* (ketidaksengajaan, misal: lupa karena lelah), *At-Risk Behavior* (menggambil jalan pintas, misal: tidak *double check* karena buru-buru), dan *Reckless Behavior* (perilaku ceroboh/sengaja melanggar, misal: mabuk saat kerja). *Human Error* dijawab dengan penghiburan dan perbaikan sistem (*console*). *At-Risk Behavior* dijawab dengan pembinaan (*coach*). Hanya *Reckless Behavior* yang dijawab dengan hukuman (*punish*). Dengan pendekatan adil ini, staf merasa aman untuk melapor.

Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah jantung dari pembelajaran organisasi. Tanpa laporan, rumah sakit buta terhadap risiko. Jenis insiden yang harus dilaporkan meliputi:

1. **KPC (Kondisi Potensial Cedera):** Sesuatu yang sangat berpotensi menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden. Contoh: Obat LASA (*Look Alike Sound Alike*) disimpan berdampingan tanpa label.
2. **KNC (Kejadian Nyaris Cedera / *Near Miss*):** Kesalahan sudah terjadi tapi dicegat sebelum kena pasien. Contoh: Obat salah sudah disiapkan, tapi perawat sadar saat mau menyuntik.
3. **KTC (Kejadian Tidak Cedera):** Kesalahan sudah kena pasien, tapi untungnya tidak ada cedera. Contoh: Pasien minum obat yang salah, tapi tidak ada efek samping.
4. **KTD (Kejadian Tidak Diharapkan / *Adverse Event*):** Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
5. **Sentinel:** Kejadian tak diharapkan yang mengakibatkan kematian, cedera fisik/psikologis serius yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit. Contoh: Salah sisi operasi, penculikan bayi, bunuh diri pasien rawat inap.

Mekanisme pelaporan harus dibuat semudah mungkin (*user friendly*). Banyak rumah sakit beralih dari formulir kertas ke aplikasi pelaporan digital (*e-report*) di HP. Staf bisa melapor dalam hitungan menit. Prinsip pelaporan adalah: rahasia, anonim (jika diinginkan), dan tidak boleh dijadikan dasar penilaian kinerja individu (kecuali tindak kriminal). Manajemen harus memberikan umpan balik (*feedback*) kepada pelapor. Jika staf melapor tapi merasa tidak ada tindak lanjut, mereka akan apatis dan berhenti melapor. "Lapor tidak lapor sama saja" adalah pembunuh sistem pelaporan.

Hambatan pelaporan seringkali bersifat psikologis dan sosiologis. Rasa takut dimarahi atasan, rasa solidaritas korps yang keliru (melindungi teman yang salah), dan skeptisisme terhadap manajemen. Untuk mengatasi ini, peran *Champion Keselamatan Pasien* di setiap unit sangat penting. Mereka adalah agen perubahan yang memotivasi rekan kerjanya untuk berani bicara (*speak up*). Selain itu, sistem *reward* bisa diterapkan. Bukan

memberi hadiah untuk yang tidak ada kesalahan (karena ini memicu penyembunyian), tapi memberi penghargaan bagi unit yang paling aktif melaporkan *Near Miss*. "Unit yang banyak laporannya adalah unit yang peduli, bukan unit yang jelek."

Analisis data pelaporan insiden menggunakan Matriks Grading Risiko. Setiap laporan dinilai dampak (consequence) dan probabilitasnya (likelihood).

1. **Biru (Rendah):** Investigasi sederhana oleh atasan langsung.
2. **Hijau (Sedang):** Investigasi sederhana.
3. **Kuning (Tinggi):** RCA (*Root Cause Analysis*) oleh Tim Mutu/Keselamatan.
4. **Merah (Ekstrem):** RCA wajib dalam 45 hari. Grading ini menentukan prioritas penanganan. Jangan sampai sumber daya habis untuk mengurus insiden sepele, sementara insiden sentinel terabaikan.

Survei Budaya Keselamatan Pasien (menggunakan kuesioner standar seperti dari AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*) wajib dilakukan minimal setahun sekali. Survei ini mengukur dimensi-dimensi seperti: kerja sama tim, dukungan manajemen, kepegawaian, serah terima, dan respons non-punitive terhadap kesalahan. Hasil survei menjadi peta jalan (*roadmap*) bagi direksi untuk intervensi budaya. Jika skor dimensi "Staffing" rendah, berarti persepsi beban kerja tinggi membahayakan pasien, dan manajemen harus merespons dengan analisis beban kerja.

Akhirnya, tujuan akhir dari budaya keselamatan adalah organisasi pembelajar (*learning organization*). Setiap insiden, sekecil apapun, adalah "uang sekolah" yang mahal. Jika rumah sakit tidak belajar darinya, maka "uang sekolah" itu terbuang percuma. Pembelajaran harus disebarluaskan (*lesson learned*) ke seluruh unit agar kesalahan di Ruang Anggrek tidak diulangi di Ruang Mawar.

### **C. Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis*) sebagai Metode Reaktif**

*Root Cause Analysis* (RCA) adalah metode pemecahan masalah yang digunakan untuk mengidentifikasi akar penyebab kesalahan atau masalah. Dalam konteks keselamatan pasien, RCA dilakukan secara retrospektif setelah terjadi insiden (biasanya KTD grading kuning atau merah, dan wajib untuk Sentinel). Filosofi RCA adalah bertanya "Mengapa?" berulang kali (teknik *5 Whys*) sampai menemukan penyebab fundamental yang jika diperbaiki akan mencegah kejadian serupa terulang. RCA menolak jawaban dangkal seperti "kelalaian petugas" atau "pasien tidak kooperatif."

Langkah pertama RCA adalah membentuk tim. Tim RCA harus multidisiplin, melibatkan orang yang paham proses kejadian, tapi idealnya diketuai oleh orang yang tidak terlibat langsung agar objektif. Tim harus terdiri dari dokter, perawat, farmasi, manajemen fasilitas, atau profesi lain yang relevan. Langkah kedua adalah mengumpulkan data dan bukti: wawancara staf yang terlibat, observasi lokasi kejadian, amankan barang bukti (alat medis, sisa obat, rekam medis), dan simulasi ulang kejadian (*reenactment*) jika perlu.

Langkah ketiga adalah memetakan kronologi kejadian. Alat bantu seperti *Tabular Timeline* atau *Time Person Grid* sangat berguna untuk melihat urutan waktu secara presisi. Seringkali masalah muncul karena jeda waktu yang tidak wajar atau urutan proses yang terbalik. Dari kronologi ini, tim mengidentifikasi *Care Management Problem* (CMP) atau masalah asuhan. Misalnya: "Ada keterlambatan 30 menit dalam pemberian epinefrin saat pasien syok anafilaktik." Inilah CMP yang harus digali akarnya.

Langkah keempat adalah analisis penyebab. Menggunakan *Fishbone Diagram* (Diagram Tulang Ikan Ishikawa), tim membedah faktor-faktor kontributor:

1. Faktor Pasien (kondisi kompleks, bahasa).
2. Faktor Tugas (SPO tidak jelas, tidak ada panduan).

3. Faktor Individu Staf (lelah, kurang kompeten, stres).
4. Faktor Tim (komunikasi buruk, kepemimpinan lemah).
5. Faktor Lingkungan Kerja (bising, panas, alat rusak).
6. Faktor Organisasi & Manajemen (kebijakan efisiensi berlebihan, budaya *blame*). RCA yang baik akan menemukan bahwa akar masalah biasanya ada di faktor sistem/organisasi, bukan faktor individu.

Contoh kasus: Pasien jatuh di kamar mandi. RCA dangkal akan menyimpulkan: "Perawat lupa menaikkan pagar tempat tidur." Rekomendasi: "Hukum perawat, edukasi ulang." RCA mendalam akan menemukan: "Tombol *nurse call* di kamar mandi rusak (Faktor Fasilitas), lantai licin karena *cleaning service* kurang (Faktor Manajemen/SDM), dan perawat sibuk mengurus 10 pasien sendirian (Faktor Organisasi/Beban Kerja)." Rekomendasi: "Perbaiki nurse call, tambah tenaga kebersihan, tinjau rasio perawat: pasien."

Langkah kelima adalah menyusun rekomendasi dan rencana aksi (*Action Plan*). Rekomendasi harus bersifat kuat (*strong action*). Hierarki intervensi dari yang terlemah ke terkuat:

1. Lemah: Edukasi, himbauan, pembuatan SPO baru (karena manusia bisa lupa lagi).
2. Sedang: *Checklist*, reduksi distraksi, peringatan visual.
3. Kuat: *Engineering control* (ubah fisik alat), *forcing function* (buat sistem yang mustahil salah, misal konektor gas yang berbeda), otomatisasi komputer. RCA yang hanya menghasilkan rekomendasi "sosialisasi ulang SPO" dianggap RCA gagal.

Langkah keenam adalah pelaporan dan pembelajaran. Laporan RCA bersifat rahasia (sesuai UU RS) dan digunakan untuk perbaikan internal. Namun, rekomendasi perbaikannya harus dibagi. Laporan RCA insiden sentinel wajib dikirim ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) tanpa menyebut nama pasien/RS (anonim) untuk pembelajaran nasional.

Tantangan RCA adalah waktu dan kompetensi. RCA yang serius memakan waktu lama. Seringkali tim RCA lelah dan berhenti di tengah jalan. Selain itu, bias *hindsight* (merasa pintar setelah kejadian) sering mengganggu objektivitas. "Seharusnya perawat tahu kalau...," padahal saat kejadian situasinya *chaos*. Fasilitator RCA harus menjaga tim agar tetap fokus pada fakta saat kejadian, bukan asumsi.

Hubungan RCA dengan Kendali Biaya. RCA yang efektif menghilangkan penyebab pemborosan berulang. Jika akar masalah "infeksi operasi" adalah sterilisator yang rusak, maka membeli sterilisator baru (biaya investasi) akan menghentikan biaya perawatan infeksi yang terus menerus (biaya kegagalan). RCA adalah alat audit efisiensi operasional yang dipicu oleh insiden.

#### **D. Manajemen Risiko Proaktif (FMEA & HVA)**

Jika RCA bersifat reaktif (seperti detektif mengusut kejahatan yang sudah terjadi), maka *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) bersifat proaktif (seperti keamanan mencegah kejahatan). FMEA adalah metode sistematis untuk mengevaluasi proses, mengidentifikasi di mana dan bagaimana proses itu mungkin gagal (*failure modes*), serta menilai dampak relatif dari kegagalan yang berbeda, untuk mengidentifikasi bagian proses yang paling perlu diubah. Akreditasi mewajibkan rumah sakit melakukan minimal satu proyek FMEA setahun pada proses berisiko tinggi (misal: proses kemoterapi, proses transfusi darah, atau proses pemulangan pasien).

Langkah FMEA dimulai dengan memilih proses yang berisiko tinggi (*high risk*), volume tinggi, atau rawan masalah. Tim kemudian membedah proses tersebut menjadi langkah-langkah detail (flowchart). Di setiap langkah, tim bertanya: "Apa yang bisa salah di sini?" Misalnya, pada langkah "Dokter menulis resep," kegagalan yang mungkin (*failure mode*) adalah: tulisan tidak terbaca, salah dosis, salah nama obat, atau lupa menulis alergi.

Setelah mengidentifikasi *failure modes*, tim menghitung *Risk Priority Number* (RPN) dengan rumus: **RPN = Severity (Keparahan) x Occurrence (Keseringan) x Detection (Kemudahan Deteksi)**.

1. *Severity*: Seberapa parah dampaknya ke pasien jika gagal? (Skala 1-10).
2. *Occurrence*: Seberapa sering kegagalan ini terjadi? (Skala 1-10).
3. *Detection*: Seberapa mudah kegagalan ini terdeteksi sebelum kena pasien? (Skala 1-10, makin sulit dideteksi makin tinggi nilainya). Mode kegagalan dengan skor RPN tertinggi menjadi prioritas untuk diperbaiki (*redesign*).

Perancangan ulang proses (*Process Redesign*). Tujuannya adalah menurunkan skor RPN, baik dengan mengurangi kemungkinan terjadi (*reduce occurrence*) atau meningkatkan kemampuan deteksi (*improve detection*). Contoh: Untuk mengatasi "tulisan dokter tak terbaca," solusinya adalah beralih ke *e-prescribing* (tulisan digital). Ini adalah solusi *engineering control* yang drastis menurunkan RPN. Atau untuk "salah ambil obat," solusinya menggunakan *barcode scanning* sebelum pemberian obat.

Setelah desain baru dibuat, harus diuji coba dan diukur RPN barunya. FMEA dianggap berhasil jika RPN turun signifikan. FMEA adalah investasi intelektual yang mencegah ribuan potensi kesalahan di masa depan. FMEA mengubah ketergantungan pada "ingatan manusia" menjadi keandalan "sistem."

Selain risiko klinis, manajemen risiko proaktif juga mencakup *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) untuk manajemen bencana. HVA adalah alat untuk menilai kerentanan rumah sakit terhadap berbagai jenis bahaya: alam (gempa, banjir), teknologi (listrik mati, kegagalan IT, kebocoran gas), manusia (terorisme, penculikan bayi, demonstrasi), dan bahan berbahaya (tumpahan B3).

Dalam HVA, setiap potensi bencana dinilai berdasarkan probabilitas kejadian dan dampaknya (dampak pada manusia, properti, dan bisnis). HVA membantu manajemen mengalokasikan anggaran kesiapsiagaan bencana yang terbatas. Jika hasil HVA menunjukkan risiko tertinggi adalah "Kebakaran," maka anggaran prioritas dialokasikan untuk perbaikan *sprinkler*, pelatihan pemadam, dan simulasi evakuasi. Jika risiko tertinggi adalah "Banjir," maka prioritasnya adalah pompa air dan tanggul.

HVA juga menilai kesiapan (*preparedness*) rumah sakit. Seberapa siap sistem kita merespons jika bencana itu terjadi? *Gap* antara risiko dan kesiapan inilah yang harus ditutup. HVA harus diperbarui setiap tahun melibatkan pihak eksternal (Damkar, BPBD, Kepolisian) untuk mendapatkan sudut pandang objektif.

Integrasi FMEA dan HVA dalam kendali biaya. Melakukan FMEA mencegah biaya *rework* dan litigasi. Melakukan HVA mencegah kerugian aset besar-besaran. Asuransi properti rumah sakit seringkali memberikan premi lebih rendah jika rumah sakit bisa membuktikan memiliki dokumen HVA dan manajemen risiko bencana yang aktif. Ini adalah penghematan langsung (*direct saving*).

Kelemahan FMEA adalah sangat memakan waktu dan seringkali menjadi latihan akademis di atas kertas saja tanpa implementasi nyata. Kunci suksesnya adalah komitmen manajemen untuk membiayai perubahan proses yang direkomendasikan FMEA. Jika FMEA merekomendasikan beli alat *barcode* tapi tidak disetujui direktur keuangan, maka FMEA itu sia-sia.

## **E. Register Risiko dan Manajemen Risiko Terintegrasi**

Rumah sakit modern tidak lagi memandang risiko secara terkotak-kotak (silo), melainkan secara terintegrasi melalui *Enterprise Risk Management* (ERM). ERM melihat risiko secara holistik: Risiko Operasional (klinis, fasilitas), Risiko

Kuangan, Risiko Hukum/Regulasi, Risiko Strategis, dan Risiko Reputasi. Semua risiko ini dikumpulkan dalam satu dokumen induk yang disebut Daftar Risiko atau *Risk Register*.

*Risk Register* adalah dokumen dinamis yang berisi inventarisasi seluruh risiko di setiap unit kerja. Setiap Kepala Unit (Kepala Ruangan, Kepala Instalasi) wajib menyusun profil risiko unitnya. Contoh Risk Register IGD:

1. Risiko Klinis: Kesalahan triase, keterlambatan penanganan serangan jantung.
2. Risiko K3: Tertusuk jarum, kekerasan oleh keluarga pasien.
3. Risiko Fasilitas: Brankar rusak, monitor EKG mati.
4. Risiko Keuangan: Pasien tidak bayar/umum lari, penolakan klaim BPJS karena administrasi tidak lengkap.
5. Setiap risiko dalam register harus memiliki: Deskripsi Risiko, Penyebab, Dampak, Skor Risiko (Dampak x Probabilitas), Pengendalian yang Sudah Ada (*Current Control*), dan Rencana Tindak Lanjut (*Treatment Plan*). Manajemen risiko menuntut setiap risiko "dikelola," bukan dидiamkan. Strategi pengelolaan risiko ada 4T:
  1. *Treat* (Tangani): Lakukan intervensi untuk mengurangi risiko (misal: perbaiki alat, latih staf).
  2. *Transfer* (Alihkan): Pindahkan risiko ke pihak ketiga (misal: asuransi profesi, *outsourcing* limbah B3).
  3. *Terminate* (Hentikan): Hentikan kegiatan yang berisiko terlalu tinggi (misal: tutup layanan bedah saraf jika tidak ada dokter spesialis yang kompeten).
  4. *Tolerate* (Terima): Terima risiko jika dampaknya kecil atau biaya penanganannya lebih besar dari manfaatnya (misal: risiko piring pecah di dapur gizi).

ERM menempatkan Direktur Utama sebagai *Chief Risk Officer* (CRO) tertinggi. Laporan profil risiko 10 besar rumah sakit (*Top Ten Risks*) harus dibahas dalam rapat direksi rutin. Apakah risiko terbesar tahun ini adalah "Defisit Cashflow BPJS" atau

"Tuntutan Hukum Malpraktik"? Keputusan strategis RS harus berbasis pada profil risiko ini.

Risiko Reputasi di era digital. Manajemen risiko reputasi masuk dalam ERM. Tim Humas harus memantau sentimen di media sosial. Risiko viralnya keluhan pasien harus dimitigasi dengan respons cepat (*Service Recovery*). Minta maaf segera jika salah, berikan penjelasan jika ada kesalahpahaman. Menunda respons di era digital adalah bunuh diri reputasi. Reputasi yang hancur berarti penurunan jumlah pasien, yang berdampak langsung pada pendapatan.

Risiko Kepatuhan (*Compliance Risk*). Risiko gagal mematuhi regulasi yang berubah-ubah (UU Kesehatan baru, aturan BPJS). Sanksinya bisa berupa pencabutan izin atau pengembalian klaim (*fraud*). Manajemen risiko kepatuhan melibatkan unit Legal dan Satuan Pengawas Internal (SPI). Audit kepatuhan rutin adalah mekanisme kontrolnya.

Penggunaan *Risk Map* (Peta Risiko). Manajemen memvisualisasikan risiko dalam kuadran warna (Heat Map). Risiko di kuadran "Dampak Tinggi - Probabilitas Tinggi" (Zona Merah) adalah prioritas mutlak. Zona Hijau (Dampak Rendah - Probabilitas Rendah) cukup dipantau. Visualisasi ini memudahkan direksi yang sibuk untuk fokus pada hal yang paling berbahaya.

ERM menciptakan ketahanan organisasi (*Organizational Resilience*). Rumah sakit yang menerapkan ERM lebih tahan banting terhadap guncangan eksternal (seperti pandemi atau krisis ekonomi) karena mereka sudah punya skenario mitigasi. Mereka tidak panik, tapi mengeksekusi rencana yang sudah disiapkan dalam register risiko.

Keterkaitan dengan Kendali Biaya. ERM mengidentifikasi kebocoran finansial potensial. Risiko klaim pending BPJS, risiko stok obat kadaluarsa, risiko kerusakan alat mahal karena tegangan listrik tidak stabil—semua ini ada di Risk Register.

Dengan mengelola risiko-risiko ini, rumah sakit secara otomatis melakukan kendali biaya yang ketat dan terarah.

## F. Perspektif Ekonomi Keselamatan Pasien

Dalam diskusi Kendali Mutu dan Biaya, sering muncul pertanyaan: "Berapa biaya untuk membuat rumah sakit aman?" (*Cost of Safety*). Biaya ini mencakup: biaya gaji Komite Mutu, biaya pelatihan BHD, biaya beli gelang pasien, biaya kalibrasi alat, biaya APD, biaya sistem IT pelaporan, dan lain-lain. Bagi manajer keuangan berwawasan sempit, ini semua terlihat sebagai *Cost Center* yang membebani. Namun, perspektif ini cacat karena mengabaikan *Cost of Error* (Biaya Kesalahan).

*Cost of Error* atau *Cost of Poor Quality* (CoPQ) jauh lebih masif dan seringkali tidak terlihat (*hidden costs*). Komponen biayanya meliputi:

1. **Biaya Langsung Medis:** Biaya rawat tambahan akibat infeksi (antibiotik mahal, hari rawat memanjang), biaya operasi ulang (re-operasi), biaya pemeriksaan lab/radiologi tambahan untuk diagnosa komplikasi. Dalam sistem INA-CBGs, biaya ini **tidak diganti** oleh BPJS. Rumah sakit harus menanggung kerugian 100%.
2. **Biaya Langsung Non-Medis:** Biaya penanganan keluhan, biaya diskon tagihan (sebagai kompensasi ke pasien), biaya pengacara jika digugat, biaya premi asuransi yang naik karena klaim tinggi.
3. **Biaya Tidak Langsung:** Hilangnya produktivitas staf karena sibuk mengurus insiden (rapat RCA berjam-jam), moral staf yang turun, *turnover* karyawan tinggi karena stres.
4. **Biaya Oportunitas:** Tempat tidur yang dipakai pasien infeksi nosokomial seharusnya bisa dipakai oleh pasien baru yang menguntungkan. *Lost opportunity* ini sangat besar pada rumah sakit yang BOR-nya tinggi.
5. **Biaya Reputasi:** Hilangnya kepercayaan masyarakat. Pasien

memilih berobat ke RS tetangga atau ke luar negeri. Penurunan *market share* adalah biaya terbesar jangka panjang.

Studi ekonomi kesehatan menunjukkan bahwa setiap \$1 yang diinvestasikan dalam keselamatan pasien dapat menghemat \$10 biaya kegagalan di masa depan. Contoh: Investasi dalam program kebersihan tangan (beli *handrub*) mungkin memakan biaya Rp 100 juta setahun. Tapi jika program itu mencegah 10 kasus infeksi berat di ICU yang masing-masing biayanya Rp 50 juta, maka penghematannya adalah Rp 500 juta. ROI (*Return on Investment*) keselamatan pasien sangat positif.

Konsep *Value Based Healthcare* mendefinisikan  $Value = (Quality + Safety) / Cost$ . Untuk meningkatkan nilai bagi pasien, kita bisa menaikkan kualitas/keselamatan atau menurunkan biaya. Namun, menurunkan biaya dengan cara mengurangi standar keselamatan (misal: menggunakan ulang jarum suntik, mengurangi perawat di bawah standar) akan menurunkan *Value* secara drastis dan menghancurkan bisnis. Strategi yang benar adalah meningkatkan keselamatan untuk menurunkan biaya pemborosan.

Peran asuransi dalam mendorong keselamatan. Di banyak negara maju, asuransi tidak mau membayar kejadian *Never Events* (kejadian yang seharusnya tidak pernah terjadi, seperti tertinggal kasa). BPJS Kesehatan di Indonesia mulai bergerak ke arah sana. Jika rumah sakit tidak aman, *revenue stream* akan terhenti. Oleh karena itu, investasi keselamatan adalah investasi proteksi pendapatan (*Revenue Protection*).

Manajemen harus menyajikan data "Business Case for Patient Safety" kepada pemilik. Jangan hanya minta anggaran dengan alasan "ini wajib akreditasi." Tapi sajikan data: "Dengan beli alat sterilisasi baru seharga 1 Miliar, kita bisa menurunkan angka infeksi 50%, yang setara dengan penghematan biaya rawat 2 Miliar per tahun." Bahasa uang ini lebih dimengerti oleh pemilik modal.

Efisiensi logistik farmasi berbasis keselamatan. Penerapan *Unit Dose Dispensing* (UDD) di farmasi (obat disiapkan per dosis sekali minum) adalah standar keselamatan untuk mencegah salah obat. Awalnya terlihat mahal (butuh banyak staf farmasi dan plastik klip), tapi UDD terbukti mengurangi sisa obat terbuang (*waste*) dan mencegah *medication error* yang mahal. Secara total, sistem ini lebih efisien.

Kesimpulannya, Keselamatan Pasien dan Kendali Biaya adalah sekutu, bukan musuh. Rumah sakit yang aman adalah rumah sakit yang efisien. Rumah sakit yang banyak insiden adalah rumah sakit yang boros. Membangun sistem keselamatan yang tangguh adalah strategi finansial cerdas untuk bertahan di era margin tipis JKN.

## **G. Referensi Bab 6**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Arif, M. (2018). *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Akreditasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Cahyono, J. B. S. (2015). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Cahyono, J. B. S. (2016). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Kanisius.
- Dewi, A. (2019). *Manajemen Risiko di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Fachmi, M. (2017). *Manajemen Risiko Kesehatan*. Medan: USU Press.

- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herkutanto. (2018). *Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis*. Jakarta: UI Press.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. (Karya Seminal - Referensi Wajib).
- Joint Commission International. (2017). *JCI Accreditation Standards for Hospitals* (6th Edition). Oak Brook: JCI.
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: KNKP.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1*. Jakarta: KARS.
- Kurniawati, D. (2016). *Manajemen Risiko Layanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lumenta, N. A. (2016). *Kenali Jenis Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: KNKP.
- Mulady, D. (2020). *Hukum dan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Prenada Media.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

- Panjaitan, R. (2017). *Manajemen Risiko Operasional Rumah Sakit*. Jakarta: Gramedia.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Pratiwi, A. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rachmawati, I. N. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Reason, J. (2016). *Organizational Accidents Revisited*. CRC Press. (Teori Swiss Cheese - Referensi Teoretis).
- Rivai, V. (2018). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Panduan Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Syahrudin. (2019). *Implementasi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Makassar: Celebes Media.
- Triwibowo, C. (2015). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Tutiany, et al. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien*. Jakarta: BPPSDMK Kemenkes.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Springer.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yahya, A. (2018). *Manajemen Risiko Klinik*. Jakarta: EGC.

**Regulasi & Artikel:**

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Pasal 43 tentang Keselamatan Pasien).

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Edisi III 2015).



# BAB VII

## CLINICAL PATHWAY: JEMBATAN MUTU DAN EFISIENSI.



### **A. Pendahuluan**

Dalam lanskap pelayanan kesehatan modern yang semakin kompleks, konsep "Seni Kedokteran" (*Art of Medicine*) yang dahulu diagungkan sebagai justifikasi atas variasi praktik klinis yang luas, kini mulai mendapat tantangan serius. Paradigma baru menuntut pelayanan kesehatan yang terukur, terstandar, dan berbasis bukti (*Evidence-Based Medicine*). Di tengah tuntutan ini, *Clinical Pathway* (CP) atau Jalur Klinis Terintegrasi muncul sebagai instrumen vital yang menjembatani kesenjangan antara teori medis ideal dengan realitas operasional rumah sakit yang dibatasi oleh sumber daya. CP bukan sekadar formulir checklist yang menambah beban administrasi, melainkan sebuah peta jalan (*roadmap*) yang memandu tim multidisiplin untuk memberikan asuhan terbaik pada waktu yang tepat dengan biaya yang efisien. Tanpa CP, pelayanan kesehatan ibarat orkestra tanpa partitur musik; setiap pemain mungkin ahli, tetapi tanpa panduan yang sama, harmonisasi mustahil tercapai.

Urgensi penerapan CP di Indonesia mencapai puncaknya seiring dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan sistem pembayaran paket INA-CBGs. Dalam sistem ini, rumah sakit "dipaksa" untuk berpikir dalam kerangka proses yang terstandar. Jika seorang dokter merawat pasien Demam Berdarah

Dengue (DBD) selama 7 hari dengan 5 jenis antibiotik, sementara dokter lain di rumah sakit yang sama merawat kasus serupa hanya 4 hari tanpa antibiotik (sesuai standar), maka terjadi variasi biaya yang mencolok. CP hadir untuk memangkas variasi yang tidak perlu (*unwanted variation*) ini. Tujuannya adalah memastikan bahwa setiap pasien, siapapun dokternya, mendapatkan standar pelayanan minimal yang sama, sehingga *outcome* klinis dan biayanya dapat diprediksi.

Secara filosofis, CP adalah wujud dari demokrasi pelayanan kesehatan dan kolaborasi interprofesional. Selama puluhan tahun, pelayanan rumah sakit sangat didominasi oleh dokter (*doctor-centered*), di mana profesi lain seperti perawat, apoteker, dan ahli gizi hanya berfungsi sebagai pelengkap instruksi dokter. CP meruntuhkan hierarki kaku ini dengan menempatkan rencana asuhan semua profesi dalam satu dokumen yang setara. Dalam lembar CP, intervensi keperawatan memiliki kolom yang sama pentingnya dengan intervensi medis. Hal ini memaksa terjadinya komunikasi dan integrasi asuhan, yang merupakan syarat mutlak bagi keselamatan pasien (*patient safety*).

Keberadaan CP juga merupakan mandat regulasi dan akreditasi. Undang-Undang Rumah Sakit dan Standar Akreditasi Nasional (STARKES) mewajibkan rumah sakit menyusun Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dilengkapi dengan *Clinical Pathway* untuk penyakit-penyakit prioritas. Kegagalan rumah sakit dalam menyediakan dan mengimplementasikan CP dianggap sebagai kegagalan dalam tata kelola klinis (*clinical governance*). Dalam konteks hukum, CP berfungsi sebagai standar profesi yang melindungi tenaga medis. Jika terjadi sengketa medis, hakim akan menggunakan CP sebagai tolak ukur: "Apakah dokter telah melakukan langkah-langkah sesuai jalur klinis yang disepakati?" Jika ya, maka dokter berada dalam payung perlindungan hukum yang kuat.

Namun, implementasi CP di lapangan seringkali menghadapi resistensi budaya yang keras. Banyak klinisi merasa bahwa CP

adalah bentuk "kedokteran buku resep" (*cookbook medicine*) yang mematikan nalar klinis dan menjadikan dokter seperti robot. Mereka berargumen bahwa setiap pasien adalah unik dan tidak bisa diseragamkan. Padahal, CP dirancang untuk kasus-kasus tipikal (80% kasus), dan selalu menyediakan ruang untuk variasi yang beralasan (*justifiable variation*). CP bukanlah rel kereta api yang kaku, melainkan panduan navigasi yang tetap memungkinkan kapten kapal (dokter) untuk bermanuver jika badai (komplikasi) datang, asalkan manuver tersebut dicatat alasannya.

Dari sisi kendali biaya, CP adalah alat pengendali *Unit Cost* yang paling ampuh. CP menetapkan standar lama rawat (*Length of Stay*- LOS). Setiap hari rawat inap memakan biaya *overhead* (listrik, makan, jasa perawat). Dengan menetapkan target pulang pada hari ke-X, CP secara disiplin mendorong tim medis untuk mencapai target klinis harian. Jika pasien belum bisa pulang sesuai target CP, harus ada audit medis: kenapa? Apakah karena infeksi nosokomial? Apakah karena visite dokter terlambat? CP membuka kotak pandora inefisiensi operasional yang selama ini tersembunyi.

Selain LOS, CP juga mengendalikan penggunaan obat dan pemeriksaan penunjang. Dalam CP, obat-obatan yang boleh digunakan sudah ditentukan mengacu pada Formularium Nasional (Fornas). Dokter tidak bisa lagi meresepkan obat paten mahal di luar formularium tanpa justifikasi klinis yang sangat kuat. Demikian juga pemeriksaan lab/radiologi; CP membatasi pemeriksaan rutin yang tidak mengubah manajemen terapi ("*nice to know*" vs "*need to know*"). Dengan demikian, CP mencegah polifarmasi dan *over-utilization* diagnostik yang menggerus margin rumah sakit.

Peran Manajer Pelayanan Pasien (*Case Manager*) menjadi sangat sentral dalam ekosistem CP. *Case Manager* bertugas memantau kepatuhan harian terhadap CP. Jika ada pasien yang melenceng dari jalur (varians), *Case Manager* akan berdiskusi

dengan DPJP untuk mencari solusi. Mereka adalah "polisi lalu lintas" yang menjaga agar pasien tetap berada di jalur yang benar menuju kesembuhan dan kepulangan tepat waktu. Tanpa Case Manager, CP seringkali hanya menjadi dokumen mati yang diisi rapel saat pasien mau pulang demi klaim BPJS.

Tantangan administrasi juga menjadi isu dalam pendahuluan ini. Di era manual, pengisian CP sering dikeluhkan menambah beban tulis menulis dokter dan perawat. Dokumen CP yang tebal seringkali berakhir di tumpukan rekam medis tanpa dianalisis. Masa depan CP adalah *E-Clinical Pathway* yang terintegrasi dalam Rekam Medis Elektronik (RME). Dalam sistem digital, CP muncul sebagai *template* otomatis. Jika dokter mendiagnosis "Stroke Infark," sistem langsung menyajikan CP Stroke. Dokter tinggal mencentang (*tick-box*). Sistem juga bisa memberi *alert* jika dokter lupa memberikan aspirin dalam 24 jam pertama. Digitalisasi ini mengubah CP dari beban administrasi menjadi alat bantu keputusan (*decision support tool*).

Aspek edukasi pasien juga terakomodasi dalam CP. Lembar CP memuat rencana edukasi harian. Hari pertama edukasi tentang penyakit, hari kedua tentang diet, hari ketiga tentang rencana pulang. Ini menjamin hak pasien untuk mendapatkan informasi yang terstruktur. Pasien yang teredukasi dengan baik cenderung lebih kooperatif dan memiliki risiko *readmission* yang lebih rendah. Jadi, CP tidak hanya menguntungkan rumah sakit, tetapi juga memberdayakan pasien.

Evaluasi efektivitas CP dilakukan melalui audit varians. Varians adalah setiap penyimpangan dari langkah-langkah yang sudah ditetapkan dalam CP. Ada varians positif (pasien sembuh lebih cepat) dan varians negatif (pasien memburuk atau prosedur tertunda). Analisis varians ini memberikan data berharga bagi Komite Medis untuk memperbaiki mutu pelayanan. Apakah varians disebabkan oleh faktor pasien (komorbid), faktor praktisi (kurang kompeten), atau faktor sistem (alat rusak)?

Hubungan CP dengan tarif INA-CBGs sangat erat. Idealnya, biaya riil yang dihitung dalam CP harus berada di bawah tarif INA-CBGs agar rumah sakit surplus. Jika perhitungan biaya dalam CP ternyata lebih tinggi dari tarif INA-CBGs, manajemen harus melakukan evaluasi ulang: apakah tarifnya yang terlalu rendah (perlu advokasi ke Kemenkes) atau proses klinisnya yang masih boros? CP adalah alat hitung *real cost* per diagnosis.

Dalam konteks etika, CP menjamin keadilan (*equity*). Pasien BPJS kelas 3 dan pasien umum VIP mendapatkan standar proses klinis yang sama untuk penyakit yang sama. Yang membedakan hanya fasilitas kamar (hotel), bukan mutu medis. CP mencegah diskriminasi pelayanan. Dokter tidak boleh memberikan obat "kualitas rendah" pada pasien BPJS dan obat "kualitas tinggi" pada pasien umum, karena keduanya harus mengacu pada standar CP yang sama berbasis bukti.

Penyusunan CP harus berbasis pada *High Volume, High Cost, High Risk, dan Problem Prone*. Rumah sakit tidak perlu membuat CP untuk ribuan penyakit sekaligus. Fokus pada 10-20 penyakit terbanyak (Pareto) sudah cukup untuk mengendalikan 60-80% biaya pelayanan. Pemilihan topik CP yang strategis adalah langkah awal keberhasilan kendali mutu dan biaya.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa *Clinical Pathway* adalah manifestasi dari integritas profesional. Menerapkan CP berarti berani transparan, berani diaudit, dan berani berkomitmen pada standar terbaik. CP mengubah budaya "saya bekerja menurut cara saya" menjadi "kita bekerja menurut standar kita bersama."

## **B. Konsep Dasar dan Urgensi Clinical Pathway dalam Sistem Casemix**

Sistem Casemix atau INA-CBGs yang diterapkan dalam JKN mengubah fundamental ekonomi rumah sakit dari *revenue center* menjadi *cost center*. Dalam sistem *Fee for Service* (pembayaran retrospektif), rumah sakit mendapatkan

keuntungan dari setiap tindakan dan obat yang diberikan; semakin banyak, semakin untung. Sebaliknya, dalam sistem Casemix (pembayaran prospektif), pendapatan rumah sakit sudah dipatok tetap di awal berdasarkan diagnosis. Dalam ekosistem ini, setiap tindakan tambahan, hari rawat tambahan, atau obat tambahan yang tidak diperlukan adalah kerugian langsung bagi rumah sakit. Di sinilah urgensi *Clinical Pathway*(CP) sebagai pengendali proses produksi pelayanan kesehatan menjadi tak terbantahkan.

Secara konseptual, CP berbeda dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Algoritma, atau Protokol, meskipun semuanya saling terkait. PPK berisi rangkuman literatur medis tentang diagnosis dan terapi ("Apa yang harus dilakukan"). Algoritma adalah pohon keputusan logis ("Jika A, maka B"). Protokol adalah instruksi kaku untuk situasi spesifik. Sementara itu, CP adalah **aplikasi operasional** dari PPK yang diterjemahkan ke dalam dimensi waktu harian ("Kapan harus dilakukan dan oleh siapa"). CP merinci secara detail: pada Hari ke-1, dokter harus melakukan apa, perawat melakukan apa, ahli gizi memberi diet apa, dan obat apa yang masuk. CP adalah "skenario film" perawatan pasien dari masuk hingga pulang.



Gambar 11. Konsep Dasar Clinical Pathway dan Sistem Casemix

Dalam sistem Casemix, konsep "Predictable Outcome" dan "Predictable Cost" adalah kunci. Manajemen rumah sakit perlu mengetahui berapa biaya rata-rata untuk merawat satu pasien Demam Berdarah. Tanpa CP, biaya ini sangat bervariasi tergantung selera dokter (variasi *provider*). Satu dokter mungkin menghabiskan 2 juta rupiah, dokter lain 5 juta rupiah untuk kasus yang sama. Ketidakpastian ini membuat manajemen keuangan sulit membuat proyeksi arus kas. Dengan CP, variasi ditekan sehingga biaya menjadi terprediksi (misal: rata-rata 2,5 juta rupiah dengan deviasi standar kecil). Prediktabilitas ini memungkinkan rumah sakit menghitung margin keuntungan atau kerugian secara presisi.

CP juga berfungsi sebagai alat komunikasi antar PPA (*Profesional Pemberi Asuhan*). Di rumah sakit yang sibuk, dokter spesialis mungkin hanya bertemu perawat beberapa menit saat *visite*. CP yang diletakkan di rekam medis menjadi media komunikasi tertulis yang efektif. Ketika dokter mencentang kolom instruksi di CP, perawat langsung paham apa yang harus disiapkan. Ahli gizi langsung tahu diet apa yang harus disajikan tanpa perlu menunggu telepon. Farmasi langsung menyiapkan paket obat harian. Efisiensi komunikasi ini mengurangi risiko kesalahan interpretasi dan mempercepat layanan (*response time*).

Urgensi CP juga terlihat dalam manajemen logistik. Jika rumah sakit menerapkan CP secara konsisten, kebutuhan obat dan alat kesehatan menjadi lebih mudah diprediksi. Bagian pengadaan bisa menghitung: "Jika rata-rata ada 100 pasien Sesar per bulan, dan setiap pasien Sesar butuh 2 botol infus X sesuai CP, maka kita harus stok 200 botol." Ini mencegah penumpukan stok mati (*dead stock*) atau kekosongan stok (*stock out*), yang keduanya merupakan inefisiensi biaya. Manajemen rantai pasok menjadi lebih ramping (*lean*).

Dalam konteks akreditasi dan mutu, CP adalah bukti standarisasi proses (*Process Standardization*). Mutu tidak terjadi

secara kebetulan; mutu adalah hasil dari proses yang benar. CP menjamin bahwa langkah-langkah kritis tidak terlewatkan. Contoh: pada kasus Stroke Iskemik, CP mewajibkan pemberian trombolitik dalam *Golden Hour* tertentu atau pemberian aspirin dalam 24 jam. Kepatuhan terhadap langkah waktu ini adalah indikator mutu klinis yang berdampak langsung pada kesembuhan pasien. Tanpa CP, langkah-langkah kritis ini sering terlupakan di tengah kesibukan IGD.

CP juga mendidik dokter muda dan staf baru. Di rumah sakit pendidikan, CP berfungsi sebagai panduan belajar (*guideline*) bagi residen atau dokter *internship*. Mereka tidak perlu meraba-raba apa yang harus dilakukan, karena "rel"-nya sudah tersedia. Ini mempercepat kurva pembelajaran (*learning curve*) dan melindungi pasien dari kesalahan pemula. Bagi manajemen, ini berarti efisiensi waktu orientasi dan pengurangan risiko malpraktik oleh staf junior.

Selain itu, CP memfasilitasi proses koding dan klaim INA-CBGs. Verifikator BPJS sering menolak klaim karena ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan. CP yang terisi lengkap menjadi bukti otentik bahwa diagnosis tegak dan tindakan yang dilakukan sesuai standar. Dokumentasi dalam CP yang runtut memudahkan koder dalam menentukan kode ICD-10 dan ICD-9-CM yang tepat, sehingga menghindari *under-coding* (klaim terlalu rendah) atau *dispute* dengan BPJS.

Konsep CP juga mendukung transparansi kepada pasien. Pasien berhak tahu "berapa lama saya harus dirawat" dan "apa saja yang akan dilakukan pada saya." Dengan melihat CP (versi edukasi), pasien bisa memprediksi kapan dia pulang dan berapa perkiraan biayanya (jika pasien umum). Transparansi ini meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi kecemasan. Pasien yang paham rencananya akan lebih kooperatif dalam menjalani terapi.

Namun, perlu diingat bahwa CP bukan dogma. Konsep CP modern mengakomodasi "Outlier." Pasien dengan komplikasi

kompleks mungkin dikeluarkan dari jalur CP (*drop out*) dan dirawat dengan rencana asuhan individual yang intensif. Sistem Casemix juga mengenal pembayaran *Special CMG* atau *Top Up* untuk kasus-kasus tertentu. CP membantu mengidentifikasi mana pasien "reguler" yang harus efisien, dan mana pasien "kompleks" yang butuh sumber daya ekstra. Manajemen sumber daya menjadi lebih tepat sasaran.

Urgensi terakhir adalah data. CP menghasilkan data varians yang sangat kaya. Manajemen bisa menganalisis: "Mengapa CP Appendiktomi di RS kita rata-rata 4 hari, padahal standar nasional 2 hari?" Data ini memicu proyek perbaikan mutu (PDCA). Tanpa CP, kita tidak punya data dasar (*baseline*) untuk melakukan perbaikan.

### **C. Langkah-Langkah Penyusunan Clinical Pathway yang Efektif**

Menyusun *Clinical Pathway* bukanlah pekerjaan satu orang di belakang meja, melainkan proses konsensus tim yang panjang dan seringkali melelahkan. Langkah pertama yang paling kritis adalah **Pemilihan Topik**. Tidak mungkin membuat CP untuk 1000 penyakit sekaligus. Rumah sakit harus menggunakan Prinsip Pareto (80/20) atau kriteria prioritas: *High Volume* (penyakit terbanyak), *High Cost* (biaya tinggi), *High Risk* (risiko kematian/komplikasi tinggi), dan *Problem Prone* (sering ada masalah/komplain/sengketa). Data 10 penyakit terbanyak dari rekam medis adalah titik awal yang baik. Biasanya dimulai dengan kasus bedah elektif (seperti Sesar, Katarak, Hernia) atau penyakit dalam akut yang polanya jelas (seperti DBD, Tifoid, Stroke Infark).

Langkah kedua adalah **Pembentukan Tim Penyusun**. Tim ini harus bersifat multidisiplin, dipimpin oleh SMF (Staf Medis Fungsional) terkait, tetapi wajib melibatkan perawat, apoteker, ahli gizi, dan manajemen (bagian Casemix/Keuangan). Kesalahan umum adalah dokter membuat CP sendiri tanpa mengajak perawat dan farmasi. Akibatnya, instruksi obat dalam CP mungkin

tidak tersedia di formularium, atau intervensi keperawatan tidak realistis. Konsensus tim adalah jiwa dari CP. Setiap profesi harus sepakat tentang peran dan kontribusinya dalam setiap hari perawatan.



Gambar 12. Clinical Pathway dalam Casemix

Langkah ketiga adalah **Studi Literatur dan Regulasi**. Tim harus membedah Panduan Praktik Klinis (PPK) yang sudah ada, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dari Kemenkes, dan standar profesi internasional. CP tidak boleh bertentangan dengan *Evidence Based Medicine* (EBM). Namun, EBM harus disesuaikan dengan kemampuan sumber daya lokal rumah sakit (*Resource Adjustment*). Jika literatur menyarankan MRI tetapi RS tidak punya MRI, maka CP harus menyesuaikan dengan modalitas

diagnostik yang tersedia (misal CT-Scan), asalkan masih dalam batas standar medis yang dapat dipertanggungjawabkan.

Langkah keempat adalah **Analisis Biaya (Unit Costing)**. Ini adalah langkah pembeda antara CP medis murni dengan CP terpadu kendali biaya. Tim keuangan harus menghitung berapa biaya riil untuk setiap item dalam draf CP. Jika draf CP menyarankan obat antibiotik generasi ke-3, tim keuangan menghitung harganya. Lalu bandingkan total biaya paket CP tersebut dengan tarif INA-CBGs kelas 3 (tarif terendah). Jika Biaya CP > Tarif INA-CBGs, tim harus kembali ke meja diskusi untuk melakukan efisiensi (misal: ganti obat ke generasi 1 yang lebih murah tapi tetap efektif, kurangi LOS, atau kurangi pemeriksaan lab rutin). Proses "tawar-menawar" mutu dan biaya terjadi di sini sampai ditemukan titik keseimbangan.

Langkah kelima adalah **Penyusunan Format Matriks Waktu**. Format CP biasanya berupa matriks grid: Baris berisi kategori kegiatan (Asesmen, Tes Diagnostik, Obat, Tindakan, Nutrisi, Edukasi, Discharge Planning), Kolom berisi Waktu (Hari 1, Hari 2, Hari 3, dst). Isi sel-sel matriks tersebut dengan detail kegiatan. Jangan tulis "Antibiotik sesuai indikasi," tapi tulis spesifik "Ceftriaxone 2gr/24 jam IV." Ketidakjelasan dalam penulisan CP akan menyebabkan kegagalan implementasi. Target pemulangan (*Discharge Planning*) harus ditetapkan sejak Hari 1.

Langkah keenam adalah **Uji Coba Lapangan (Pilot Project)**. Jangan langsung berlakukan CP secara massal. Uji coba dulu pada 10-20 pasien. Lihat kendalanya. Apakah formatnya terlalu rumit? Apakah perawat kesulitan mengisinya? Apakah target hari pulang tercapai? Masukan dari pengguna lapangan (dokter/perawat pelaksana) sangat berharga untuk merevisi draf CP. Revisi harus dilakukan segera agar CP menjadi *user-friendly*.

Langkah ketujuh adalah **Legalisasi dan Sosialisasi**. CP final harus ditandatangani oleh Ketua Komite Medik dan disahkan melalui Surat Keputusan (SK) Direktur. SK ini memberikan kekuatan hukum pada CP sebagai standar pelayanan RS. Setelah

itu, sosialisasi masif dilakukan ke seluruh staf medis. Sosialisasi bukan sekadar membagikan buku, tapi menjelaskan "Cara Mengisi" dan "Kapan Memulai/Mengakhiri" CP. Staf harus paham bahwa CP ini wajib, bukan sunnah.

Langkah kedelapan adalah **Integrasi dengan Sistem IT**. Jika RS sudah menggunakan SIMRS, CP harus diinput ke dalam sistem. Dokter tidak lagi mengisi kertas, tapi mengklik paket order di komputer. Integrasi ini memudahkan kepatuhan karena sistem bisa memaksa (*forcing function*). Misalnya, dokter tidak bisa lanjut ke order hari ke-2 jika order hari ke-1 belum diverifikasi.

Langkah kesembilan adalah **Evaluasi Berkala**. Ilmu kedokteran berkembang cepat. CP yang dibuat tahun 2015 mungkin sudah usang di tahun 2025. Tim penyusun harus mereview CP minimal setahun sekali atau jika ada perubahan regulasi/obat baru. CP adalah dokumen hidup (*living document*), bukan prasasti.

Langkah kesepuluh adalah **Pengukuran Kepatuhan**. Menetapkan indikator kepatuhan CP sebagai Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS). Audit kepatuhan dilakukan bulanan. Apakah CP diisi lengkap? Apakah pasien dikelola sesuai alur? Hasil audit dilaporkan ke Direktur dan Komite Mutu untuk *feedback*.

Dalam penyusunan CP, peran kepemimpinan klinis (*Clinical Leadership*) sangat menentukan. Harus ada satu dokter senior yang disegani (*Champion*) yang mau mengawal proses ini. Jika dokter senior menolak CP, dokter junior akan ikut menolak. Pendekatan *peer-to-peer* (dokter meyakinkan dokter) jauh lebih efektif daripada manajemen memaksa dokter.

Penting juga untuk menyepakati Kriteria Eksklusi. Pasien dengan kondisi apa yang TIDAK BOLEH masuk CP? Misalnya pasien dengan komorbid multipel (Gagal Ginjal + Jantung + Diabetes) mungkin terlalu kompleks untuk CP standar. Kriteria

eksklusi ini melindungi dokter dari tuntutan harus menyembuhkan pasien berat dengan sumber daya standar.

Penyusunan CP juga harus memperhatikan Formularium Nasional (Fornas). Pastikan semua obat dalam CP masuk dalam Fornas dan tersedia di instalasi farmasi. Jangan membuat CP dengan obat yang sering kosong, karena akan menyebabkan varians sistemik terus menerus. Sinkronisasi antara Komite Farmasi Terapi (KFT) dan Tim CP sangat krusial.

Akhirnya, penyusunan CP yang efektif adalah yang pragmatis namun ilmiah. Jangan terjebak pada kesempurnaan dokumen sehingga tidak kunjung selesai. "Better a diamond with a flaw than a pebble without." Mulailah dengan CP sederhana yang bisa dijalankan, lalu sempurnakan sambil jalan.

#### **D. Implementasi dan Kepatuhan: Tantangan Budaya Klinis**

Menyusun dokumen CP di atas kertas adalah bagian yang mudah; mengimplementasikannya dalam praktik klinis sehari-hari adalah tantangan sesungguhnya. Hambatan utama implementasi CP bukanlah teknis, melainkan budaya (*cultural barrier*). Budaya otonomi medis yang sudah berakar selama ratusan tahun membuat dokter merasa memiliki hak prerogatif penuh atas pasiennya. CP sering dipersepsikan sebagai upaya manajemen (orang non-medis) untuk mendikte praktik dokter. Resistensi ini bervariasi, mulai dari resistensi pasif (tidak mau mengisi formulir) hingga resistensi aktif (menolak mengikuti panduan terapi).

Argumen klasik penolakan adalah "Cookbook Medicine." Dokter merasa diturunkan derajatnya menjadi teknisi yang hanya mengikuti buku petunjuk. Untuk mengatasi ini, manajemen harus menekankan bahwa CP adalah standar *minimal*, bukan standar *maksimal*. Dokter tetap boleh berinovasi atau menyimpang dari CP *asalkan* ada alasan medis yang kuat dan

dicatat. CP mengelola 80% kasus rutin agar dokter punya energi lebih untuk memikirkan 20% kasus sulit.

Beban administrasi adalah keluhan nyata yang harus didengar. Di era transisi, dokter sering harus mengisi rekam medis manual, input komputer, dan mengisi lembar CP lagi. Duplikasi pekerjaan ini menurunkan kepatuhan. Solusinya adalah penyederhanaan formulir. Lembar CP idealnya menggantikan lembar instruksi dokter (*physician order sheet*) dan catatan perkembangan, bukan menambahnya. Integrasi ke dalam Rekam Medis Elektronik (RME) adalah solusi jangka panjang terbaik. Di RME, CP hanyalah serangkaian klik yang justru mempercepat kerja dokter dibanding menulis resep manual.

Peran *Case Manager* (Manajer Pelayanan Pasien/MPP) sangat vital dalam menjaga kepatuhan. MPP berfungsi sebagai pengingat (*reminder*) yang berjalan. Saat visite bersama dokter, MPP bisa mengingatkan dengan halus: "Dok, pasien ini masuk hari ke-3 CP Stroke, apakah rencana pulanginya besok jadi? Apakah obat oral sudah bisa dimulai?" Intervensi *real-time* ini lebih efektif daripada audit retrospektif. MPP menjembatani kesenjangan antara rencana di kertas dan eksekusi di bangsal.

Strategi *Audit and Feedback* terbukti efektif mengubah perilaku. Dokter adalah makhluk ilmiah yang percaya data. Manajemen harus rutin menyajikan data kepatuhan per individu dokter (secara anonim atau terbuka dalam forum komite medis). Tunjukkan data: "Dokter A kepatuhan CP 90%, LOS rata-rata 3 hari. Dokter B kepatuhan CP 50%, LOS rata-rata 5 hari." Tekanan teman sejawat (*peer pressure*) seringkali lebih ampuh mengubah perilaku Dokter B daripada teguran direktur.

Sistem *Reward and Punishment* (Insentif dan Disinsentif). Beberapa rumah sakit mengaitkan kepatuhan CP dengan pembagian jasa medis. Poin remunerasi ditambahkan bagi dokter yang patuh mengisi CP dan merawat sesuai jalur. Sebaliknya, dokter yang sering menyimpang tanpa alasan (membuat RS rugi) mendapatkan pengurangan poin. Mekanisme finansial ini adalah

bahasa universal yang dimengerti semua orang, namun harus diterapkan dengan hati-hati agar tidak merusak moral etis.

Komitmen manajemen puncak. Jika Direktur jarang bicara soal CP, staf akan menganggap CP hanya proyek sampingan. Direktur harus menjadikan kepatuhan CP sebagai indikator kinerja utama (KPI) dalam setiap rapat manajemen. Direktur juga harus memfasilitasi kebutuhan sumber daya. Jangan menuntut dokter patuh CP Sesar, tapi benang operasi sering kosong. Kepatuhan adalah jalan dua arah: manajemen menyediakan sarana, klinisi menyediakan kepatuhan prosedur.

Edukasi berkelanjutan. Residen dan perawat baru harus diorientasi tentang CP sejak hari pertama. Jangan asumsikan mereka sudah tahu. Workshop cara pengisian CP dan diskusi kasus berbasis CP harus menjadi agenda rutin Komite Medis dan Keperawatan. Masalah sering muncul karena ketidaktahuan teknis pengisian, bukan karena penolakan substansi.

Pelibatan Kelompok Staf Medis (KSM/SMF). CP harus dianggap sebagai produk KSM, bukan produk manajemen. Biarkan KSM yang mempresentasikan CP mereka sendiri dalam audit medis. Rasa kepemilikan (*sense of ownership*) akan meningkatkan kepatuhan. "Ini panduan yang kita buat sendiri, masa kita langgar sendiri?"

Penanganan pasien varians (*Outlier Management*). Sistem implementasi harus fleksibel. Jika pasien mengalami perburukan, harus ada mekanisme mudah untuk "keluar" dari CP (terminasi CP) dan beralih ke rawat rawat biasa atau CP intensif. Kekakuan sistem yang menyulitkan dokter saat kondisi darurat akan membuat dokter antipati terhadap CP.

Kepatuhan perawat dan tenaga kesehatan lain juga krusial. Seringkali dokter sudah menulis instruksi sesuai CP, tapi perawat lupa melaksanakannya, atau farmasi terlambat kirim obat. Implementasi CP adalah kerja tim. *Handover* perawat antar shift harus membahas posisi pasien dalam CP: "Pasien Tn. A, diagnosis

DBD, sekarang hari ke-2 CP, target hari ini bebas demam, rencana besok cek trombosit ulang." Bahasa CP harus menjadi bahasa operasional bangsa.

Evaluasi kualitatif. Lakukan survei atau wawancara mendalam dengan pengguna CP. Apa yang mereka sukai? Apa yang mereka benci? Mungkin font hurufnya terlalu kecil? Mungkin kolomnya terlalu sempit? Masukan-masukan "sepele" ini jika diperbaiki bisa meningkatkan kepatuhan secara signifikan.

Strategi "*Start Small, Scale Fast.*" Jangan memaksakan kepatuhan 100% di bulan pertama. Targetkan 50%, lalu 70%, lalu 90%. Berikan apresiasi pada unit yang mencapai target. Perayaan kecil (*celebration of success*) membangun momentum perubahan budaya yang positif.

Penyelarasan dengan coding klaim. Tunjukkan pada dokter bahwa kepatuhan CP membantu rumah sakit mendapatkan klaim yang layak. Dokter yang peduli pada kelangsungan hidup rumah sakit akan lebih termotivasi. Jelaskan bahwa ketidakpatuhan mereka berdampak pada gaji perawat dan beli obat. Sentuh aspek solidaritas korporat.

Akhirnya, budaya klinis berubah lambat. Dibutuhkan kesabaran dan konsistensi. Jangan menyerah jika di tahun pertama kepatuhan masih rendah. Konsistensi audit, umpan balik data, dan kepemimpinan yang persisten pada akhirnya akan menjadikan CP sebagai norma baru (*new normal*) dalam pelayanan.

## **E. Audit Varians: Analisis Penyimpangan Medis dan Non - Medis**

Jantung dari efektivitas *Clinical Pathway* terletak pada **Audit Varians**. Tanpa analisis varians, CP hanyalah selembar kertas statis. Varians didefinisikan sebagai segala penyimpangan dari standar langkah atau hasil yang telah ditetapkan dalam matriks CP. Varians bukan selalu berarti buruk; varians adalah sinyal yang

memberitahu manajemen bahwa "ada sesuatu yang berbeda" yang perlu ditelusuri. Analisis varians mengubah data administratif menjadi informasi strategis untuk perbaikan mutu dan efisiensi biaya.

Varians secara umum diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar berdasarkan penyebabnya:

1. **Varians Pasien/Klinis:** Penyimpangan yang disebabkan oleh kondisi pasien itu sendiri. Contoh: pasien mengalami alergi obat mendadak, pasien meminta pulang paksa (*Atas Permintaan Sendiri*), atau adanya penyakit penyerta (komorbid) yang tidak terdeteksi saat masuk. Varians ini seringkali tidak dapat dihindari (*unavoidable*), namun tetap perlu dicatat untuk justifikasi klaim ke BPJS (misal untuk *top up* atau naik level severitas).
2. **Varians Praktisi/Tenaga Kesehatan:** Penyimpangan yang disebabkan oleh perilaku atau keputusan petugas medis. Contoh: dokter lupa menulis resep, dokter tidak mematuhi panduan antibiotik, perawat terlambat melakukan observasi tanda vital, atau ahli gizi salah memberikan jenis diet. Varians ini umumnya dapat dihindari (*avoidable*) dan menjadi target utama perbaikan perilaku melalui edukasi atau pendisiplinan.
3. **Varians Sistem/Rumah Sakit:** Penyimpangan yang disebabkan oleh kegagalan fasilitas atau manajemen. Contoh: obat standar CP kosong di farmasi, hasil laboratorium terlambat keluar karena alat rusak, kamar operasi penuh sehingga jadwal operasi mundur, atau linen kotor belum tersedia. Varians sistem ini adalah tanggung jawab penuh manajemen.

Proses audit varians dilakukan oleh *Case Manager* atau tim audit medis secara berkala. Setiap kali CP ditutup (pasien pulang), lembar varians harus dianalisis. Jika kolom varians kosong, ada dua kemungkinan: pelayanan sempurna (jarang terjadi) atau petugas malas mencatat varians. Budaya mencatat varians secara

jujur harus dibangun. "Mencatat varians bukan melaporkan kesalahan teman, tapi melaporkan fakta untuk perbaikan."

Analisis varians menggunakan metode statistik sederhana seperti Diagram Pareto. Kumpulkan semua varians dalam satu bulan. Misalnya untuk CP Sesar, ditemukan 50 varians. 30 varians adalah "Antibiotik profilaksis tidak diberikan tepat waktu," 10 varians "Pasien nyeri berlebih," 10 varians lain-lain. Berdasarkan Pareto, manajemen harus fokus memperbaiki sistem pemberian antibiotik di kamar operasi. Ini adalah pendekatan *Evidence Based Management*.

Varians juga bisa bersifat Positif atau Negatif.

1. **Varians Negatif:** LOS memanjang, biaya membengkak, komplikasi muncul. Ini merugikan mutu dan biaya.
2. **Varians Positif:** Pasien sembuh lebih cepat dari target (misal target 5 hari, sembuh 3 hari), penggunaan obat lebih sedikit tapi efektif. Varians positif ini harus dipelajari. Apakah CP-nya yang terlalu longgar? Atau adakah inovasi dari dokter tertentu yang bisa dijadikan standar baru? Varians positif adalah peluang efisiensi.

Hubungan Varians dengan *Unit Cost*. Setiap varians sistem biasanya membawa implikasi biaya. "Hasil lab terlambat 4 jam" mungkin menyebabkan dokter menunda kepulangan pasien 1 hari (karena dokter sudah pulang saat hasil keluar). Biaya 1 hari rawat inap tambahan ini adalah *Cost of Poor Quality* akibat varians sistem. Dengan mengalikan frekuensi varians dengan biaya satuan, manajemen bisa menghitung kerugian finansial akibat inefisiensi sistem.

Audit varians juga berfungsi sebagai alat perlindungan hukum. Jika pasien menuntut karena hasil pengobatan tidak sesuai harapan, catatan varians (misal: "Pasien menolak tindakan operasi pada hari ke-2") menjadi bukti bahwa dokter sudah merencanakan yang benar tapi pasien menolak. Dokumentasi varians adalah benteng pertahanan hukum.

Tindak lanjut audit (*Closing the Loop*). Hasil analisis varians harus dipresentasikan dalam rapat Komite Medik dan Direksi. Jika varians dominan adalah "Obat Kosong," Direktur harus menegur Kepala Farmasi/Pengadaan. Jika varians dominan adalah "Dokter tidak patuh," Ketua Komite Medik harus melakukan pembinaan rekan sejawat (*peer review*). Siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) berputar di sini. Tanpa tindak lanjut, audit varians hanya membuang waktu.

Penggunaan teknologi dalam audit varians. Dalam *E-Clinical Pathway*, sistem bisa mendeteksi varians secara otomatis. Jika dokter tidak mengklik obat yang ada di jalur, sistem mencatatnya sebagai varians. Ini menghasilkan data *real-time* yang jauh lebih akurat daripada audit manual berkas kertas. Dashboard varians bisa dilihat direktur setiap pagi.

Varians dan Koding INA-CBGs. Catatan varians yang lengkap membantu koder menaikkan kode diagnosis. Misalnya, catatan varians "Pasien mengalami syok saat operasi" menjadi dasar koder memasukkan kode diagnosis sekunder (komplikasi), yang akan meningkatkan tarif INA-CBGs dari level 1 ke level 2 atau 3. Jadi, mencatat varians yang buruk sekalipun bisa "menguntungkan" dari sisi klaim karena menggambarkan severitas penyakit yang sebenarnya.

Tantangan audit varians: "Fatigue" atau kelelahan audit. Jika terlalu banyak item yang diaudit, petugas akan jenuh. Fokuslah pada *Key Variance Indicators*. Tidak semua penyimpangan kecil perlu dianalisis mendalam. Fokus pada penyimpangan yang mempengaruhi LOS, Biaya, dan Keselamatan Pasien.

Edukasi tentang varians kepada staf. Staf sering mengira varians adalah "aib." Jelaskan bahwa varians adalah "peluang perbaikan." Ubah bahasa hukuman menjadi bahasa pembelajaran.

Akhirnya, Audit Varians adalah mekanisme kontrol kualitas (*Quality Control*) yang paling riil dalam manajemen rumah sakit.

Ia menghubungkan aktivitas klinis mikroskopis dengan kinerja manajerial makroskopis.

## **F. Dampak Ekonomi Clinical Pathway terhadap Profitabilitas.**

Tujuan akhir dari rumah sakit adalah memberikan pelayanan bermutu, namun agar tetap eksis (*sustainable*), rumah sakit harus sehat secara finansial. *Clinical Pathway* adalah instrumen utama untuk memastikan kesehatan finansial tersebut di era pembayaran paket. Dampak ekonomi CP dapat dilihat dari dua sisi: **Efisiensi Biaya (Cost Efficiency)** dan **Optimalisasi Pendapatan (Revenue Optimization)**.

Dari sisi efisiensi biaya, dampak terbesar CP adalah pada pengurangan Rata-rata Lama Rawat (*Average Length of Stay-ALOS*). Studi menunjukkan bahwa implementasi CP yang disiplin dapat memangkas ALOS sebesar 10-20%. Dalam industri rumah sakit yang padat modal, "Waktu adalah Uang." Mengurangi lama rawat pasien Appendiktomi dari 4 hari menjadi 3 hari berarti menghemat biaya makan, *laundry*, listrik, dan jasa perawat selama 1 hari. Selain itu, tempat tidur yang kosong pada hari ke-4 bisa diisi oleh pasien baru yang membawa pendapatan baru. Peningkatan *Bed Turnover Rate* (BTO) ini secara drastis meningkatkan produktivitas aset rumah sakit.

Rasionalisasi penggunaan obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Biaya farmasi menyumbang 30-40% dari total biaya operasional RS. CP membatasi pilihan obat pada yang paling *cost-effective* (biasanya generik berlogo atau formularium RS). Tanpa CP, dokter cenderung meresepkan obat paten yang harganya bisa 5-10 kali lipat obat generik dengan efikasi setara. CP juga mengatur penggunaan antibiotik profilaksis (cukup 1-2 dosis) dibanding antibiotik terapi jangka panjang yang tidak perlu. Penghematan dari pos farmasi ini langsung berdampak pada *bottom line* (laba bersih) rumah sakit.

Pengurangan pemeriksaan penunjang yang tidak perlu (*Unnecessary Tests*). Dalam sistem *Fee for Service*, dokter tergoda melakukan "paket general check-up" pada setiap pasien. Dalam sistem paket, perilaku ini merugikan. CP membatasi pemeriksaan hanya pada yang terindikasi medis. Menghilangkan satu pemeriksaan CT-Scan yang tidak perlu bisa menghemat jutaan rupiah per pasien. Akumulasi penghematan ini dalam setahun sangat signifikan.

Dari sisi optimalisasi pendapatan, CP menjamin kelengkapan dokumentasi yang merupakan syarat mutlak klaim. Klaim BPJS sering dikembalikan (*pending*) atau ditolak (*dispute*) karena rekam medis tidak lengkap atau tidak mendukung diagnosis. CP yang terisi lengkap adalah "dokumen anti-bantah" bagi verifikasi. Kelancaran klaim berarti kelancaran arus kas (*cash flow*), mengurangi biaya bunga pinjaman talangan, dan menyetatkan likuiditas RS.

Analisis Profitabilitas per CP (*Profitability Analysis*). Manajemen keuangan dapat menghitung laba rugi per jenis penyakit. Contoh:

1. Tarif INA-CBGs Sesar Ringan: Rp 5.000.000.
2. Biaya Riil CP Sesar (Obat + Alkes + Jasa + Overhead): Rp 4.500.000.
3. Profit: Rp 500.000 per pasien. Jika tanpa CP, biaya riil mungkin bengkak jadi Rp 6.000.000, sehingga RS rugi Rp 1.000.000 per pasien. Dengan data ini, manajemen tahu produk mana yang "Sapi Perah" (*Cash Cow*) dan mana yang merugi, lalu melakukan strategi efisiensi spesifik pada produk yang merugi.

Mengurangi risiko *Re-admission* (Rawat Ulang). Pasien yang dirawat ulang dalam waktu singkat dengan diagnosis sama seringkali tidak dibayar oleh BPJS (dianggap satu episode). CP yang baik memastikan pasien pulang dalam kondisi stabil dan

teredukasi, sehingga mengurangi risiko rawat ulang. Ini mencegah "pelayanan gratis" yang merugikan RS.

Dampak pada negosiasi tarif dengan asuransi swasta. Rumah sakit yang memiliki CP yang solid dan data *outcome* yang baik memiliki posisi tawar tinggi terhadap asuransi komersial. RS bisa menawarkan sistem "Paket Tarif" berbasis CP kepada asuransi swasta yang lebih menarik dan pasti bagi mereka, sekaligus mengunci margin keuntungan bagi RS.

Mengurangi biaya litigasi. Seperti dibahas sebelumnya, CP melindungi RS dari tuntutan hukum. Biaya pengacara dan ganti rugi satu kasus malpraktik bisa menghapus keuntungan operasional satu tahun. CP adalah asuransi risiko hukum yang murah.

Meningkatkan kepuasan staf dan retensi SDM. Lingkungan kerja yang teratur dan terprediksi dengan CP mengurangi stres dan *burnout* pada perawat dan dokter. Staf yang bahagia bekerja lebih produktif dan mengurangi biaya rekrutmen/pelatihan ulang akibat *turnover* karyawan yang tinggi. Biaya SDM adalah komponen biaya terbesar RS, jadi efisiensi di sini sangat berdampak.

Investasi awal vs Penghematan Jangka Panjang. Memang ada biaya awal untuk menyusun CP (biaya rapat, konsumsi, sistem IT). Namun, *Return on Investment* (ROI) dari CP biasanya tercapai dalam waktu kurang dari 1 tahun melalui penghematan operasional.

Skalabilitas bisnis. Rumah sakit grup (chain hospital) sangat mengandalkan CP untuk standarisasi mutu dan biaya di seluruh cabangnya. CP memungkinkan manajemen pusat mengendalikan biaya di cabang-cabang tanpa harus berada di sana setiap hari. Ini adalah kunci ekspansi bisnis RS yang sukses.

Namun, hati-hati terhadap *False Economy*. Penghematan biaya melalui CP tidak boleh kebablasan hingga membahayakan pasien (misal: memulangkan pasien terlalu cepat padahal belum

stabil). Jika ini terjadi, biaya penanganan komplikasi jangka panjang akan jauh lebih besar daripada penghematan sesaat. Keseimbangan Mutu-Biaya harus tetap dijaga.

Kesimpulannya, dalam ekonomi kesehatan modern, *Clinical Pathway* adalah alat bertahan hidup (*survival tool*). Rumah sakit yang tidak menggunakan CP akan tergilas oleh inefisiensi biaya mereka sendiri. Profitabilitas di era JKN bukan didapat dari menaikkan tarif, melainkan dari mengendalikan biaya proses melalui CP.

## **G. Referensi Bab 7**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Arif, M. (2018). *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Akreditasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Firmanda, D. (2016). *Pedoman Penyusunan Clinical Pathway dalam Era JKN*. Jakarta: Persi.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.

- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1*. Jakarta: KARS.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2019). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1*. Jakarta: KARS.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manurung, S. (2018). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Media.
- Muliaputra, A. (2019). *Kupas Tuntas Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Panjaitan, R. (2017). *Manajemen Risiko Operasional Rumah Sakit*. Jakarta: Gramedia.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Pratiwi, A. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Clinical Pathway dan Manajemen Biaya*. Jakarta: Sagung Seto. (Sangat Relevan).
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Panduan Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Triwibowo, C. (2015). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Tutiany, et al. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien*. Jakarta: BPPSDMK Kemenkes.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2016). *Integrated Care Models: An Overview*. Geneva: WHO.
- Yulia, S. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC.

**Regulasi:**

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Mengatur PPK dan CP).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

# BAB VIII

## ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT (*UNIT COST ANALYSIS*)



### A. Pendahuluan

Analisis Biaya Satuan (*Unit Cost Analysis*) merupakan pondasi finansial paling fundamental dalam manajemen rumah sakit modern. Di masa lalu, ketika sistem pembayaran didominasi oleh *Fee for Service* dan mekanisme pasar bebas, rumah sakit seringkali mengabaikan perhitungan *unit cost* yang presisi. Tarif layanan seringkali ditetapkan berdasarkan "intuisi," meniru tarif rumah sakit tetangga (*competitor-based pricing*), atau sekadar menaikkan sekian persen dari tarif tahun lalu tanpa dasar perhitungan akuntansi yang jelas. Namun, di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan sistem pembayaran prospektif INA-CBGs, ketidaktahuan akan *unit cost* adalah resep bagi kebangkrutan. Rumah sakit kini tidak lagi menjadi penentu harga (*price maker*), melainkan penerima harga (*price taker*). Dalam posisi ini, satu-satunya cara untuk menjamin margin keuntungan adalah dengan memastikan biaya produksi layanan berada di bawah harga yang ditetapkan oleh pembayar.

Pemahaman tentang *unit cost* melampaui sekadar angka-angka di laporan keuangan. Ia adalah cermin dari efisiensi operasional. *Unit cost* mendefinisikan berapa biaya yang sesungguhnya dikeluarkan organisasi untuk menghasilkan satu satuan produk layanan, entah itu satu kali kunjungan rawat jalan,

satu hari rawat inap, satu kali tindakan operasi, atau satu kali pemeriksaan laboratorium. Biaya ini mencakup seluruh komponen input, mulai dari bahan habis pakai, tenaga kerja, hingga biaya *overhead* seperti listrik, air, dan penyusutan gedung. Seringkali, manajemen terkejut ketika hasil analisis *unit cost* keluar dan menunjukkan bahwa biaya produksi sebuah tindakan sederhana ternyata jauh lebih tinggi dari tarif yang dikenakan, yang berarti selama ini rumah sakit mensubsidi pasien tanpa sadar.

Struktur biaya rumah sakit memiliki karakteristik yang unik dibandingkan industri manufaktur. Rumah sakit adalah industri dengan biaya tetap (*fixed cost*) yang sangat tinggi. Gaji dokter spesialis, perawat, biaya pemeliharaan gedung, dan investasi alat medis canggih harus tetap dibayar terlepas dari ada atau tidaknya pasien. Karakteristik *high fixed cost* ini membuat analisis *unit cost* menjadi sensitif terhadap volume pelayanan. Jika volume pasien rendah, *unit cost* akan melambung tinggi karena biaya tetap dibagi dengan pembagi yang kecil. Sebaliknya, jika volume tinggi, *unit cost* akan turun (skala ekonomi). Dinamika ini harus dipahami benar oleh direksi dalam menyusun strategi pemasaran dan operasional.

Dalam konteks Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), data *unit cost* berfungsi sebagai alat diagnostik inefisiensi. Jika analisis menunjukkan bahwa *unit cost* layanan Hemodialisa di Rumah Sakit A lebih tinggi 30% dibandingkan Rumah Sakit B yang setara, maka manajemen harus menelusuri akar masalahnya. Apakah karena harga beli bahan habis pakai (*consumables*) yang terlalu mahal? Apakah karena penggunaan tenaga kerja yang berlebihan (inefisiensi SDM)? Atau karena mesin yang sering rusak sehingga biaya pemeliharaan membengkak? Tanpa data *unit cost* per komponen, upaya efisiensi hanya akan bersifat raba-raba (*blind cutting*) yang berisiko menurunkan mutu.



Gambar 13. Konsep Unit Cost dan Komponen Biaya

Tantangan utama dalam perhitungan *unit cost* di rumah sakit adalah kompleksitas produk. Rumah sakit menghasilkan ribuan jenis layanan yang berbeda (*heterogenitas produk*). Satu pasien rawat inap bisa mengonsumsi ratusan item biaya yang berbeda (obat, lab, jasa perawat, sewa kamar, oksigen). Mengalokasikan biaya-biaya bersama (*joint costs*) seperti biaya listrik lobi, gaji direksi, atau biaya satpam ke dalam satu unit layanan spesifik (misal: ke pasien operasi usus buntu) memerlukan metodologi akuntansi biaya yang canggih. Metode tradisional seringkali gagal menangkap kompleksitas ini, menghasilkan data yang bias.

Pergeseran paradigma dari akuntansi keuangan ke akuntansi manajemen juga menjadi isu penting. Akuntansi keuangan berfokus pada pelaporan eksternal (neraca, laba rugi) yang bersifat historis dan agregat. Sedangkan analisis *unit cost* adalah domain akuntansi manajemen yang bersifat internal, detail, dan berorientasi masa depan untuk pengambilan keputusan. Banyak rumah sakit yang laporan keuangannya Wajar Tanpa Pengecualian (WTP), namun manajemennya buta terhadap

profitabilitas per unit layanan. Sistem informasi akuntansi rumah sakit harus didesain ulang untuk mendukung *cost accounting*, bukan hanya *financial accounting*.

Inflasi medis yang selalu lebih tinggi dari inflasi ekonomi umum juga mempengaruhi stabilitas *unit cost*. Kenaikan harga obat, reagen impor, dan tuntutan kenaikan gaji nakes setiap tahun menekan struktur biaya. Manajemen harus melakukan perhitungan ulang (*re-calculation*) *unit cost* secara berkala, minimal setahun sekali. Data *unit cost* tahun 2020 tidak lagi relevan digunakan di tahun 2025. Keterlambatan dalam memperbarui data biaya akan menyebabkan kesalahan dalam penetapan strategi tarif dan kerjasama.

Analisis *unit cost* juga krusial untuk negosiasi tarif dengan asuransi swasta atau perusahaan rekanan. Rumah sakit tidak bisa hanya menyodorkan daftar tarif tanpa justifikasi. Dengan menyajikan data *unit cost* yang transparan (tentu ditambah margin keuntungan yang wajar), posisi tawar rumah sakit menjadi lebih kuat dan profesional. Ini menghindari kesan "memeras" dan membangun kepercayaan mitra bisnis.

Konsep *Cost Recovery Rate* (CRR) menjadi indikator kesehatan finansial unit. CRR mengukur seberapa besar pendapatan tarif menutupi biaya produksi. Jika  $CRR < 100\%$ , berarti unit tersebut merugi (disubsidi). Dalam rumah sakit pemerintah (BLUD), beberapa unit mungkin memang didesain untuk merugi demi misi sosial (misal: Kelas 3), namun subsidi silang ini harus terukur. Jangan sampai unit yang seharusnya profit (misal: VIP atau Paviliun) ternyata juga memiliki  $CRR < 100\%$  karena inefisiensi, yang akhirnya membebani keuangan daerah atau yayasan.

Peran teknologi informasi (SIMRS) dalam analisis biaya tidak bisa ditawar. Menghitung *unit cost* secara manual dengan *spreadsheet* di rumah sakit tipe B atau A adalah pekerjaan yang hampir mustahil dan rentan kesalahan manusia (*human error*). Integrasi data logistik, penggajian, dan aset ke dalam modul

*costing* di SIMRS memungkinkan perhitungan *unit cost* secara *real-time* atau setidaknya bulanan. Investasi pada *software* akuntansi biaya adalah investasi strategis.

Aspek perilaku biaya (*cost behavior*) juga dibahas dalam pendahuluan ini. Manajemen harus bisa membedakan mana biaya yang bisa dikendalikan (*controllable cost*) dan mana yang tidak bisa dikendalikan (*uncontrollable cost*) oleh manajer unit. Kepala Ruangan bisa mengendalikan penggunaan kassa dan handscoon, tapi tidak bisa mengendalikan biaya penyusutan gedung. Analisis biaya yang adil harus fokus pada biaya yang terkendali dalam menilai kinerja manajer unit.

Konsep *Opportunity Cost* juga relevan. Ketika rumah sakit memutuskan untuk mengalokasikan ruang untuk poli kosmetik, ada biaya peluang dari ruang tersebut yang tidak digunakan untuk poli lain. Analisis biaya harus memasukkan pertimbangan ekonomi ini agar alokasi sumber daya benar-benar produktif.

Transparansi *unit cost* juga menjadi tuntutan regulasi. Kementerian Kesehatan dan pemilik rumah sakit (Pemda/ Investor) menuntut transparansi efisiensi. Dalam penetapan tarif BLUD, misalnya, kepala daerah mensyaratkan naskah akademik yang berisi perhitungan *unit cost*. Ini untuk menjamin bahwa tarif yang dibebankan kepada masyarakat adalah tarif yang wajar dan berbasis perhitungan yang akuntabel.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa tujuan akhir analisis *unit cost* bukanlah sekadar efisiensi mekanistik, melainkan keberlanjutan misi (*mission sustainability*). "No Margin, No Mission." Tanpa mengetahui biaya satuan, rumah sakit tidak bisa mengelola margin. Tanpa margin, rumah sakit tidak bisa meremajakan alat, tidak bisa menyekolahkan staf, dan pada akhirnya tidak bisa melayani pasien dengan mutu terbaik. Analisis biaya adalah cara rumah sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidupnya sendiri.

## B. Konsep Dasar dan Klasifikasi Biaya Rumah Sakit

Memahami anatomi biaya adalah langkah pertama dalam analisis *unit cost*. Biaya di rumah sakit tidaklah homogen. Klasifikasi yang tepat sangat menentukan akurasi perhitungan. Klasifikasi pertama dan terpenting adalah berdasarkan perilaku biaya terhadap volume produksi: **Biaya Tetap (*Fixed Cost*)** dan **Biaya Variabel (*Variable Cost*)**.

1. *Biaya Tetap* adalah biaya yang tidak berubah meskipun jumlah pasien naik atau turun. Contoh: Gaji pokok karyawan, biaya penyusutan gedung, biaya abonemen listrik, biaya sewa lahan. Di rumah sakit, proporsi biaya tetap sangat dominan (bisa mencapai 60-70%). Implikasinya, rumah sakit memiliki risiko operasi tinggi; jika pasien sepi, biaya ini tetap harus keluar, menyebabkan kerugian masif.
2. *Biaya Variabel* adalah biaya yang berubah proporsional dengan jumlah pasien. Contoh: Obat-obatan, bahan medis habis pakai (sputum, infus, kassa), makanan pasien, jasa medis dokter (jika sistemnya bagi hasil murni per pasien). Biaya ini lebih mudah dikendalikan. Jika tidak ada pasien, biaya ini nol.
3. *Biaya Semi-Variabel* adalah campuran keduanya. Contoh: Biaya listrik (ada abonemen tetap, tapi ada pemakaian ekstra jika alat medis banyak dipakai), biaya lembur pegawai. Dalam analisis *unit cost*, biaya semi-variabel ini biasanya dipisahkan menjadi komponen tetap dan variabel.

Klasifikasi kedua adalah berdasarkan hubungannya dengan objek biaya: **Biaya Langsung (*Direct Cost*)** dan **Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*)**.

1. *Biaya Langsung* adalah biaya yang dapat ditelusuri secara langsung ke unit layanan atau pasien. Contoh: Obat yang diresepkan untuk Tuan A, gaji perawat yang bekerja khusus di ICU.
2. *Biaya Tidak Langsung (*Overhead*)* adalah biaya yang digunakan bersama-sama oleh banyak unit dan sulit ditelusuri

ke satu pasien tertentu. Contoh: Gaji Direktur, biaya kebersihan lobi utama, biaya satpam, biaya taman, biaya bagian keuangan. Tantangan terbesar akuntansi biaya RS adalah bagaimana membagi biaya *overhead* ini secara adil ke setiap unit pelayanan. Kesalahan alokasi overhead membuat *unit cost* menjadi bias (*under-costing* atau *over-costing*).

Klasifikasi ketiga adalah berdasarkan fungsi: **Biaya Investasi** dan **Biaya Operasional & Pemeliharaan (OM)**.

1. *Biaya Investasi* terkait dengan pengadaan aset jangka panjang (gedung, alat medis berat). Dalam perhitungan *unit cost*, biaya ini dikonversi menjadi Biaya Penyusutan (*Depreciation Cost*) tahunan. Seringkali RS Pemerintah mengabaikan biaya penyusutan ini karena aset dibeli oleh APBD/APBN. Namun, untuk menghitung *Real Unit Cost*, penyusutan wajib dihitung agar manajemen tahu biaya sesungguhnya untuk mengganti alat tersebut di masa depan (*replacement cost*).
2. *Biaya Operasional* adalah biaya sehari-hari untuk menjalankan fungsi rumah sakit.

Pemahaman tentang **Pusat Biaya (Cost Center)** juga krusial. Rumah sakit dibagi menjadi unit-unit pusat biaya. Ada pusat biaya produksi (*Revenue Producing Cost Center*) seperti Poliklinik, Rawat Inap, OK, Lab, Radiologi. Ada juga pusat biaya penunjang (*Non-Revenue Producing Cost Center*) seperti Bagian Administrasi, Laundry, Gizi (dapur), IPSRS (pemeliharaan), CSSD (sterilisasi). Biaya dari pusat penunjang harus didistribusikan ke pusat produksi untuk mendapatkan total biaya layanan.



Gambar 14. Klasifikasi Biaya Rumah Sakit

Pentingnya membedakan **Biaya Akuntansi (*Accounting Cost*)** dan **Biaya Ekonomi (*Economic Cost*)**. Biaya akuntansi hanya mencatat pengeluaran uang riil (kuitansi). Biaya ekonomi mencakup *Opportunity Cost* dan subsidi barang. Contoh: Jika tanah rumah sakit adalah hibah pemerintah, secara akuntansi biayanya nol. Tapi secara ekonomi, tanah itu punya nilai sewa jika digunakan untuk mal. Analisis *unit cost* yang komprehensif idealnya mempertimbangkan aspek ekonomi, terutama untuk pengambilan keputusan investasi strategis.

Klasifikasi biaya juga penting untuk strategi efisiensi. Manajemen harus fokus pada "Biaya yang Dapat Dikendalikan"

(*Controllable Cost*). Misalnya, menekan Kepala IGD untuk menurunkan biaya penyusutan gedung IGD adalah tidak masuk akal. Tapi menekan Kepala IGD untuk menghemat penggunaan listrik dan bahan habis pakai adalah tepat. Sistem akuntansi pertanggungjawaban (*responsibility accounting*) menggunakan klasifikasi ini untuk menilai kinerja manajer unit.

Terakhir, konsep **Total Cost of Ownership (TCO)** pada alat medis. Saat membeli CT-Scan, biayanya bukan hanya harga beli alat. Ada biaya instalasi, biaya pelatihan staf, biaya listrik tinggi, biaya *maintenance contract*, dan biaya pembuangan limbah radiasi. Analisis biaya harus mencakup TCO ini agar *unit cost* pemeriksaan CT-Scan tidak dihitung terlalu rendah. Banyak rumah sakit rugi karena menetapkan tarif hanya berdasarkan harga beli alat, melupakan biaya operasional alat yang mahal.

### **C. Metode Tradisional vs. Activity Based Costing.**

Metode alokasi biaya sangat menentukan akurasi *unit cost*. Secara umum, ada dua pendekatan utama yang digunakan di rumah sakit: Metode Tradisional dan Metode *Activity Based Costing* (ABC).

**Metode Tradisional (Konvensional)** biasanya menggunakan pendekatan *step-down* atau *double distribution*. Prinsipnya adalah mendistribusikan biaya dari unit penunjang (Laundry, Dapur, Kantor) ke unit produksi (Rawat Inap, OK).

1. Langkah 1: Alokasi biaya langsung masing-masing unit.
2. Langkah 2: Distribusi biaya unit penunjang ke unit penunjang lain dan ke unit produksi berdasarkan dasar alokasi sederhana (misal: luas lantai, jumlah pegawai).
3. Kelemahan fatal metode ini adalah asumsi yang terlalu menyederhanakan. Misalnya, biaya bagian keuangan dialokasikan ke unit lain berdasarkan jumlah pegawai. Padahal, unit ICU mungkin punya banyak pegawai tapi transaksi keuangannya sedikit dibanding Farmasi. Akibatnya, ICU terbebani biaya *overhead* yang terlalu besar (*subsidi*

*silang yang salah*). Metode ini sering menyebabkan distorsi biaya (*cost distortion*), di mana layanan bervolume tinggi tapi sederhana terlihat mahal, dan layanan bervolume rendah tapi kompleks terlihat murah.

**Metode Activity Based Costing (ABC)** hadir sebagai solusi atas kelemahan metode tradisional. ABC memandang bahwa "Biaya disebabkan oleh Aktivitas, dan Aktivitaslah yang mengonsumsi Sumber Daya." ABC tidak membebankan biaya langsung ke unit, tapi ke aktivitas.

1. Langkah 1: Identifikasi aktivitas. Di Radiologi, aktivitasnya bukan sekadar "foto rontgen," tapi: pendaftaran pasien, persiapan pasien, pengambilan foto, pembacaan hasil, pencetakan film, pengarsipan.
2. Langkah 2: Identifikasi *Cost Driver* (Pemicu Biaya) untuk setiap aktivitas. Pemicu biaya aktivitas "pendaftaran" adalah jumlah pasien. Pemicu biaya "pembacaan hasil" adalah durasi waktu dokter spesialis membaca.
3. Langkah 3: Hitung tarif per aktivitas dan bebaskan ke produk layanan berdasarkan konsumsi aktivitasnya.

Keunggulan ABC adalah presisi. ABC bisa menunjukkan bahwa biaya pasien Stroke jauh lebih mahal daripada pasien Diare di kelas rawat yang sama, bukan hanya karena obatnya, tapi karena aktivitas keperawatannya (suction, alih baring, monitoring ketat) jauh lebih intensif. Metode tradisional menyamaratakan biaya "jasa perawat" per hari rawat, sehingga menyembunyikan fakta ini. Dengan ABC, manajemen tahu persis *profitability* per jenis diagnosis, bukan hanya per bangsal.

ABC membantu menghilangkan aktivitas yang tidak bernilai tambah (*Non-Value Added Activities*). Saat memetakan aktivitas, tim sering menemukan aktivitas yang boros, misal: "Mencari status rekam medis yang hilang." Ini memakan biaya gaji pegawai tapi tidak memberi nilai ke pasien. ABC menyoroti "biaya

pemborosan" ini agar bisa dieliminasi. Ini sejalan dengan prinsip *Lean Management*.

Namun, implementasi ABC memiliki tantangan berat: Biaya implementasinya mahal dan rumit. Mengidentifikasi ribuan aktivitas dan mencatat pemicu biayanya membutuhkan sistem IT yang canggih dan disiplin staf yang tinggi. Banyak rumah sakit mencoba ABC lalu berhenti karena *data overload*. Solusi tengahnya adalah *Time-Driven ABC* (TDABC) yang lebih sederhana, menggunakan estimasi waktu sebagai pemicu biaya utama.

Perbandingan dampak strategis. Jika RS menggunakan metode tradisional, mereka mungkin mengira layanan Poliklinik Gigi untung besar (karena *overhead* direksi dialokasikan sedikit). Jika menggunakan ABC, ternyata Poli Gigi rugi karena aktivitas sterilisasi alat-alat gigi sangat mahal dan sering. Keputusan manajemen akan berbeda total tergantung metode yang dipakai. Di era persaingan ketat, kesalahan metode hitung bisa berakibat salah strategi harga.

Metode *Double Distribution* masih banyak dipakai di RS Pemerintah karena diwajibkan oleh regulasi tarif daerah tertentu yang belum *update* ke ABC. Namun, untuk keperluan manajerial internal (*internal decision making*), disarankan menggunakan simulasi ABC atau setidaknya metode tradisional yang dimodifikasi dengan dasar alokasi yang lebih relevan (misal: alokasi biaya laundry berdasarkan berat cucian, bukan jumlah pegawai).

Kesimpulannya, "*There is no exact cost, only relevant cost.*" Metode tradisional mungkin "cukup baik" lebih untuk pelaporan eksternal, tapi ABC jauh superior untuk kendali biaya dan penetapan strategi efisiensi. Rumah sakit yang ingin melakukan efisiensi presisi harus mulai beralih ke pola pikir berbasis aktivitas.

## D. Langkah-Langkah Perhitungan Unit Cost (Real Cost)

Menghitung *unit cost* membutuhkan kedisiplinan dan tahapan yang sistematis. Berikut adalah langkah-langkah praktis perhitungan *unit cost* yang lazim dilakukan di rumah sakit:

1. **Pengumpulan Data Biaya dan Data Kinerja:** Langkah awal adalah mengumpulkan data total pengeluaran rumah sakit dalam satu periode (biasanya 1 tahun). Data ini diambil dari Laporan Realisasi Anggaran atau Laporan Laba Rugi. Data harus detail per kode rekening (Gaji, Obat, Listrik, ATK, dll). Bersamaan dengan itu, kumpulkan data kinerja/output: jumlah kunjungan poli, jumlah hari rawat inap, jumlah pemeriksaan lab, jumlah operasi, jumlah resep, jumlah kg cucian, jumlah porsi makan. Validitas data ini sangat krusial ("Garbage in, Garbage out").
2. **Identifikasi dan Klasifikasi Unit Kerja (Pusat Biaya):** Petakan seluruh unit kerja di rumah sakit. Kelompokkan menjadi:
  - Unit Produksi Utama (Rawat Jalan, Rawat Inap).
  - Unit Produksi Penunjang (Lab, Radiologi, OK, Farmasi).
  - Unit Penunjang Umum/Overhead (Direktorat, Keuangan, HRD, IPSRS, Laundry, Gizi, CSSD). Setiap unit harus jelas batas fisik dan tanggung jawabnya.
3. **Alokasi Biaya Langsung (*Direct Cost Allocation*):** Bebaskan biaya yang sudah jelas penggunaannya ke masing-masing unit. Gaji perawat IGD masuk ke biaya IGD. Pembelian reagen masuk ke biaya Lab. Biaya makan pasien masuk ke biaya Gizi. Biaya obat dan BHP didistribusikan sesuai pemakaian unit. Tahap ini menghasilkan "Biaya Asli" masing-masing unit sebelum ditambahi beban *overhead*.
4. **Alokasi Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost Allocation / Step-down*):** Ini tahap tersulit. Distribusikan biaya dari Unit Penunjang Umum ke Unit Produksi.

- Biaya Unit Bangunan/IPSRs didistribusikan berdasarkan luas lantai (m<sup>2</sup>).
  - Biaya Unit Laundry didistribusikan berdasarkan berat cucian (kg).
  - Biaya Unit Gizi didistribusikan berdasarkan jumlah porsi makan.
  - Biaya Unit Administrasi/Direksi didistribusikan berdasarkan jumlah pegawai atau total biaya unit lain. Proses ini dilakukan bertahap (step-down) mulai dari unit penunjang yang paling sedikit menerima layanan dari unit lain. Setelah tahap ini, biaya di unit penunjang menjadi nol (habis terbagi), dan biaya di unit produksi menjadi membengkak (Biaya Asli + Biaya Alokasi).
5. **Perhitungan Total Cost per Unit Produksi:** Setelah alokasi selesai, kita mendapatkan Total Biaya untuk Unit Rawat Jalan, Total Biaya Unit Rawat Inap, Total Biaya Unit Lab, dst. Total biaya ini mencakup seluruh komponen input yang dikonsumsi untuk menjalankan unit tersebut.
6. Perhitungan *Unit Cost* (Biaya Satuan): Rumus dasarnya sederhana:  $Unit\ Cost = Total\ Cost / Total\ Output$ .
- $Unit\ Cost\ Rawat\ Jalan = Total\ Biaya\ Poli / Jumlah\ Kunjungan$ .
  - $Unit\ Cost\ Rawat\ Inap = Total\ Biaya\ Bangsal / Jumlah\ Hari\ Rawat$ .
  - $Unit\ Cost\ Operasi = Total\ Biaya\ OK / Jumlah\ Jam\ Operasi$  (atau per kasus). Hasilnya adalah biaya rata-rata (*average cost*).
7. **Analisis Sensitivitas dan Koreksi:** Hasil hitungan awal seringkali mengandung anomali. Misal, *unit cost* Poli Mata terlalu tinggi. Cek kembali data input: apakah ada kesalahan memasukkan harga alat? Apakah *output* kunjungan Poli Mata terlalu rendah tahun itu? Lakukan pembersihan data. Pisahkan juga biaya obat dan BHP medis jika ingin

menghitung *Unit Cost* Jasa Pelayanan saja (tanpa obat), karena obat biasanya dibebankan terpisah (*billable item*).

8. **Perhitungan Unit Cost Aktual (Actual Cost) vs Normatif (Normative Cost):**

- *Actual Cost*: Dihitung berdasarkan pengeluaran riil (apa adanya). Ini mencerminkan kondisi inefisiensi saat ini.
- *Normative Cost*: Dihitung berdasarkan standar (seharusnya). Jika kapasitas alat lab adalah 100 sampel/hari tapi realisasinya hanya 20 sampel/hari, *Actual Cost* akan sangat mahal. *Normative Cost* menghitung biaya seolah-olah alat bekerja optimal (misal 80 sampel). *Normative Cost* digunakan untuk menetapkan tarif agar tidak membebankan inefisiensi RS kepada pasien.

9. **Dokumentasi dan Pelaporan:** Hasil perhitungan dituangkan dalam Buku Laporan Unit Cost. Laporan ini menyajikan *Cost per Service*, komposisi biaya (berapa % gaji, berapa % BHP), dan rekomendasi efisiensi. Laporan ini menjadi dasar kebijakan tarif dan anggaran tahun depan.

Penting untuk dicatat bahwa perhitungan ini adalah proses iteratif. Semakin sering dilakukan, semakin halus dan akurat datanya. Penggunaan *template* Excel yang terstandar atau modul *costing* di SIMRS sangat membantu konsistensi metode.

**E. Analisis Break Even Point (BEP) dan Cost Recovery Rate (CRR)**

Setelah *unit cost* ditemukan, langkah strategis berikutnya adalah analisis titik impas atau *Break Even Point* (BEP). BEP menjawab pertanyaan krusial: "Berapa jumlah pasien minimal yang harus dilayani agar rumah sakit tidak rugi?" Rumus dasar BEP Unit (Jumlah Pasien) = **Biaya Tetap Total / (Tarif per Pasien - Biaya Variabel per Pasien)**. Margin antara Tarif dan Biaya

Variabel disebut *Contribution Margin*. Margin inilah yang digunakan untuk menutup biaya tetap.

Analisis BEP sangat vital untuk keputusan investasi alat. Contoh: Manajemen ingin membeli alat MRI seharga 15 Miliar. Biaya operasional variabel (listrik, film) per pasien adalah 500 ribu. Tarif yang direncanakan 2 juta. BEP-nya adalah jumlah pasien yang harus diperiksa untuk menutup 15 Miliar + biaya tetap operasional. Jika hasil hitungan BEP adalah 20 pasien/hari, padahal potensi pasar hanya 5 pasien/hari, maka investasi tersebut dipastikan merugi. Tanpa analisis BEP, rumah sakit sering terjebak membeli alat canggih yang menjadi "monumen" kerugian.

BEP juga digunakan untuk target kinerja. Jika BEP Rawat Jalan adalah 200 kunjungan/hari, maka target pemasaran dan kinerja tim harus diarahkan untuk mencapai angka tersebut. Beroperasi di bawah titik BEP berarti rumah sakit sedang memakan modalnya sendiri (*bleeding*). Beroperasi di atas titik BEP adalah area profit. Semakin jauh di atas BEP, semakin besar profit margin karena biaya tetap sudah tertutup, dan pendapatan tambahan hampir murni menjadi laba.

*Cost Recovery Rate* (CRR) adalah rasio antara Pendapatan (Revenue) dengan Biaya (Cost).  **$CRR = (\text{Total Pendapatan} / \text{Total Biaya}) \times 100\%$** .

- CRR = 100%: Titik impas (BEP).
- CRR > 100%: Surplus/Laba.
- CRR < 100%: Defisit/Rugi.
- Manajemen harus memetakan CRR per unit pelayanan.
- **Unit dengan CRR > 100% (Sapi Perah/Cash Cow):** Biasanya Radiologi, Laboratorium, Farmasi, Medical Check Up. Unit ini menyumbang laba untuk mensubsidi unit lain. Strateginya: Jaga volume, pertahankan mutu alat, efisiensi jangan sampai menurunkan kualitas.

- **Unit dengan CRR < 100% (Pusat Rugi/Cost Center):** Biasanya Rawat Inap Kelas 3, Poli Gizi, kadang IGD. Kerugian bisa disebabkan karena tarif yang diatur pemerintah (terlalu rendah) atau inefisiensi internal. Strateginya: Lakukan kendali biaya ketat (efisiensi BHP), atau jika memungkinkan lakukan penyesuaian tarif, atau terima sebagai misi sosial dengan subsidi silang yang sadar.

Analisis CRR juga membantu keputusan *Make or Buy* (Buat atau Beli/Outsource). Jika CRR unit Laundry hanya 60% (biaya operasional laundry sendiri jauh lebih mahal daripada pendapatan/alokasi biayanya), dan jika di-outsource ke pihak ketiga biayanya bisa lebih murah dengan kualitas sama, maka keputusan rasionalnya adalah menutup unit laundry dan melakukan outsourcing. CRR memandu keputusan strategis restrukturisasi layanan.

Hubungan BEP/CRR dengan JKN. Karena tarif JKN bersifat *fixed* (tidak bisa dinaikkan semau RS), satu-satunya cara memperbaiki BEP dan CRR adalah dengan menekan Biaya Tetap (efisiensi SDM/Gedung) dan Biaya Variabel (efisiensi Obat/BHP). Dalam sistem JKN, BEP dicapai dengan volume tinggi (*High Volume, Low Margin*).

## F. Strategi Kendali Biaya Berbasis Analisis Varians Biaya

Analisis Varians Biaya (*Cost Variance Analysis*) adalah teknik pengendalian biaya dengan membandingkan Biaya Standar (*Standard Cost/ Anggaran*) dengan Biaya Aktual (*Actual Cost*). Varians adalah selisih antara rencana dan realisasi. **Varians Total = Biaya Aktual - Biaya Standar**. Jika hasilnya Positif (Aktual > Standar), berarti *Unfavorable* (Merugikan/Boros). Jika hasilnya Negatif (Aktual < Standar), berarti *Favorable* (Menguntungkan/Hemat).

Namun, mengetahui total varians saja tidak cukup. Manajemen perlu memecahnya menjadi dua komponen

utama: **Varians Harga (*Price Variance*)** dan **Varians Kuantitas/ Efisiensi (*Quantity/Efficiency Variance*)**.

- *Varians Harga*: Terjadi karena perbedaan harga beli input. Contoh: Anggaran harga obat Amoxicillin Rp 500, ternyata realisasi beli Rp 600. Penyebab: Kenaikan harga pasar, kegagalan negosiasi vendor, atau beli mendadak (*cito*). Solusi: Perbaiki kontrak pengadaan, *e-purchasing*, negosiasi ulang volume discount.
- *Varians Kuantitas*: Terjadi karena perbedaan jumlah input yang dipakai. Contoh: Standar pemakaian kassa untuk operasi adalah 5 pak, ternyata realisasi pakai 8 pak. Penyebab: Teknik operasi dokter yang boros, ada komplikasi, atau pencurian/kehilangan stok. Solusi: Audit klinis, perketat SPO, monitoring stok.

Strategi kendali biaya berbasis varians menuntut adanya Standar Biaya (*Standard Costing*) yang ditetapkan di awal tahun. Tanpa standar, kita tidak bisa menghitung varians. *Clinical Pathway* yang sudah dihitung biayanya (Bab 7) adalah sumber data Standar Biaya per diagnosis. Jika biaya aktual pasien DBD rata-rata 3 juta, padahal standar CP 2 juta, maka ada varians 1 juta yang harus ditelusuri.

Tindak lanjut varians harus spesifik.

- Jika varians disebabkan oleh inefisiensi internal (pemborosan listrik, air, ATK), lakukan gerakan penghematan (*cost cutting*).
- Jika varians disebabkan oleh faktor eksternal (kenaikan Tarif Dasar Listrik, kenaikan UMP), maka strategi tarif harus ditinjau ulang atau lakukan efisiensi di pos lain untuk kompensasi.
- Jika varians bersifat sementara (musiman), mungkin tidak perlu tindakan drastis.

Manajemen varians obat dan BHP adalah prioritas. Obat dan BHP menyumbang varians terbesar di rumah sakit. Penerapan

formularium ketat dan audit kepatuhan farmas adalah strategi menekan varians ini. Jika dokter meresepkan obat paten (mahal) padahal ada generik (murah) di standar, ini menciptakan *Price Variance* yang besar yang harus ditegur oleh Komite Farmasi Terapi.

Varians Tenaga Kerja (*Labor Variance*). Sering terjadi karena lembur yang tidak terkendali. Anggaran gaji standar untuk jam kerja normal, tapi realisasinya bengkak karena banyak lembur. Analisis varians akan menunjukkan apakah lembur ini karena beban kerja memang tinggi (perlu tambah staf) atau karena produktivitas rendah di jam kerja normal (staf malas). Solusinya bisa berupa pengaturan ulang shift atau penambahan tenaga.

*Continuous Improvement*. Analisis varians harus dilakukan bulanan. Jangan menunggu akhir tahun. Jika varians terdeteksi di bulan Januari, segera lakukan koreksi di Februari. Akumulasi varians kecil setiap bulan akan menjadi kerugian raksasa di akhir tahun jika dibiarkan. Dashboard kinerja keuangan harus menampilkan lampu merah/kuning/hijau untuk varians setiap unit pusat biaya.

Kesimpulannya, analisis *unit cost* dan varians biaya mengubah manajemen rumah sakit dari "sekadar menjalankan rutinitas" menjadi "mengelola bisnis secara ilmiah." Ini adalah transisi dari manajemen reaktif ke manajemen prediktif dan strategis.

## **G. Referensi Bab 8**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Baker, J. J., & Baker, R. W. (2015). *Health Care Finance: Basic Tools for Nonfinancial Managers*. Jones & Bartlett Learning. (Edisi terjemahan/adaptasi).

- Bastian, I. (2019). *Akuntansi Kesehatan*. Jakarta: Salemba Empat.
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2018). *Essentials of Health Care Finance*. Jones & Bartlett Learning.
- Finkler, S. A., et al. (2016). *Financial Management for Nurse Managers and Executives*. Elsevier.
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management*. Health Administration Press.
- Hansen, D. R., & Mowen, M. M. (2019). *Akuntansi Manajerial* (Edisi 8, Buku 1 & 2). Jakarta: Salemba Empat. (Adaptasi Indonesia).
- Hery. (2017). *Teori Akuntansi dan Konsep Penerapannya*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI. (Sangat Relevan untuk Unit Cost RS).
- Jusup, A. H. (2015). *Dasar-Dasar Akuntansi Jilid 2*. Yogyakarta: STIE YKPN.
- Kemendes RI. (2016). *Pedoman Akuntansi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemendes.
- Kemendes RI. (2020). *Pedoman Penyusunan Tarif Rumah Sakit*. Jakarta: Kemendes.
- Laksono, T. (2018). *Fragmentasi dan Integrasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mulyadi. (2016). *Akuntansi Manajemen: Konsep, Manfaat dan Rekayasa*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mulyadi. (2017). *Sistem Akuntansi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Nowicki, M. (2017). *Introduction to the Financial Management of Healthcare Organizations*. Health Administration Press.

- Nugraheni, S. W. (2018). *Akuntansi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Penner, S. J. (2017). *Economics and Financial Management for Nurses and Nurse Leaders*. Springer Publishing Company.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rudianto. (2018). *Akuntansi Manajemen: Informasi untuk Pengambilan Keputusan Strategis*. Jakarta: Erlangga.
- Sabarguna, B. S. (2015). *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Clinical Pathway dan Manajemen Biaya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Salman, K. R. (2016). *Akuntansi Biaya: Pendekatan Product Costing*. Jakarta: Indeks.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan: Konsep dan Analisis Biaya*. Jakarta: Rajawali Pers. (Sangat Relevan).
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

Zelman, W. N., et al. (2015). *Financial Management of Health Care Organizations*. Jossey-Bass.

**Regulasi:**

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Mengatur standar biaya dan tarif BLUD).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Pasal 49-51 tentang Pembiayaan).

Standar Akuntansi Keuangan (PSAK) No. 45 tentang Pelaporan Keuangan Entitas Nirlaba (Relevan untuk RS Yayasan/Publik).



# BAB IX

## SISTEM PEMBAYARAN INA-CBGS DAN STRATEGI KODING



### A. Pendahuluan

Perubahan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan dari sistem retrospektif (*Fee for Service*) menjadi sistem prospektif (*Prospective Payment System*) melalui INA-CBGS (*Indonesian Case Base Groups*) merupakan revolusi finansial terbesar dalam sejarah perumahsakit di Indonesia. Sebelum era JKN, rumah sakit terbiasa dengan logika linear: semakin banyak tindakan medis, semakin banyak obat yang diberikan, dan semakin lama pasien dirawat, maka pendapatan rumah sakit akan semakin besar. Tagihan disusun berdasarkan rincian biaya aktual (*billing itemized*). Namun, sistem INA-CBGS membalik logika tersebut secara radikal. Dalam sistem ini, pembayaran dilakukan berdasarkan pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki kemiripan klinis dan kemiripan pemakaian sumber daya. Rumah sakit menerima pembayaran "paket" yang nilainya sudah ditetapkan di awal, terlepas dari berapapun biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit untuk merawat pasien tersebut.

Filosofi dasar INA-CBGS adalah efisiensi dan keadilan (*equity*). Sistem ini dirancang untuk mendorong penyedia layanan kesehatan agar melakukan kendali biaya tanpa mengurangi mutu medis. Tarif INA-CBGS dihitung berdasarkan data biaya (*costing*) dari sampel rumah sakit representatif di seluruh Indonesia, yang

kemudian dirata-ratakan. Artinya, tarif ini merepresentasikan "biaya rata-rata" untuk menangani suatu penyakit secara wajar. Jika sebuah rumah sakit menghabiskan biaya jauh di atas rata-rata nasional untuk kasus yang sama, maka rumah sakit tersebut dianggap inefisien dan harus menanggung kerugiannya (defisit). Sebaliknya, jika rumah sakit mampu merawat dengan biaya di bawah tarif paket tanpa mengurangi standar medis, maka selisihnya menjadi surplus atau "laba" bagi rumah sakit.

Mekanisme ini menempatkan Koding Klinis (*Clinical Coding*) sebagai ujung tombak pendapatan rumah sakit. Koding adalah proses penerjemahan diagnosis penyakit dan tindakan medis dari bahasa dokter (terminologi medis) menjadi kode alfanumerik standar internasional (ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur). Akurasi koding menjadi sangat krusial karena kode inilah yang "dibaca" oleh *software grouper* untuk menentukan besaran tarif yang akan dibayar. Kesalahan satu digit kode saja bisa mengubah kelompok tarif secara signifikan, yang berpotensi merugikan rumah sakit jutaan hingga puluhan juta rupiah per kasus, atau sebaliknya, menyebabkan klaim dianggap curang (*fraud*).

Sistem INA-CBGs mengenal konsep tingkat keparahan (*Severity Level*). Setiap kelompok kasus dibagi menjadi tiga level: Level I (Ringan/Tanpa Komplikasi), Level II (Sedang), dan Level III (Berat/Kompleks). Perbedaan level ini didasarkan pada adanya diagnosis sekunder (komorbiditas dan komplikasi). Strategi koding yang cerdas berfokus pada penegakan diagnosis sekunder ini secara lengkap. Seringkali, rumah sakit merugi bukan karena tarifnya murah, tetapi karena dokter lupa menuliskan diagnosis penyakit penyerta (misalnya Diabetes atau Hipertensi) di resume medis, sehingga pasien yang seharusnya masuk Level III hanya terbayar di Level I. Fenomena *under-coding* ini adalah bentuk "sedekah paksa" rumah sakit akibat ketidakrapian administrasi.

Peran Koder (*Coder*) di rumah sakit pun bergeser dari sekadar tenaga administrasi rekam medis menjadi tenaga strategis

finansial. Koder harus memiliki kompetensi anatomi, fisiologi, terminologi medis, dan aturan koding (*coding rules*) yang mendalam. Mereka harus mampu berdialog dengan dokter untuk mengklarifikasi diagnosis yang ambigu. Dalam struktur organisasi rumah sakit modern, unit Casemix seringkali ditempatkan langsung di bawah Direktur atau Wakil Direktur Keuangan karena dampak signifikannya terhadap arus kas (*cash flow*).

Sistem INA-CBGs juga sangat bergantung pada kualitas dokumentasi medis. Prinsip "*Write what you do, do what you write*" dan "*No documentation, no code, no payment*" berlaku mutlak. Klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan harus didukung oleh bukti otentik di rekam medis. Jika di resume medis tertulis "Pneumonia Berat" tapi di hasil rontgen tidak ada infiltrat dan di catatan terintegrasi tidak ada keluhan sesak, maka verifikator BPJS berhak menolak klaim tersebut atau menurunkannya (*down-coding*). Konsistensi antara Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, Penunjang, Diagnosis, dan Terapi adalah kunci lolos verifikasi.

Isu sengketa klaim (*dispute claim*) menjadi dinamika sehari-hari. Perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS mengenai aturan koding sering terjadi. Misalnya, apakah kondisi "Anemia" pada pasien Gagal Ginjal Kronis boleh dikoding terpisah sebagai diagnosis sekunder atau sudah dianggap bagian integral dari penyakit utamanya? Pemahaman mendalam tentang Berita Acara Kesepakatan (BAK) dan aturan koding nasional mutlak diperlukan untuk memenangkan argumen dalam sengketa ini secara elegan dan berbasis regulasi.

Teknologi *Grouper* INA-CBGs terus berkembang. Perubahan versi *Grouper* (misal dari versi 4.0 ke 5.0 dan seterusnya) seringkali membawa perubahan algoritma pengelompokan dan besaran tarif. Manajemen rumah sakit harus adaptif dan cepat mempelajari dampak perubahan versi ini terhadap proyeksi pendapatan. Simulasi dampak (*impact analysis*) harus dilakukan setiap kali ada pembaruan *Grouper* agar strategi efisiensi bisa disesuaikan segera.

Transparansi dan Etika Koding juga menjadi sorotan. Tekanan untuk meningkatkan pendapatan tidak boleh mendorong praktik *Upcoding* (memanipulasi kode menjadi lebih mahal yang tidak sesuai kondisi pasien) atau *Phantom Billing* (mengklaim tindakan yang tidak dilakukan). Ini adalah tindakan kriminal *fraud* yang dapat berujung pada sanksi hukum dan pemutusan kontrak kerja sama. Strategi koding yang diajarkan dalam bab ini adalah optimalisasi klaim yang legal dan etis (*ethical optimization*), yaitu mengklaim apa yang memang menjadi hak rumah sakit berdasarkan pelayanan yang senyatanya diberikan.

Selain tarif paket, INA-CBGs juga mengenal pembayaran tambahan (*Top Up Payment* atau *Special CMG*) untuk kasus-kasus tertentu, prosedur tertentu, obat kronis, dan subakut. Manajemen harus jeli memastikan bahwa item-item yang bisa di-*top up* ini terklaim dengan benar. Seringkali rumah sakit kehilangan potensi pendapatan karena ketidaktahuan petugas bahwa obat kemoterapi tertentu atau alat proteza tertentu bisa diklaim terpisah di luar paket.

Hubungan antara *Clinical Pathway* (Bab 7) dan INA-CBGs sangat erat. CP memastikan proses klinis berjalan efisien, sementara koding INA-CBGs memastikan proses tersebut terbayar layak. Keduanya harus berjalan seiring. CP membantu dokter mendokumentasikan diagnosis dengan lengkap, yang kemudian memudahkan koder menentukan kode yang tepat. Sinergi antara Komite Medis dan Tim Casemix adalah kunci keberhasilan implementasi sistem ini.

Kendali mutu dalam INA-CBGs dijaga agar tidak terjadi *under-treatment* (pengurangan layanan demi hemat). Sistem pemantauan mutu melalui *utilization review* dan audit medis mencegah rumah sakit memulangkan pasien terlalu cepat (*premature discharge*) atau menolak pasien berat (*patient dumping*). Rumah sakit yang melakukan praktik kotor ini akan terdeteksi oleh data klaim dan mendapat sanksi.

Tantangan di rumah sakit pendidikan lebih kompleks karena variasi kasus yang tinggi dan keterlibatan peserta didik dalam penulisan rekam medis. Supervisi DPJP terhadap catatan medis yang dibuat residen/koas sangat penting agar tidak terjadi kesalahan diagnosis yang merugikan klaim.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa penguasaan terhadap sistem INA-CBGs bukan hanya tugas bagian keuangan atau koder, melainkan kompetensi wajib bagi seluruh dokter dan manajemen. Dokter yang "buta koding" akan menjadi beban bagi rumah sakit, sementara dokter yang "melek koding" adalah aset berharga yang menjamin keberlangsungan pelayanan.

## **B. Konsep dan Mekanisme Kerja Grouper INA-CBGs**

Sistem INA-CBGs bekerja menggunakan perangkat lunak yang disebut *Grouper*. *Grouper* adalah "kotak hitam" algoritma yang memproses data input menjadi output berupa kode CBG dan tarif. Pemahaman tentang logika *Grouper* sangat penting agar manajemen tidak merasa "dizolimi" oleh sistem, melainkan bisa memprediksi hasilnya. Proses *grouping* dimulai dari data input yang terdiri dari variabel utama: Diagnosis Utama, Diagnosis Sekunder (Komorbid/Komplikasi), Prosedur/Tindakan, Umur, Jenis Kelamin, Berat Badan (untuk bayi <28 hari), dan Kondisi Pulang (hidup/meninggal/rujuk).

Langkah pertama *Grouper* adalah memvalidasi data input. Jika ada data yang tidak logis (misalnya diagnosis "Kanker Prostat" tapi jenis kelamin "Perempuan"), sistem akan menolak atau *error*. Setelah validasi, *Grouper* akan menentukan *Major Diagnostic Category* (MDC). Ada 23 MDC yang merepresentasikan sistem organ tubuh, misal MDC 04 untuk Penyakit Sistem Pernapasan, MDC 05 untuk Sistem Sirkulasi. Penentuan MDC ini mutlak didasarkan pada Diagnosis Utama. Salah menentukan Diagnosis Utama berarti salah masuk kamar MDC, yang berakibat fatal pada tarif.

Setelah masuk ke MDC, sistem memilah apakah kasus tersebut *Surgical* (Bedah) atau *Medical* (Non-Bedah). Pemilahan ini didasarkan pada ada tidaknya kode prosedur (ICD-9-CM) yang signifikan di kamar operasi. Secara umum, tarif paket Bedah jauh lebih tinggi daripada paket Medis. Oleh karena itu, jika pasien memang menjalani operasi, koding prosedurnya harus akurat agar sistem membacanya sebagai kasus Bedah. Jika kode operasi tidak dimasukkan, kasus tersebut akan terlempar ke kelompok Medis dengan tarif rendah.

Tahap selanjutnya adalah penentuan tipe kasus spesifik atau *Case Base Groups* (CBGs). Misalnya dalam MDC Pernapasan, kasus dikelompokkan lagi menjadi Pneumonia, PPOK, TB Paru, dll. Di sinilah spesifisitas diagnosis bermain peran. Diagnosis "Pneumonia Bacterial" mungkin memiliki bobot berbeda dengan "Pneumonia Viral." Grouper membaca kode ICD-10 sampai digit terakhir (karakter ke-4 atau ke-5) untuk menentukan presisi kelompok ini.

Langkah terakhir dan paling krusial adalah penentuan *Severity Level* (Tingkat Keparahan). Grouper akan memindai seluruh Diagnosis Sekunder yang diinput. Algoritma akan menilai apakah diagnosis sekunder tersebut berkontribusi signifikan terhadap peningkatan penggunaan sumber daya.

- **Level I (Ringan):** Tidak ada komplikasi atau komorbid yang signifikan.
- **Level II (Sedang):** Ada komplikasi/komorbid sedang yang membutuhkan terapi tambahan.
- **Level III (Berat):** Ada komplikasi/komorbid berat yang sangat menguras sumber daya (misal: Sepsis, Gagal Ginjal Akut, Gagal Napas). Rumah sakit harus berjuang agar kasus-kasus kompleks yang memang layak, terdeteksi masuk ke Level III.

Tarif akhir dihitung dengan rumus: **Tarif = Hospital Base Rate x Cost Weight (Bobot).**

- *Hospital Base Rate* (HBR) adalah nilai rupiah dasar yang ditetapkan pemerintah berdasarkan klasifikasi rumah sakit (Kelas A, B, C, D) dan regional wilayah. HBR bersifat tetap.
- *Cost Weight* (CW) adalah bobot relatif yang mencerminkan konsumsi sumber daya. Semakin berat penyakit (Level III), semakin tinggi CW-nya. Karena HBR tetap, satu-satunya cara menaikkan tarif secara legal adalah memastikan CW setinggi mungkin sesuai kondisi riil pasien melalui koding diagnosis sekunder yang lengkap.

Sistem INA-CBGs juga memiliki logika *Unbundling*. Tidak semua tindakan bisa diklaim terpisah. Sebagian besar tindakan (lab, rontgen, obat) sudah *bundled* (terbungkus) dalam paket. Namun, ada *Special CMG* (Special Casemix Main Groups) yang bisa diklaim *top-up*, seperti obat kemoterapi, radioterapi, obat kronis tertentu, dan prosedur canggih (misal PCI/Pasang Ring Jantung). Petugas Casemix harus hafal daftar *Special CMG* ini agar tidak terjadi *lost revenue*.

Grouper juga bisa menghasilkan kode Q (*Questionable*) atau E (*Error*). Kode ini muncul jika kombinasi diagnosis dan tindakan tidak lazim secara medis. Klaim dengan kode ini pasti ditolak atau dipending. Manajemen harus memiliki sistem *pre-verifikasi* internal untuk mendeteksi kode Q sebelum dikirim ke server BPJS.

Penting dipahami bahwa Grouper adalah mesin logika, bukan mesin perasaan. Ia tidak tahu bahwa pasien itu "kasihan" atau "dirawat lama." Ia hanya tahu kode. Jika pasien dirawat 30 hari tapi kodingnya hanya "Demam Tifoid" tanpa komplikasi, Grouper akan membayar tarif Tifoid ringan (mungkin hanya cukup untuk biaya 4 hari). Inilah kejamnya sistem jika dokumentasi buruk.

Mekanisme *Grouping* ini menuntut sinergi antara Dokter (input data medis) dan Koder (input data kode). Keduanya harus paham "bahasa Grouper." Dokter harus menulis diagnosis yang spesifik yang memiliki dampak pada *Severity Level*. Koder harus

jeli menangkap semua diagnosis yang tertulis dan menerjemahkannya dengan akurat.

### C. Peran Vital Koding Klinis (ICD-10 dan ICD-9-CM)

Koding klinis adalah "jembatan bahasa" antara pelayanan medis dan pembayaran. Di Indonesia, standar yang digunakan adalah ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*) untuk diagnosis, dan ICD-9-CM (*Clinical Modification*) untuk prosedur/tindakan. Penguasaan terhadap kedua "kitab suci" koder ini adalah kompetensi teknis yang tidak bisa ditawar.

ICD-10 disusun berdasarkan hierarki: Bab, Blok, Kategori (3 karakter), dan Subkategori (4-5 karakter). Prinsip utama koding adalah **Spesifisitas**. Kode 3 karakter seringkali tidak cukup. Contoh: Diagnosis "Stroke" (I64) adalah kode yang tidak spesifik (*Not Specified*). BPJS dan Grouper lebih menghargai kode yang spesifik, misal "Stroke Infark akibat Trombosis Arteri Serebral" (I63.3). Semakin spesifik kodenya, semakin akurat bobot biayanya. Dokter seringkali malas menulis spesifik, menulis hanya "Gagal Jantung." Padahal "Gagal Jantung Kongestif" (I50.0) dan "Gagal Jantung Kiri" (I50.1) bisa memiliki implikasi berbeda.

Aturan MB (*Morbidity Coding Rules*) dalam ICD-10 Volume 2 harus dipatuhi. Salah satu aturan terpenting adalah penentuan **Diagnosis Utama** (*Principal Diagnosis*). Definisi Diagnosis Utama adalah "kondisi yang didiagnosis pada akhir episode asuhan, yang terutama bertanggung jawab menyebabkan pasien masuk rumah sakit untuk mendapatkan perawatan." Seringkali pasien masuk dengan keluhan A, tapi ternyata penyakit utamanya B. Jika dokter salah menetapkan Diagnosis Utama (misal menetapkan Gejala sebagai Diagnosis Utama), tarif akan jatuh. Contoh: Pasien masuk sesak napas, didiagnosis Pneumonia. Diagnosis Utama harus "Pneumonia," bukan "Dyspnoea" (Sesak).

**Diagnosis Sekunder** meliputi Komorbiditas (penyakit yang sudah ada sebelum masuk RS, misal Hipertensi) dan Komplikasi

(penyakit yang muncul selama perawatan, misal Infeksi Luka Operasi). Keduanya berfungsi menaikkan *Severity Level*. Namun, tidak semua diagnosis sekunder menaikkan tarif. Hanya diagnosis yang signifikan yang diakui. Koder harus paham mana diagnosis sekunder yang relevan untuk diinput.

ICD-9-CM untuk prosedur juga memiliki aturan ketat. Prosedur bedah (operasi) memiliki bobot sangat besar. Koder harus bisa membedakan antara tindakan "Eksisi," "Reseksi," "Biopsi," dan "Debridement." Salah kode tindakan bisa mengubah paket dari Bedah ke Medis atau sebaliknya. Contoh: Perawatan luka biasa vs *Debridement* di kamar operasi (excisional debridement). Jika hanya dikoding ganti perban, tarifnya kecil. Jika memenuhi syarat dikoding *excisional debridement* (86.22), tarifnya naik signifikan karena masuk paket bedah ringan.

Fenomena "*Garbage In, Garbage Out.*" jika dokter menulis diagnosis dengan tulisan cakar ayam atau singkatan yang tidak standar (misal: "ISK" bisa Infeksi Saluran Kemih, bisa Infeksi Saluran Kemerluan?) koder akan bingung. Koder yang ragu mungkin memilih kode yang salah atau kode "*Unspecified.*" Akibatnya, data yang masuk ke Grouper adalah "sampah," dan output tarifnya pun "sampah" (tidak sesuai). Standarisasi singkatan medis di rumah sakit adalah wajib hukumnya.

Peran *Coder* sebagai Auditor Internal. Koder yang baik tidak hanya pasif menyalin tulisan dokter. Mereka harus kritis. Jika dokter menulis diagnosis "Sepsis" tapi hasil lab leukosit normal dan tidak ada kultur darah, koder harus berani melakukan konfirmasi (*query*) ke dokter. "Dok, apakah kriteria Sepsis terpenuhi? Karena bukti pendukungnya kurang." Kritisnya koder menyelamatkan rumah sakit dari tuduhan *fraud* di kemudian hari saat audit pasca-bayar.

Pelatihan dan Sertifikasi Koder. Mengingat vitalnya peran ini, rumah sakit harus menginvestasikan anggaran untuk pelatihan koder secara berkala. Aturan koding sering diperbarui melalui edaran BPJS atau Kemenkes. Koder harus selalu *update*. Sertifikasi

kompetensi (seperti PORMIKI) menjadi standar kualifikasi. Jangan menyerahkan tugas koding kepada staf yang tidak terlatih hanya karena alasan hemat gaji. Kerugian akibat salah koding jauh lebih besar dari gaji koder profesional.

Audit Koding Berkala. Komite Rekam Medis harus melakukan audit koding (coding audit) rutin. Ambil sampel 10% berkas klaim, cek akurasi. Berapa persen ketepatan kode diagnosis utama? Berapa persen ketepatan kode tindakan? Hasil audit menjadi bahan evaluasi kinerja koder dan bahan edukasi ke dokter.

Buku Tarif INA-CBGs. Manajemen dan koder harus memegang Buku Tarif. Meskipun tarif dihitung software, kita perlu tahu "peta"-nya. Kita perlu tahu bahwa kode A50-A60 masuk ke grup tarif berapa. Pengetahuan ini membantu dalam menyusun strategi efisiensi biaya (Bab 8). Jika kita tahu tarif paket "Diare Ringan" hanya 2 juta, maka *Clinical Pathway* harus didesain agar biayanya di bawah 2 juta.

#### **D. Kelengkapan Resume Medis sebagai "Mata Uang" Klaim**

Dalam sistem JKN, Resume Medis (*Discharge Summary*) adalah dokumen paling berharga. Ia adalah "cek" yang akan dicairkan menjadi uang. Verifikator BPJS tidak membaca seluruh tebalnya rekam medis pasien (kecuali saat audit mendalam); mereka terutama membaca Resume Medis. Jika sebuah diagnosis tidak tertulis di Resume Medis, maka diagnosis itu dianggap **tidak ada**, meskipun mungkin tertulis di catatan harian perawat atau hasil lab.

Resume medis yang lengkap dan berkualitas harus memuat:

1. **Alasan Masuk Rawat:** Keluhan utama yang membawa pasien ke RS.
2. **Temuan Penting:** Ringkasan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang relevan.
3. **Hasil Penunjang:** Angka-angka abnormal yang mendukung

diagnosis (misal: Hb 6 pada diagnosis Anemia).

4. **Diagnosis Utama:** Harus satu, spesifik, dan sesuai kriteria ICD-10.
5. **Diagnosis Sekunder:** Daftar semua penyakit penyerta dan komplikasi.
6. **Tindakan/Prosedur:** Rincian operasi atau tindakan medis lain.
7. **Terapi Pulang:** Obat-obatan yang diberikan.
8. **Kondisi Saat Pulang:** Sembuh, perbaikan, atau lainnya.

Tanggung jawab penulisan resume medis ada di tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Seringkali dokter menyerahkan penulisan ini ke dokter jaga atau koas, lalu hanya tanda tangan tanpa membaca. Ini praktik berbahaya. Kesalahan penulisan diagnosis oleh dokter junior yang tidak diverifikasi DPJP adalah penyebab utama *dispute* klaim. DPJP harus sadar bahwa tanda tangannya di resume medis adalah otorisasi tagihan.

Masalah klasik: Tulisan tidak terbaca. Di era rekam medis manual, tulisan dokter yang jelek adalah bencana bagi koder. Koder menebak-nebak tulisan, dan sering salah. Solusi mutlak adalah beralih ke *E-Medical Record* (RME) di mana resume medis diketik komputer. Ini menghilangkan ambiguitas tulisan tangan dan mempercepat proses klaim.

Kelengkapan bukti pendukung. Diagnosis yang ditulis di resume medis harus "berbunyi" di lembar lain. Jika menulis diagnosis "Gagal Ginjal Kronis," harus ada lampiran hasil Ureum/Kreatinin. Jika menulis "Patah Tulang," harus ada bacaan rontgen. Verifikator BPJS bekerja dengan prinsip pembuktian. Resume medis adalah klaim, lembar penunjang adalah buktinya. Ketidaksinkronan antara resume dan bukti pendukung menyebabkan klaim dipending.

Kedisiplinan waktu pengisian. Resume medis harus selesai segera setelah pasien pulang (idealnya < 24 jam). Keterlambatan pengisian resume medis menyebabkan keterlambatan pengajuan

klaim. Jika resume baru diisi 2 minggu setelah pulang, arus kas rumah sakit terganggu. Manajemen harus menerapkan aturan tegas: "Resume medis belum lengkap, jasa medis dokter tidak dibayarkan."

Diagnosis Sekunder yang sering terlewat. Dokter sering fokus pada penyakit akut yang diobati, melupakan penyakit kronis yang menyertainya. Contoh: Pasien dirawat karena Demam Berdarah. Pasien juga punya Hipertensi dan Diabetes yang rutin minum obat. Dokter hanya menulis diagnosis "DBD." Akibatnya tarif Level I. Padahal jika dokter menulis "DBD + Hipertensi + Diabetes," tarif bisa naik ke Level II. Resume medis harus memotret kondisi pasien secara holistik.

Kesesuaian dengan Laporan Operasi. Untuk kasus bedah, resume medis harus sinkron dengan Laporan Operasi. Nama tindakan di resume harus sama dengan yang didetailkan di laporan operasi. Koder akan mengkode berdasarkan laporan operasi yang lebih detail, tapi resume medis menjadi ringkasannya. Perbedaan terminologi antara kedua dokumen ini sering membingungkan verifikator.

Audit Kelengkapan Resume Medis (KLPCM). Unit Rekam Medis harus melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif. Berapa persen resume yang tidak lengkap? Berapa persen yang diagnosis utamanya salah? Data ini menjadi rapor kinerja dokter.

## **E. Strategi Koding yang Etis dan Optimalisasi Klaim**

Optimalisasi klaim (*coding optimization*) berbeda dengan kecurangan (*fraud*). Optimalisasi adalah upaya memaksimalkan klaim agar sesuai dengan kondisi riil pasien dan aturan yang berlaku, memastikan rumah sakit dibayar layak. Sementara *fraud* adalah manipulasi data yang tidak sesuai fakta. Strategi koding yang cerdas harus selalu berada dalam koridor etika dan regulasi.

Strategi 1: **Review Mendalam Berkas Rekam Medis (*Chart Review*)**. Koder jangan hanya melihat halaman muka. Telusuri

CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi). Seringkali diagnosis tambahan tersembunyi di catatan asuhan gizi (misal: Malnutrisi/Cachexia) atau catatan keperawatan (misal: Luka Dekubitus). Diagnosis Malnutrisi atau Dekubitus adalah diagnosis sekunder yang menaikkan *Severity Level*. Koder berhak mengangkat diagnosis ini ke resume medis setelah dikonfirmasi (di-ACC) oleh dokter.

Strategi 2: **Spesifisitas Diagnosis Kronis**. Penyakit kronis seperti Gagal Ginjal, Gagal Jantung, dan Diabetes memiliki tingkatan.

- Jangan hanya tulis CKD (*Chronic Kidney Disease*), tapi tulis stadiumnya (misal: CKD Stage V). CKD Stage V punya bobot lebih tinggi dari CKD unspecified.
- Jangan hanya tulis Diabetes, tapi tulis komplikasinya (misal: Diabetes dengan Neuropati).
- Jangan hanya tulis Anemia, tapi tulis jenisnya (misal: Anemia Aplastik atau Anemia Defisiensi Besi). Spesifisitas meningkatkan bobot CW.

Strategi 3: **Menangkap Komorbiditas Geriatri**. Pada pasien lansia, seringkali fungsi tubuh menurun (Hiponatremia, Hipokalemia, Dehidrasi). Kondisi ketidakseimbangan elektrolit ini jika ditata laksana (dikoreksi dengan infus/obat), layak menjadi diagnosis sekunder. Seringkali dokter menganggap ini "biasa" pada lansia dan lupa menuliskannya. Padahal Hiponatremia/Hipokalemia bisa menaikkan level keparahan.

Strategi 4: **Koding Prosedur Penunjang yang Signifikan**. Beberapa prosedur non-bedah bisa menambah bobot. Contoh: Transfusi darah, pemasangan Ventilator, pemasangan CVC (*Central Venous Catheter*). Pastikan prosedur-prosedur ini terkoding. Ventilator yang terpasang > 96 jam memiliki kode dan tarif berbeda dengan yang < 96 jam. Ketelitian menghitung jam pemakaian ventilator sangat penting di ICU.

Strategi 5: **Konfirmasi Diagnosis "Suspek" atau "Obs" saat Pulang.** Aturan ICD-10 rawat inap membolehkan mengkode diagnosis "Suspek/Observasi" sebagai diagnosis utama jika sampai pulang belum tegak diagnosis pasti. Namun, tarif diagnosis pasti biasanya lebih baik. Koder harus bertanya ke dokter: "Dok, pasien ini pulang apakah diagnosisnya masih suspek tifoid atau sudah tegak tifoid?" Jika hasil Widal/Tubex positif, ubah menjadi diagnosis pasti.

Strategi 6: **Memahami Aturan "Rule of Thumb" Grouper.** Ada kombinasi diagnosis tertentu yang "saling mematikan" atau "digabung." Koder senior biasanya paham pola ini. Misalnya, diagnosis Hipertensi dan Gagal Jantung seringkali di-*bundle* menjadi satu kode kombinasi (I11.0 - Hypertensive Heart Disease with Heart Failure). Memahami bagaimana Grouper menggabungkan kode membantu dokter menulis diagnosis yang lebih tepat sasaran.

Strategi 7: **Pencegahan Fragmentasi yang Tidak Perlu.** Jangan memecah pelayanan menjadi beberapa episode (rawat jalan berulang-ulang) hanya untuk mengejar tarif, jika sebenarnya bisa diselesaikan dalam satu kali kunjungan (*one stop service*). Fragmentasi berlebihan akan terdeteksi sebagai inefisiensi atau potensi *fraud* oleh algoritma anti-fraud BPJS.

Strategi 8: **Rapat Tinjauan Manajemen Klaim.** Setiap bulan, tim Casemix harus mempresentasikan "Kasus-kasus yang turun level." Analisis kenapa kasus tersebut turun dari Level III ke Level I saat verifikasi. Apakah karena bukti kurang? Atau salah koding? Belajar dari kegagalan klaim bulan lalu adalah strategi terbaik untuk bulan depan.

Pentingnya Integritas. Batas antara optimalisasi dan *upcoding* sangat tipis.

- Optimalisasi: Pasien memang Gagal Napas, didukung hasil AGD (Analisa Gas Darah) buruk, dokter menulis "Gagal Napas," koder menginput kode Gagal Napas. (Legal & Etis).

- Upcoding: Pasien hanya sesak biasa, hasil AGD normal, dokter "dipaksa" menulis Gagal Napas agar tarif naik. (Illegal & Fraud). Manajemen rumah sakit harus tegas melarang *upcoding*. Risiko tertangkap dan disuruh mengembalikan uang (*refund*) plus denda jauh lebih merugikan daripada keuntungan sesaat.

## F. Manajemen Sengketa Klaim dan Pencegahan *Fraud*

Sengketa klaim (*dispute*) adalah keniscayaan dalam sistem INA-CBGs. Perbedaan interpretasi klinis dan aturan koding antara RS dan BPJS sering terjadi. Manajemen sengketa yang profesional adalah kunci menjaga *cash flow*. Klaim yang dipending atau *dispute* adalah uang yang tertahan. Jika jumlahnya miliaran, operasional RS bisa lumpuh.

Mekanisme penyelesaian sengketa diatur berjenjang.

1. **Diskusi Internal:** Koder dan Verifikator BPJS berdiskusi di RS. Koder harus membawa dasar hukum (Buku ICD, Berita Acara Kesepakatan Profesi). Jika sepakat, klaim dibayar atau direvisi.
2. **Eskalasi ke TKMKB Cabang/Divre:** Jika buntu (*deadlock*), masalah dibawa ke Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat cabang/divisi.
3. **Eskalasi ke TKMKB Pusat:** Jika masih buntu, dibawa ke tingkat nasional. Keputusan di sini bersifat final. Rumah sakit harus memiliki tim negosiator yang tangguh, menguasai regulasi medis dan koding, serta tidak emosional. Seringkali RS kalah sengketa hanya karena tidak bisa menunjukkan referensi medis yang mendukung argumennya.

Penyebab umum pending/dispute:

- **Administrasi:** Kartu tidak aktif, rujukan salah, SEP tidak sesuai.
- **Medis:** Indikasi rawat inap tidak kuat (seharusnya bisa rawat jalan), indikasi Sesar tidak jelas, kriteria diagnosis sekunder tidak terpenuhi.

- **Koding:** Perbedaan penentuan Diagnosis Utama, perbedaan kode tindakan.

Pencegahan *Fraud*JKN (Permenkes No 16 Tahun 2019). Pemerintah sangat serius memerangi kecurangan. *Fraud* bisa dilakukan oleh peserta, petugas BPJS, penyedia obat, dan faskes (RS). Bentuk *fraud*RS antara lain:

- *Phantom Billing:* Mengklaim pasien fiktif.
- *Upcoding:* Memanipulasi kode menjadi lebih mahal.
- *Unbundling/Fragmentasi:* Memecah satu paket layanan menjadi beberapa klaim.
- *Readmission:* Memulangkan pasien lalu merawatnya kembali dalam waktu singkat seolah-olah kasus baru.
- *Standard of Care violation:* Mengurangi mutu layanan (obat/tindakan) demi keuntungan sisa paket.



Gambar 15. Manajemen Sengketa Klaim dan Pencegahan Fraud BPJS Kesehatan

Rumah sakit wajib membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN (Tim Anti-Fraud Internal). Tugasnya melakukan audit internal secara rutin sebelum klaim dikirim ke BPJS. Tim ini mendeteksi anomali data. Misal: "Kenapa angka Seksio Sesarea kita 80%?"

Apakah semua indikasi medis?" Jika Tim Internal menemukan potensi *fraud*, segera koreksi sebelum jadi temuan auditor eksternal (BPKP/KPK).

Sistem *Whistleblowing*. Manajemen harus membuka saluran pelaporan bagi staf yang melihat praktik kecurangan. Perlindungan terhadap pelapor harus dijamin. Budaya integritas harus ditanamkan dari pucuk pimpinan. "Kita cari untung dengan cara halal dan profesional, bukan dengan mengakali sistem."

Audit Pasca-Klaim (*Post-Audit*). BPJS berhak melakukan audit ulang terhadap klaim yang sudah dibayar (hingga 5 tahun ke belakang). Jika ditemukan kesalahan bayar, BPJS akan menarik kembali dananya (*clawback*). Rumah sakit harus mencadangkan dana risiko (*risk provision*) di neraca keuangan untuk mengantisipasi pengembalian dana ini agar tidak mengguncang likuiditas saat terjadi.

Digitalisasi untuk Transparansi. Penggunaan sistem V-Claim yang terintegrasi SIMRS mengurangi intervensi manusia dan potensi *fraud*. Data yang dikirim adalah data asli dari sistem pelayanan, bukan data rekaan. Jejak digital (*audit trail*) di RME memudahkan pembuktian jika terjadi sengketa hukum.

Kesimpulannya, dalam sistem INA-CBGs, penguasaan teknis koding, kedisiplinan dokumentasi medis, dan integritas anti-fraud adalah tiga pilar utama. Rumah sakit yang menguasai ketiganya akan menikmati arus kas yang lancar dan margin yang sehat. Sebaliknya, rumah sakit yang abai akan terus berkutut dengan pending klaim dan risiko hukum.

## **G. Referensi Bab 9**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.

- Agustina, R., et al. (2019). *Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*. Jakarta: UI Press.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bower, A. (2017). *Medical Coding: Understanding ICD-10-CM and ICD-10-PCS*. Cengage Learning. (Referensi teknis koding).
- Casto, A. B., & Layman, E. (2017). *Principles of Healthcare Reimbursement*. AHIMA Press.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ernawaty, et al. (2019). *Analisis Fraud Layanan Kesehatan di Era JKN*. Surabaya: Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Kemendes RI. (2016). *Buku Pegangan Sosialisasi JKN*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. (2016). *Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. (2019). *Petunjuk Teknis Pencegahan Kecurangan (Fraud) JKN*. Jakarta: Kemendes RI.
- Leon-Chisen, N. (2017). *ICD-10-CM and ICD-10-PCS Coding Handbook*. AHA Press.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.

- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nasution, S. K. (2021). *Hukum Kesehatan dan Jaminan Sosial*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Nugraheni, W. P. (2018). *Analisis Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: LIPI Press.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset. (Sangat Relevan).
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rusli, Z. (2015). *Hukum Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Clinical Pathway dan Manajemen Biaya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Simanjorang, A. (2021). *Manajemen Klaim BPJS Kesehatan*. Medan: USU Press.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tim Pencegahan Kecurangan JKN (KPK/Kemenkes). (2018). *Pedoman Pencegahan Korupsi JKN*. Jakarta: KPK.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan: Konsep dan Analisis Biaya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Geneva: WHO.

**Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG (Edisi sebelumnya, masih relevan sebagai sejarah dan komparasi).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Keputusan Menteri Kesehatan tentang Klasifikasi dan Kodifikasi Penyakit (Revisi ICD-10 tahunan).

# BAB X

## UTILIZATION REVIEW PELAYANAN



### A. Pendahuluan

*Utilization Review*(UR) atau Tinjauan Pemanfaatan adalah mekanisme pengawasan sistematis yang dirancang untuk mengevaluasi kewajaran (*appropriateness*), kebutuhan medis (*medical necessity*), dan efisiensi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Dalam sejarah manajemen kesehatan, konsep UR lahir di Amerika Serikat pada era *Managed Care* sebagai respon terhadap meroketnya biaya kesehatan akibat praktik *fee-for-service* yang tidak terkendali. Di Indonesia, urgensi penerapan UR semakin menemukan momentumnya seiring dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai pembayar tunggal, BPJS Kesehatan menerapkan mekanisme kendali utilitas yang ketat untuk menjaga keberlangsungan Dana Jaminan Sosial (DJS). Namun, rumah sakit tidak boleh hanya memandang UR sebagai "alat pemotong biaya" milik asuransi, melainkan harus mengadopsinya sebagai instrumen manajemen internal untuk menjaga keseimbangan antara mutu klinis dan kesehatan finansial korporasi.

Filosofi dasar UR berpijak pada prinsip bahwa "*More is not always Better.*" Memberikan layanan kesehatan yang berlebihan (*over-utilization*)—seperti pemeriksaan CT-Scan untuk sakit kepala ringan tanpa indikasi neurologis—bukan hanya pemborosan

biaya, tetapi juga mengekspos pasien pada risiko radiasi yang tidak perlu (masalah mutu dan keselamatan). Sebaliknya, memberikan layanan yang kurang (*under-utilization*) demi menghemat biaya—seperti tidak memberikan ventilator pada pasien gagal napas—adalah pelanggaran etika medis yang fatal. UR hadir di tengah-tengah untuk memastikan pelayanan berada pada titik optimal: tepat indikasi, tepat pasien, tepat waktu, dan tepat biaya.

Dalam konteks rumah sakit modern, UR berfungsi sebagai "katup pengaman" operasional. Tanpa UR, dokter cenderung mempraktikkan *Defensive Medicine* (memeriksa segala hal untuk menghindari tuntutan) atau *Revenue Driven Medicine* (memperbanyak tindakan untuk mengejar jasa medis). UR menantang setiap keputusan klinis dengan pertanyaan kritis: "Apakah tindakan ini benar-benar diperlukan untuk kesembuhan pasien?" "Apakah ada alternatif yang lebih efisien dengan efikasi yang sama?" dan "Apakah layanan ini harus dilakukan di rawat inap atau bisa di rawat jalan?" Pertanyaan-pertanyaan ini memaksa klinisi untuk berpikir rasional dan berbasis bukti (*Evidence Based Medicine*).

Implementasi UR di rumah sakit mencakup tiga dimensi waktu: Prospektif (sebelum layanan diberikan), Konkuren (selama layanan berlangsung), dan Retrospektif (setelah layanan selesai). Dimensi prospektif berfokus pada seleksi pasien di pintu gerbang (IGD/Poli), memastikan hanya pasien yang memenuhi kriteria rawat inap yang diadmisi. Dimensi konkuren berfokus pada pemantauan hari rawat (*Length of Stay*) dan penggunaan sumber daya harian. Dimensi retrospektif berfokus pada audit rekam medis dan klaim untuk mencari pola inefisiensi guna perbaikan sistem di masa depan. Ketiga dimensi ini harus berjalan simultan.

Peran data dalam UR sangatlah vital. UR tidak bisa dijalankan hanya dengan asumsi atau perasaan. Manajemen harus memiliki data profil penggunaan obat, data rata-rata pemeriksaan lab per diagnosis, dan data lama rawat per dokter. Di era digital, sistem

*Electronic Health Record* (EHR) yang canggih dapat melakukan *Auto-UR*. Sistem akan memberikan peringatan (*flagging*) jika dokter meresepkan antibiotik lini ketiga tanpa didahului hasil kultur resistensi, atau jika dokter memesan pemeriksaan MRI yang tidak sesuai dengan diagnosis kerja. Teknologi mengubah UR dari audit manual yang melelahkan menjadi sistem kendali otomatis yang cerdas.

Resistensi dari staf medis (*Medical Staff Resistance*) adalah tantangan klasik dalam penerapan UR. Dokter sering merasa otonomi klinisnya diganggu oleh manajemen atau pihak asuransi. Mereka berargumen bahwa "Setiap pasien unik, tidak bisa disamakan." UR sering dituduh sebagai upaya "*rationing*" atau pembatasan layanan yang tidak etis. Untuk mengatasi ini, pendekatan UR harus bersifat kolegial (*peer-review*). Yang melakukan *review* sebaiknya adalah sesama dokter atau Case Manager yang kompeten, bukan tenaga administrasi murni, agar diskusi berjalan dalam bahasa klinis yang setara.

UR juga erat kaitannya dengan pencegahan *Fraud* dan *Abuse*. Pola utilitas yang menyimpang seringkali merupakan indikator adanya kecurangan. Jika data menunjukkan bahwa 90% persalinan di sebuah rumah sakit dilakukan dengan Seksio Sesarea (padahal standar WHO 15-20%), maka UR akan menyalakan lampu merah. Apakah ini indikasi medis murni atau indikasi sosial/ekonomi? UR bertugas menginvestigasi anomali statistik semacam ini untuk mencegah rumah sakit terjerat masalah hukum akibat klaim yang tidak wajar.

Dalam ekosistem JKN, UR internal rumah sakit harus bersinergi dengan UR eksternal dari BPJS Kesehatan. Seringkali terjadi gesekan ketika UR BPJS menolak menjamin suatu tindakan yang menurut dokter RS perlu. Di sinilah peran Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) sebagai mediator independen. Rumah sakit harus memiliki protokol UR yang selaras dengan panduan BPJS agar tidak terjadi sengketa klaim yang berlarut-larut.

Kepatuhan terhadap Formularium Nasional dan Restriksi Obat adalah bagian dari kepatuhan UR.

Aspek efisiensi alokatif menjadi tujuan makro UR. Sumber daya rumah sakit (tempat tidur, perawat, alat operasi) terbatas. Jika tempat tidur diisi oleh pasien yang sebenarnya bisa dirawat jalan (*social admission*), maka pasien gawat darurat yang benar-benar butuh rawat inap tidak bisa masuk (*access block*). UR memastikan bahwa sumber daya langka tersebut dialokasikan kepada mereka yang paling membutuhkan secara medis (*distributive justice*).

UR juga menyorot penggunaan fasilitas penunjang seperti Laboratorium dan Radiologi. Fenomena "Paket Rutin" (misal: setiap pasien masuk wajib cek darah lengkap, ureum, kreatinin, gula darah, rontgen thorax) seringkali menjadi target pembenahan UR. Apakah pasien muda yang masuk karena patah tulang jari perlu cek fungsi ginjal? Jika tidak, maka pemeriksaan itu harus dipangkas. UR mendorong pemeriksaan *by indication*, bukan *by routine*.

Peran Manajer Pelayanan Pasien (*Case Manager*) sebagai agen UR di lapangan sangat strategis. Mereka memantau perkembangan pasien hari demi hari. Jika kondisi pasien sudah stabil tapi dokter belum memulangkan, Case Manager akan mengingatkan dokter. Fungsi *discharge planning* yang efektif adalah bagian dari mekanisme UR untuk mengendalikan lama hari rawat dan mencegah rawat ulang (*readmission*).

UR Obat (*Drug Utilization Review- DUR*) adalah sub-komponen UR yang sangat penting mengingat porsi biaya obat yang besar. DUR memantau kerasionalan persepsan, interaksi obat, duplikasi terapi, dan kepatuhan terhadap formularium. Penggunaan antibiotik yang berlebihan tidak hanya boros biaya tapi juga memicu resistensi kuman. DUR bekerja sama dengan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPRO) untuk menjaga mutu dan biaya farmasi.

Transparansi hasil UR. Laporan UR harus disampaikan secara berkala kepada Komite Medik dan Direksi. Profil dokter (*Physician Profiling*) yang menyajikan data perbandingan utilitas antar dokter sangat efektif untuk mengubah perilaku. Dokter A yang menggunakan biaya rata-rata 5 juta untuk kasus Tifoid akan merasa malu jika melihat data Dokter B hanya 3 juta dengan kesembuhan sama. Kompetisi sehat berbasis data UR ini mendorong efisiensi alamiah.

Aspek legalitas UR. Keputusan UR untuk menghentikan penjaminan atau memulangkan pasien memiliki implikasi hukum. Rumah sakit harus memastikan bahwa kriteria UR yang digunakan (misalnya kriteria InterQual atau Milliman, atau pedoman nasional) adalah referensi yang valid dan diakui. Dokumentasi alasan penghentian layanan harus kuat di rekam medis untuk menghadapi potensi gugatan pasien.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa *Utilization Review* adalah manifestasi dari tanggung jawab sosial rumah sakit. Dengan mengendalikan pemanfaatan sumber daya, rumah sakit menjaga agar sistem kesehatan tetap terjangkau (*affordable*) bagi masyarakat luas dan tetap bertahan (*sustainable*) untuk melayani generasi mendatang.

## **B. Jenis dan Metode Utilization Review**

*Utilization Review* (UR) dilaksanakan dalam tiga tahapan waktu yang berbeda, masing-masing memiliki fokus dan mekanisme kontrol yang spesifik. **UR Prospektif** (*Prospective Review*) atau sering disebut *Pre-admission Review* dilakukan sebelum pelayanan diberikan atau sebelum pasien masuk rawat inap. Tujuannya adalah mencegah masuknya kasus yang tidak perlu (*unnecessary admission*). Dalam era JKN, ini tercermin pada sistem rujukan berjenjang dan triase IGD. Petugas triase dan dokter jaga melakukan filter: apakah pasien ini benar-benar gawat darurat atau bisa ditangani di poli? Apakah pasien rujukan ini benar-benar membutuhkan kompetensi RS Tipe B atau cukup di

Tipe C? Jika pasien yang indikasi medisnya lemah diloloskan masuk rawat inap, rumah sakit menanggung risiko klaim ditolak BPJS di kemudian hari.

Salah satu bentuk UR Prospektif yang paling umum adalah *Pre-authorization* atau persetujuan tindakan. Untuk tindakan-tindakan mahal atau elektif tertentu (seperti operasi plastik rekonstruksi, pemasangan ring jantung, atau pemberian obat kanker mahal), dokter harus mengajukan permohonan persetujuan dulu ke tim pengendali (internal RS atau asuransi). Tim akan menilai apakah kriteria medis terpenuhi. Jika tidak, tindakan ditolak atau ditunda sebelum biaya dikeluarkan. Ini adalah mekanisme pencegahan kerugian yang paling efektif karena biaya belum terjadi.



Gambar 16. Jenis dan Metode Utilization Review

**UR Konkuren (*Concurrent Review*)** dilakukan selama pasien sedang dalam perawatan. Fokus utamanya adalah pemantauan lama hari rawat (*Length of Stay*- LOS) dan penggunaan sumber daya harian. Kegiatan ini biasanya dilakukan oleh *Case Manager* atau MPP saat melakukan ronde keliling bangsal. Mereka membandingkan kondisi pasien saat ini dengan kriteria

pemulangan (*discharge criteria*). Jika pasien sudah memenuhi kriteria pulang (misal: bebas demam 24 jam, bisa makan oral, nyeri terkontrol), maka MPP akan mendorong DPJP untuk memulangkan pasien.

Dalam UR Konkuren, juga dilakukan *Continued Stay Review*. Jika pasien harus dirawat melebihi standar *Clinical Pathway* (misal standar 3 hari, sekarang hari ke-5), harus ada justifikasi medis yang jelas di rekam medis (misal: terjadi infeksi sekunder). Tanpa justifikasi, hari rawat tambahan tersebut dianggap inefisiensi. UR Konkuren juga memantau "tindakan yang tertunda." Contoh: Pasien menunggu operasi 3 hari hanya karena jadwal OK penuh atau dokter cuti. Penundaan ini adalah inefisiensi sistem yang harus segera diintervensi oleh manajemen saat itu juga (*real-time intervention*).

**UR Retrospektif** (*Retrospective Review*) dilakukan setelah pasien pulang dan pelayanan selesai. Ini adalah bentuk audit. Tim UR memeriksa rekam medis dan tagihan untuk melihat pola. Apakah ada pola dokter tertentu yang selalu merawat pasien lebih lama dari teman sejawatnya? Apakah ada pola penggunaan antibiotik mahal yang tidak sesuai panduan? Hasil UR Retrospektif tidak bisa menyelamatkan biaya pada kasus yang sudah terjadi, tetapi sangat berharga untuk perbaikan kebijakan dan sistem di masa depan.

Salah satu metode UR Retrospektif adalah *Claims Data Analysis*. Rumah sakit menganalisis data klaim yang ditolak (*denied claims*) oleh BPJS. Apa penyebab penolakannya? Jika mayoritas penolakan karena "tidak ada indikasi rawat inap," maka manajemen harus memperketat UR Prospektif di IGD. Jika penolakan karena "pemeriksaan penunjang berlebihan," maka manajemen harus memperketat UR Konkuren di unit penunjang. Siklus pembelajaran ini penting untuk mengurangi tingkat penolakan klaim (*denial rate*).

Perbandingan efektivitas ketiga metode. UR Prospektif memiliki dampak finansial terbesar karena mencegah biaya

terjadi. UR Konkuren paling efektif menjaga mutu proses dan kepuasan pasien (karena intervensi langsung). UR Retrospektif paling efektif untuk penilaian kinerja staf dan akuntabilitas. Rumah sakit yang ideal menerapkan ketiganya secara seimbang. Mengandalkan hanya satu jenis UR akan membuat sistem kendali pincang.

Alat bantu UR (*Review Criteria*). Untuk melakukan review yang objektif, diperlukan kriteria standar. Di dunia internasional dikenal kriteria *InterQual* atau *Milliman Care Guidelines* (MCG) yang merinci indikasi rawat inap dan rawat jalan berdasarkan tingkat keparahan penyakit (*Severity of Illness*) dan intensitas layanan (*Intensity of Service*). Di Indonesia, kriteria ini diadopsi ke dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) dan aturan BPJS. Penggunaan kriteria standar melindungi RS dari tuduhan subjektivitas saat menolak pasien atau memulangkan pasien.

UR yang berfokus pada masalah (*Focused Review*). Tidak mungkin me-review 100% kasus setiap hari. Tim UR biasanya melakukan *sampling* atau fokus pada area bermasalah. Contoh: Bulan ini fokus review kasus Bedah Sesar karena angkanya melonjak. Bulan depan fokus review kasus Demam Tifoid karena LOS-nya memanjang. Strategi fokus ini mengefisienkan kerja tim UR yang jumlahnya terbatas.

Keterlibatan PPA dalam UR. Perawat ruangan adalah mata dan telinga UR Konkuren. Mereka yang paling tahu kondisi pasien 24 jam. Perawat harus diberdayakan untuk melapor ke Case Manager jika melihat ada pasien yang sebenarnya sudah sehat tapi belum dipulangkan, atau pasien yang menunggu hasil lab terlalu lama. Budaya sadar utilitas harus ditanamkan ke seluruh PPA.

Tantangan UR Prospektif di IGD. Tekanan keluarga pasien yang panik dan ingin dirawat seringkali mengalahkan pertimbangan medis dokter jaga. "Dok, tolong dirawat saja, kami punya BPJS kok." Dokter jaga seringkali "kalah" dan merawat pasien non-emergensi. Solusinya adalah edukasi publik dan

dukungan manajemen kepada dokter jaga untuk berani menolak rawat inap yang tidak terindikasi (dengan memberikan alternatif rawat jalan yang baik).

Integrasi UR dengan *Discharge Planning*. Perencanaan pulang dimulai sejak pasien masuk (UR Prospektif/Konkuren). Mengidentifikasi kebutuhan pasien pasca rawat (apakah butuh *home care*? butuh alat bantu?) sejak awal akan mencegah penundaan kepulangan. Seringkali pasien medisnya sudah sembuh, tapi tertahan di RS 2 hari karena keluarga belum siap merawat di rumah. Ini adalah masalah sosial yang menjadi beban biaya RS jika tidak diantisipasi oleh UR.

Sistem *Peer Review*. Jika ada temuan UR yang menyudutkan dokter spesialis (misal: dianggap boros), yang berhak menegur dan mendiskusikannya adalah rekan sejawat dalam satu KSM atau Komite Medik. Pendekatan administratif (ditegur manajer keuangan) biasanya memicu konflik. Pendekatan *Peer Review* menjaga marwah profesional sambil tetap menegakkan disiplin efisiensi.

Pada akhirnya, kombinasi ketiga jenis UR ini membentuk jaring pengaman berlapis. Apa yang lolos dari Prospektif, ditangkap oleh Konkuren. Apa yang lolos dari Konkuren, dievaluasi oleh Retrospektif. Sistem berlapis ini meminimalkan kebocoran sumber daya.

### **C. Pengendalian Utilitas Obat dan Penunjang Medis (*Ancillary Services*)**

Biaya obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) serta pemeriksaan penunjang (Laboratorium dan Radiologi) seringkali mencapai 40-50% dari total biaya operasional rumah sakit. Di sinilah *Utilization Review* bekerja paling keras. Pengendalian utilitas obat dikenal sebagai *Drug Utilization Review* (DUR). DUR bertujuan memastikan pasien menerima obat yang tepat, dosis tepat, dan durasi tepat, dengan biaya yang paling efisien. Masalah utama yang dihadapi adalah polifarmasi (terlalu banyak obat),

penggunaan obat non-formularium, dan penggunaan antibiotik yang tidak rasional.

Antibiotik adalah target utama DUR. Resistensi antimikroba adalah ancaman global, dan biaya antibiotik spektrum luas (seperti *Meropenem*, *Vancomycin*) sangat mahal. UR menerapkan metode Gyssens untuk mengevaluasi kualitas penggunaan antibiotik. Apakah ada indikasi infeksi? Apakah pilihan antibiotiknya tepat? Apakah dosis dan durasinya sesuai? UR Konkuren memantau *Automatic Stop Order* (ASO), di mana sistem akan otomatis menghentikan order antibiotik setelah hari ke-3 atau ke-5 jika dokter tidak memperbarui instruksi. Dokter dipaksa untuk mengevaluasi ulang kebutuhan antibiotik, bukan sekadar *copy-paste* resep.

Pengendalian obat mahal dan restriksi. Obat-obatan kanker, albumin, dan faktor pembekuan darah memiliki dampak finansial besar. UR menerapkan protokol persetujuan khusus. Sebelum meresepkan Albumin, dokter harus melampirkan hasil lab Albumin < 2.5 g/dL (sesuai restriksi Fornas). Jika hasil lab 3.0 g/dL, sistem farmasi akan menolak resep tersebut secara otomatis. Mekanisme *gatekeeping* di instalasi farmasi ini adalah bentuk UR prospektif yang krusial untuk mencegah kerugian klaim JKN.

UR Laboratorium. Masalah umum adalah pemeriksaan berulang yang tidak perlu (*redundant tests*). Pasien yang baru dicek fungsi ginjalnya kemarin dan hasilnya normal, seringkali dicek ulang hari ini "hanya untuk memantau," padahal secara klinis fungsi ginjal tidak berubah secepat itu. UR menetapkan interval waktu minimal untuk pengulangan tes (*re-testing interval*). Sistem LIS (*Laboratory Information System*) bisa disetting untuk menolak order tes yang sama dalam waktu < 24 jam kecuali ada keterangan CITO/Gawat Darurat.

UR Radiologi. Pemeriksaan canggih seperti CT-Scan dan MRI sering mengalami *over-utilization* karena dianggap sebagai "jalan pintas" diagnosis atau permintaan pasien yang khawatir. UR menerapkan kriteria kelayakan (*appropriateness criteria*)

seperti *American College of Radiology (ACR) Criteria*. Apakah sakit pinggang ini butuh MRI? Kriteria menyebutkan MRI lumbal hanya diindikasikan jika ada tanda *red flag* (kelumpuhan, gangguan BAB/BAK, riwayat kanker). Jika hanya nyeri otot biasa, MRI ditolak.

Paket Pemeriksaan Rutin (*Standing Order*). Kebiasaan lama di mana setiap pasien baru masuk ruangan tertentu langsung dicek panel lab lengkap (Darah Lengkap, Urine Lengkap, Kimia Darah, Elektrolit, Rontgen Thorax) tanpa melihat kondisi pasien harus dihilangkan. UR menghapuskan *standing order* yang bersifat "paket buta." Setiap pemeriksaan harus diorder berdasarkan indikasi spesifik pasien tersebut. Ini memangkas biaya reagen secara signifikan.

Pengelolaan BMHP di Kamar Operasi dan Kateterisasi Jantung (Cath Lab). Penggunaan *stent* jantung, benang operasi, dan alat *stapler* bedah adalah pos biaya tinggi. UR memantau rasio penggunaan alat per kasus. Mengapa Dokter A rata-rata menggunakan 3 *stent* per pasien, sedangkan Dokter B hanya 1,5 *stent* dengan tingkat keparahan pasien yang setara? Audit medis dilakukan untuk melihat apakah ada pemborosan dalam teknik pemasangan.

Substitusi Terapeutik. UR Farmasi mendorong penggunaan obat generik atau obat alternatif yang lebih murah namun setara secara terapeutik (*bioequivalent*). Jika dokter meresepkan obat paten seharga Rp50.000, apoteker berhak (sesuai kebijakan RS) menggantinya dengan obat generik seharga Rp5.000 setelah konfirmasi. Program substitusi ini adalah pilar efisiensi farmasi.

Evaluasi penggunaan obat *Off-Label*. Penggunaan obat di luar indikasi yang disetujui BPOM (*off-label*) seringkali tidak dijamin oleh asuransi. UR bertugas mendeteksi resep *off-label* ini. Jika memang sangat diperlukan demi keselamatan nyawa, harus ada persetujuan Komite Medik dan pasien harus tahu konsekuensi biayanya (jika tidak ditanggung BPJS).

Limbah obat (*Drug Wastage*). UR juga memantau obat yang diresepkan tapi tidak diminum atau dibuang. Di rawat inap, sistem *Unit Dose Dispensing* (UDD) mencegah limbah ini. Obat disiapkan per kali minum. Jika pasien pulang atau meninggal atau ganti terapi, sisa obat di kotak obat pasien masih utuh dan bisa diretur ke farmasi, tidak terbangung percuma. UDD adalah mekanisme UR logistik yang efektif.

Peran Dokter Spesialis Patologi Klinik dan Radiologi sebagai Konsultan. Mereka bukan sekadar "tukang baca hasil," tapi mitra klinis. Jika ada permintaan lab/rad yang aneh atau tidak sesuai, mereka berhak menelepon DPJP untuk diskusi. "Dok, kenapa minta CT-Scan kontras untuk kasus ini? Bukankah USG lebih sensitif dan murah?" Dialog antar-spesialis ini adalah bentuk UR sejawat yang sangat edukatif.

Kepatuhan terhadap Formularium Rumah Sakit. Formularium RS disusun berdasarkan efisiensi dan efektivitas. UR memantau persentase resep yang sesuai formularium. Targetnya harus > 95%. Dokter yang sering menulis resep luar harus dipanggil oleh Komite Medik untuk klarifikasi.

Audit Limbah Radiologi. Pengulangan foto rontgen karena hasil tidak layak baca (*reject analysis*) adalah pemborosan film dan tenaga. UR Radiologi memantau *reject rate*. Jika tinggi, berarti ada masalah pada kompetensi radiografer atau kondisi alat, yang harus segera diperbaiki.

Manajemen stok reagen dan film. UR logistik memastikan tidak ada reagen yang kadaluarsa karena terlalu banyak stok (*overstock*). Analisis pareto ABC digunakan untuk mengendalikan inventarisasi barang penunjang yang mahal (*Class A items*).

Kesimpulannya, UR pada obat dan penunjang medis bukan berarti "pelit," melainkan "cermat." Setiap tes dan obat harus memberikan nilai tambah pada diagnosis atau terapi. Jika tidak, itu adalah *waste*.

## D. Kriteria Masuk Rawat Inap dan Pengendalian LOS

Keputusan untuk merawat-inapkan pasien adalah keputusan finansial termahal dalam pelayanan kesehatan. Begitu pasien masuk rawat inap, "meteran argo" biaya langsung berjalan kencang (biaya kamar, visite, makan, asuhan keperawatan 24 jam). Oleh karena itu, *gatekeeping* di pintu masuk (*Admission*) adalah area UR yang paling kritis. Banyak sengketa klaim BPJS berasal dari sini: "Kasus ini seharusnya bisa rawat jalan, kenapa dirawat inap?" Rumah sakit sering kalah dalam sengketa ini karena tidak menggunakan kriteria admisi yang objektif.

Kriteria Admisi (*Admission Criteria*) yang baku diperlukan untuk membedakan antara kebutuhan medis dan keinginan sosial. Kriteria yang umum digunakan secara internasional (seperti *InterQual* atau *Milliman*) menilai dua aspek: *Severity of Illness* (SI) dan *Intensity of Service* (IS).

- ***Severity of Illness (SI)***: Seberapa parah penyakitnya? Apakah tanda vital tidak stabil? Apakah ada ancaman kegagalan organ? Apakah nyeri tidak tertahankan dengan obat oral?
- ***Intensity of Service (IS)***: Layanan apa yang dibutuhkan? Apakah butuh infus IV terus menerus? Apakah butuh oksigen tinggi? Apakah butuh observasi perawat tiap jam? Jika pasien memenuhi kriteria SI (sakit parah) dan butuh IS (layanan intensif), maka **Layak Rawat Inap**. Jika pasien sakit (SI terpenuhi) tapi hanya butuh obat minum (IS tidak terpenuhi), maka **Rawat Jalan**.

UR Prospektif di IGD bertugas menerapkan kriteria SI/IS ini. Jika pasien datang dengan Diare, tapi tidak dehidrasi berat, bisa minum oral, dan tanda vital stabil, maka UR harus merekomendasikan observasi di IGD 6 jam lalu pulang, bukan rawat inap. Keputusan ini sering tidak populer di mata pasien, tapi krusial untuk kendali mutu (mencegah infeksi nosokomial akibat dirawat) dan kendali biaya (mencegah klaim ditolak).

Pengendalian *Average Length of Stay* (ALOS). LOS adalah indikator efisiensi utama rawat inap. Semakin lama pasien dirawat melebihi standar klinis, semakin rugi rumah sakit (terutama pada tarif paket). UR Konkuren membandingkan LOS aktual pasien dengan target LOS di *Clinical Pathway*. Jika target CP DBD adalah 4 hari, maka pada hari ke-3 *Case Managers* sudah harus menyiapkan rencana pulang.

Faktor penyebab LOS memanjang (*Prolonged LOS*):

1. **Faktor Medis:** Komplikasi, infeksi nosokomial, respons terapi lambat. Ini varians yang dapat diterima (*justifiable*).
2. **Faktor Dokter:** Visite terlambat, menunda keputusan pulang, menunggu hasil konsul yang lama. Ini target intervensi UR.
3. **Faktor Sistem:** Menunggu jadwal operasi, hasil lab lama, obat kosong, administrasi pemulangan lambat. Ini target perbaikan manajemen.
4. **Faktor Sosial:** Keluarga belum siap menjemput, pasien minta tambah hari "tanggung mau istirahat." Ini harus ditolak dengan edukasi tegas.

Manajemen *Social Admission* atau *Social Stay*. Seringkali pasien medisnya sudah sembuh, tapi secara sosial belum bisa pulang (misal: lansia tinggal sendiri, keluarga luar kota). Rumah sakit akut (*Acute Care Hospital*) bukan panti jompo. UR harus bekerja sama dengan Dinas Sosial atau jejaring faskes primer untuk memindahkan pasien (*transfer*) ke fasilitas perawatan jangka panjang atau *home care*. Membiarkan pasien sosial menempati tempat tidur RS akut adalah inefisiensi alokatif yang parah.

Peran *Discharge Planning*. Perencanaan pulang yang efektif dimulai saat admisi. UR mengidentifikasi hambatan pulang sejak awal. "Pasien stroke ini nanti pulanginya butuh kursi roda dan kasur decubitus." Case Manager mengurus pengadaan alat tersebut jauh-jauh hari. Jangan sampai pasien tertahan pulang 2 hari hanya gara-gara menunggu kursi roda.

Program *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS). Ini adalah pendekatan multidisiplin (bedah, anestesi, gizi, rehab) untuk mempercepat pemulihan pasca operasi sehingga LOS memendek. Contoh: Pasien operasi usus tidak perlu puasa lama, segera mobilisasi dini, nyeri dikontrol optimal. UR memantau kepatuhan protokol ERAS ini karena terbukti memangkas LOS bedah secara signifikan tanpa mengurangi mutu.

Pengelolaan pasien akhir hayat (*End of Life Care*). Pasien terminal seringkali menghabiskan hari rawat yang panjang di ICU dengan biaya sangat tinggi namun prognosis buruk (*futile care*). UR Etis melibatkan tim paliatif untuk mendiskusikan *Goals of Care* dengan keluarga. Apakah pindah ke ruang rawat biasa dengan asuhan paliatif (kenyamanan) lebih tepat daripada agresivitas di ICU? Keputusan ini sangat sensitif tapi penting untuk martabat pasien dan efisiensi sumber daya.

Sistem *Alert* LOS. Sistem IT rumah sakit harus memberi notifikasi kepada manajemen jika ada pasien yang LOS-nya melebihi persentil 75 atau 90 dari standar diagnosisnya. Daftar "Long Stay Patients" ini direview setiap minggu oleh Direktur Medis untuk mencari solusi percepatan kepulangan atau rujukan.

Evaluasi *Readmission Rate*. Memulangkan pasien terlalu cepat demi mengejar target LOS pendek bisa menjadi bumerang jika pasien kembali dirawat (*readmission*) dalam kondisi lebih buruk. UR harus menyeimbangkan antara "Cepat Pulang" dan "Aman Pulang." *Readmission* dalam < 30 hari dengan diagnosis sama seringkali tidak dibayar oleh asuransi dan menjadi indikator mutu yang buruk.

Strategi *Boarding Time* di IGD. Pasien yang sudah diputuskan rawat inap tapi tertahan di IGD karena kamar penuh (*boarding*) juga mengacaukan LOS dan mutu. UR Bed Management bertugas mengatur aliran pasien keluar-masuk agar *flow* lancar. "Satu pasien pulang jam 10 pagi, berarti satu pasien IGD bisa masuk jam 11." Kedisiplinan jam pulang (*check-out time*) mempengaruhi kapasitas admisi.

## E. Organisasi dan SDM UR: Peran Case Manager

Agar UR berjalan efektif, diperlukan struktur organisasi yang jelas dan SDM yang kompeten. Fungsi UR biasanya dijalankan oleh sebuah komite atau tim khusus, sering disebut Tim Review Pemanfaatan atau tergabung dalam Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) internal RS. Namun, pelaksana harian UR di lapangan adalah **Manajer Pelayanan Pasien (MPP)** atau *Case Manager*.

Profil *Case Manager* (MPP). Sesuai standar akreditasi (STARKES), MPP haruslah seorang profesional (biasanya perawat senior atau dokter umum) yang memiliki pengalaman klinis yang kuat, kemampuan komunikasi yang superior, dan pemahaman tentang sistem pembiayaan/asuransi. MPP bukan DPJP; mereka tidak mengobati pasien. Mereka adalah "manajer" yang mengelola proses asuhan pasien agar berjalan mulus melintasi berbagai unit (IGD, Ranap, Rad, Lab, Farmasi). Rasio MPP idealnya 1:25 pasien kompleks.

Tugas utama MPP dalam UR:

1. **Skrining:** Mengidentifikasi pasien risiko tinggi (biaya tinggi, komplain tinggi, kasus sulit) yang butuh pengawalan.
2. **Asesmen:** Menilai kebutuhan pasien (medis, finansial, sosial).
3. **Perencanaan:** Berkolaborasi dengan DPJP menyusun rencana asuhan dan target pulang.
4. **Koordinasi:** Menghubungkan berbagai PPA agar bekerja sebagai tim, tidak jalan sendiri-sendiri.
5. **Advokasi:** Memperjuangkan hak pasien, tapi juga mewakili kepentingan rumah sakit dalam hal efisiensi.
6. **Fasilitasi:** Memastikan logistik dan administrasi lancar.

Kompetensi UR bagi MPP. MPP harus menguasai kriteria admisi (InterQual/Milliman atau PPK), aturan INA-CBGs, dan *Clinical Pathway*. Saat ronde, MPP harus berani berdiskusi dengan DPJP: "Dok, sesuai CP hari ke-3 infus sudah stop, apakah

pasien ini masih butuh?" Pertanyaan asertif ini adalah mekanisme kontrol. Tanpa kompetensi klinis yang setara, MPP akan diabaikan oleh dokter spesialis.

Struktur Komite UR/TKMKB. Komite ini terdiri dari perwakilan SMF (Dokter Spesialis), Keuangan, Casemix, Rekam Medis, dan Keperawatan. Tugas komite adalah level kebijakan dan audit retrospektif (Level Makro). Sedangkan MPP bekerja di level kasus per kasus (Level Mikro). Komite menganalisis data agregat yang dikumpulkan MPP untuk merekomendasikan perubahan kebijakan ke Direktur.

Dokter Penasihat (*Medical Advisor*). Dalam struktur UR, diperlukan sosok dokter senior yang disegani sebagai *Medical Advisor*. Perannya adalah menjadi *second opinion* atau penengah jika terjadi perselisihan medis antara MPP dan DPJP. Jika MPP menyarankan pasien pulang tapi DPJP menolak, kasus dieskalasi ke Medical Advisor. Keputusan Medical Advisor berdasarkan standar medis menjadi acuan akhir internal.

Peran Perawat UR (*Utilization Review Nurse*). Di rumah sakit besar, selain MPP, ada perawat khusus UR yang tugasnya murni memantau data klinis untuk keperluan asuransi. Mereka yang mengisi formulir pra-otorisasi, mengirim laporan klinis ke BPJS, dan berargumentasi dengan verifikator BPJS menggunakan bahasa medis. Posisi ini menjembatani gap komunikasi antara RS dan Payer.

Pelatihan dan Sertifikasi. SDM UR perlu dibekali pelatihan khusus: *Certified Case Manager* (CCM) atau pelatihan kendali mutu/biaya. Kurikulumnya mencakup: Pembiayaan kesehatan, Hukum kesehatan, Negosiasi dan resolusi konflik, Analisis data mutu, dan Perencanaan pulang. Kemampuan negosiasi adalah *soft skill* terpenting karena UR seringkali berhadapan dengan ego profesi yang tinggi.

Independensi UR. Posisi MPP dalam struktur organisasi sebaiknya langsung di bawah Direktur Medis atau Direktur

Pelayanan, bukan di bawah Kepala Ruangan. Ini memberikan independensi bagi MPP untuk menegur sistem di ruangan tanpa takut konflik kepentingan dengan atasan langsung di ruangan tersebut.

Sinergi dengan Koder. MPP dan Koder harus sering berkomunikasi. MPP yang tahu kondisi riil pasien di bangsal bisa memberi masukan ke Koder: "Pasien di kamar 305 itu ada luka dekubitus lho, jangan lupa dikoding." Sebaliknya, Koder bisa info ke MPP: "Dokumen pasien 305 kurang bukti debridement, tolong dilengkapi sebelum pulang." Kerjasama ini mengoptimalkan klaim.

Beban kerja dan Burnout. Tugas MPP sangat berat karena menjadi "bantalan" antara tekanan efisiensi manajemen dan tekanan klinis dokter. Risiko *burnout* tinggi. Manajemen harus memperhatikan rasio beban kerja dan dukungan psikologis bagi tim UR.

Budaya Kolaborasi. Keberhasilan UR bergantung pada penerimaan staf medis. MPP harus memosisikan diri sebagai "mitra yang membantu dokter," bukan "polisi yang memata-matai dokter." Jika dokter merasa terbantu (misal: urusan rujuk pasien beres, komplain keluarga beres oleh MPP), mereka akan kooperatif terhadap masukan efisiensi dari MPP.

## **F. Tantangan Etik dan Dampak Strategis UR**

Penerapan *Utilization Review* seringkali memunculkan dilema etik yang mendalam. Isu utamanya adalah benturan antara kewajiban dokter untuk memberikan yang terbaik bagi pasien (*Beneficence*) dan kewajiban institusi untuk menjaga keadilan distribusi sumber daya (*Distributive Justice*). Kritikus menyebut UR sebagai "Rationing at the Bedside" (penjatahan di sisi tempat tidur). Ketika UR merekomendasikan untuk tidak melakukan pemeriksaan MRI pada pasien dengan nyeri punggung bawah non-spesifik, apakah itu melanggar hak pasien untuk tahu? Atau justru melindungi pasien dari tindakan sia-sia?

Dilema *Denial of Care*. Ketika UR (berdasarkan aturan asuransi) menolak menjamin obat kanker mahal yang efektivitasnya marginal (hanya memperpanjang hidup 2 minggu), ini adalah keputusan sulit. Secara etis, rumah sakit harus transparan. Pasien harus diberitahu bahwa obat tersebut tidak dijamin karena alasan *cost-effectiveness*, namun pasien tetap boleh membelinya secara mandiri (*out of pocket*) jika mampu. UR tidak boleh menghalangi akses, tapi mengatur pembiayaan. Kejujuran komunikasi adalah kunci etisnya.

Otonomi Klinis vs Kendali Institusi. Dokter dididik untuk otonom. UR membatasi otonomi itu demi standar. Tantangan etisnya adalah bagaimana memastikan pembatasan ini tidak membahayakan pasien. UR harus memiliki mekanisme *Override* atau Pengecualian. Jika dokter yakin semakin-yakinnya bahwa pasien ini unik dan butuh pengecualian dari standar, sistem UR harus mengakomodasi itu dengan dokumentasi alasan yang kuat. Sistem yang kaku tanpa pengecualian adalah sistem yang tidak etis.

Dampak UR terhadap Mutu Pelayanan. Studi menunjukkan dampak positif UR. Dengan mengurangi variasi praktik dan menghilangkan tindakan yang tidak perlu, risiko iatrogenik (cedera akibat tindakan medis) menurun. Pasien tidak dirawat terlalu lama berarti risiko infeksi nosokomial turun. Pasien tidak diberi banyak obat berarti risiko interaksi obat turun. Jadi, UR yang benar sebenarnya meningkatkan mutu keselamatan (*Safety*).

Dampak Finansial. UR adalah *profit center* yang tidak langsung. Penghematan yang dihasilkan dari UR bisa mencapai 10-20% dari total biaya operasional. Dana yang dihemat dari pemborosan ini bisa dialihkan untuk investasi alat baru, kenaikan gaji karyawan, atau subsidi pasien miskin. Ini adalah siklus kebijakan (*virtuous cycle*) efisiensi.

Transformasi Data menjadi Kebijakan. Data UR memberikan wawasan strategis. Jika data UR menunjukkan tingginya kasus Demam Berdarah di satu wilayah, RS bisa melakukan promosi

kesehatan preventif ke wilayah itu. Jika data UR menunjukkan dokter bedah tertentu memiliki waktu operasi yang sangat lama, manajemen bisa menawarkan pelatihan tambahan. UR adalah alat intelijen manajemen.

UR dan Kepuasan Pasien. Awalnya mungkin pasien merasa "pelit" dilayani. Tapi jika dijelaskan bahwa "Anda dipulangkan karena rumah sakit adalah tempat berbahaya bagi orang sehat, dan Anda akan lebih cepat pulih di rumah," persepsi berubah. Pasien menghargai proses yang cepat, tidak bertele-tele, dan transparansi biaya. UR yang baik mempercepat aliran pasien, mengurangi waktu tunggu, yang pada akhirnya meningkatkan kepuasan.

Masa depan UR: *Artificial Intelligence* (AI). Algoritma *Machine Learning* akan mengambil alih fungsi UR rutin. AI bisa memprediksi mana pasien yang berisiko *readmission*, mana klaim yang akan ditolak, dan mana terapi yang paling *cost-effective* berdasarkan big data global. Peran manusia akan bergeser ke penanganan kasus-kasus kompleks yang butuh empati dan pertimbangan etis yang tidak dimiliki mesin.

Kesimpulannya, *Utilization Review* adalah manifestasi dari kedewasaan sistem kesehatan. Ia mengakui keterbatasan sumber daya dan berupaya mengelolanya dengan bijak (hikmat/prudence). Bagi rumah sakit di era JKN, UR bukan pilihan, melainkan syarat mutlak untuk tetap hidup dan melayani.

## **G. Referensi Bab 10**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.

Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.

Al-Assaf, A. F. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.

- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Cesta, T. G., & Tahan, H. A. (2016). *The Case Manager's Survival Guide: Winning Strategies for Clinical Practice*. Technomic Publishing. (Referensi klasik manajemen kasus).
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Firmanda, D. (2016). *Pedoman Penyusunan Clinical Pathway dalam Era JKN*. Jakarta: Persi.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Joint Commission International. (2017). *JCI Accreditation Standards for Hospitals* (6th Edition). Oak Brook: JCI. (Standar COP & ACC).
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI. (Relevan untuk DUR).
- Kemenkes RI. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kongstvedt, P. R. (2020). *Health Insurance and Managed Care: What They Are and How They Work*. Jones & Bartlett Learning.

- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muliaputra, A. (2019). *Kupas Tuntas Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika. (Membahas peran MPP).
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Clinical Pathway dan Manajemen Biaya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Panduan Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS. (Standar ARK - Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas).
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Triwibowo, C. (2015). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wickizer, T. M., & Lessler, D. (2002). *Utilization management: issues, effects, and future prospects*. Annual review of public health. (Referensi klasik konsep UR).
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2019). *Hospital utilization management: A guide for assessment and improvement*. WHO.

### **Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Mengatur kendali mutu & biaya).
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Bab tentang UR dan Audit Medis).
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (Bab AKP - Akses dan Kontinuitas Pelayanan, terkait MPP).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit (Relevan untuk UR Antibiotik).



# BAB XI

## PENCEGAHAN *FRAUD* (KECURANGAN) DALAM JKN



### A. Pendahuluan

Dalam ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengelola dana amanat triliunan rupiah, risiko terjadinya kecurangan atau *fraud* merupakan ancaman laten yang sangat serius. *Fraud* layanan kesehatan didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial yang tidak sah dari program jaminan kesehatan, yang dapat berupa penipuan, pemalsuan data, atau manipulasi layanan. Fenomena ini bukanlah masalah unik Indonesia semata; secara global, *The European Healthcare Fraud and Corruption Network* memperkirakan bahwa kerugian akibat *fraud* mencapai 5-10% dari total belanja kesehatan negara. Di Indonesia, dengan cakupan kepesertaan yang masif dan volume klaim yang mencapai jutaan transaksi per bulan, potensi kebocoran dana akibat *fraud* dapat mengancam keberlanjutan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan dan pada akhirnya merugikan pelayanan pasien.

Perbedaan mendasar antara *fraud* (kecurangan), *abuse* (penyalahgunaan), dan *waste* (pemborosan) terletak pada niat (*intent*). *Waste* seringkali terjadi karena ketidaktahuan atau inefisiensi sistem tanpa niat jahat. *Abuse* adalah praktik yang menyimpang dari standar medis atau bisnis yang wajar, namun

niat jahatnya mungkin sulit dibuktikan secara hukum. Sedangkan *fraud* memiliki unsur kesengajaan (*mens rea*) yang jelas untuk memperkaya diri sendiri atau korporasi dengan cara melawan hukum. Dalam praktiknya, batas antara optimalisasi klaim yang agresif dan *fraud* seringkali tipis, dan manajemen rumah sakit harus sangat berhati-hati menavigasi area abu-abu ini agar tidak tergelincir ke dalam tindak pidana.

Teori *Fraud Triangle* dari Donald Cressey sangat relevan untuk menjelaskan mengapa *fraud* terjadi di rumah sakit. Tiga elemen pemicunya adalah: Tekanan (*Pressure*), Kesempatan (*Opportunity*), dan Rasionalisasi (*Rationalization*). Tekanan finansial akibat tarif INA-CBGs yang dianggap rendah atau target pendapatan manajemen yang tidak realistis sering menjadi pemicu utama. Kesempatan muncul ketika sistem pengawasan internal lemah, sistem IT tidak memiliki *audit trail*, atau verifikasi BPJS yang longgar. Rasionalisasi adalah pembenaran psikologis, seperti "Saya melakukan ini bukan untuk diri sendiri, tapi agar rumah sakit bisa menggaji karyawan" atau "BPJS sering telat bayar, jadi wajar kita *mark-up* sedikit."

Regulasi di Indonesia telah merespons ancaman ini dengan tegas melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Regulasi ini menjadi landasan hukum bagi pembentukan Tim Anti-Fraud di berbagai tingkatan, mulai dari tingkat nasional (KPK, Kemenkes, BPJS) hingga tingkat fasilitas kesehatan. Rumah sakit diwajibkan membangun sistem pencegahan kecurangan internal sebagai bagian dari tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*).



Gambar 17. Pencegahan Fraud

Dampak *fraud* tidak hanya bersifat finansial, tetapi juga merusak mutu pelayanan (*Quality of Care*). Ketika rumah sakit melakukan *under-treatment* (mengurangi layanan yang seharusnya diberikan) demi menghemat biaya paket, pasien menjadi korban langsung. Sebaliknya, ketika rumah sakit melakukan *over-treatment* atau tindakan medis yang tidak perlu demi mengejar klaim *top-up*, pasien terpapar risiko medis yang tidak perlu (misalnya radiasi CT-Scan atau efek samping obat). Oleh karena itu, pencegahan *fraud* sejatinya adalah upaya perlindungan pasien.

Peran Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dalam pencegahan *fraud* JKN semakin signifikan. KPK telah menerbitkan pedoman pencegahan korupsi di sektor kesehatan dan memantau implementasinya. Rumah sakit, terutama RS Pemerintah (BLUD/RSUD), sangat rentan terhadap jeratan undang-undang tindak pidana korupsi (Tipikor) jika terbukti melakukan klaim fiktif yang merugikan keuangan negara. Manajemen rumah sakit harus menyadari bahwa *fraud* JKN bukan sekadar pelanggaran administratif kontrak kerja sama, melainkan bisa bereskalasi menjadi kasus pidana berat.

Transformasi digital dalam JKN membawa pedang bermata dua. Di satu sisi, sistem V-Claim dan *Fingerprint* mempersulit modus *phantom billing* (klaim pasien hantu). Namun di sisi lain, pelaku *fraud* juga semakin canggih menggunakan manipulasi data elektronik (*cyber fraud*). Audit forensik digital kini menjadi kompetensi yang dibutuhkan untuk mendeteksi pola kecurangan yang tersembunyi di balik ribuan baris data klaim. Algoritma *Machine Learning* mulai digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk mendeteksi anomali klaim secara otomatis (*predictive modeling*).

Asimetri informasi antara dokter dan pasien/pembayar adalah akar masalah *fraud* di sektor kesehatan. Dokter memiliki pengetahuan medis yang tidak dimiliki pasien atau verifikator awam. Dokter bisa mengatakan "Anda harus dioperasi sekarang" dan pasien akan menurut karena takut. *Fraud* terjadi ketika dominasi pengetahuan ini disalahgunakan untuk keuntungan finansial (e.g., *Supplier Induced Demand*). Oleh karena itu, penguatan kompetensi verifikator dan audit medis independen sangat krusial untuk menyeimbangkan asimetri ini.

Budaya organisasi memegang peranan kunci. Di beberapa rumah sakit, *fraud* dilakukan secara sistemik dan terstruktur dari atas ke bawah. Manajemen "memerintah" koder untuk menaikkan diagnosis, atau "meminta" dokter untuk merawat pasien lebih lama. Budaya permisif terhadap kecurangan ini sangat berbahaya dan sulit diberantas hanya dengan sanksi eksternal. Perubahan harus dimulai dari komitmen integritas pimpinan puncak (*Tone at the Top*).

Sistem *Whistleblowing* (Pelaporan Pelanggaran) adalah mekanisme deteksi dini yang efektif. Staf internal (perawat, koder, dokter) biasanya orang pertama yang menyadari adanya praktik curang. Namun, mereka sering takut melapor karena risiko dipecat atau dikucilkan. Rumah sakit harus menyediakan saluran pelaporan yang aman, rahasia, dan menjamin perlindungan bagi

pelapor. Tanpa perlindungan ini, omerta (kode diam) akan menutupi kebusukan organisasi.

Audit Klinis sebagai instrumen pencegahan. Audit klinis yang dilakukan oleh Komite Medik tidak hanya melihat aspek mutu medis, tetapi juga kewajaran klaim. Komite Medik harus berani menegur sejawat yang melakukan tindakan di luar indikasi medis yang jelas. *Peer-review* adalah mekanisme kontrol profesi yang paling bermartabat sebelum aparat penegak hukum masuk.

Pencegahan *fraud* juga melibatkan edukasi pasien. Pasien yang cerdas dan kritis adalah auditor terbaik. Jika pasien sadar bahwa dia tidak pernah menjalani fisioterapi tapi di riwayat pelayanan BPJS muncul tagihan fisioterapi, pasien bisa melapor. Transparansi riwayat pelayanan di aplikasi Mobile JKN memberdayakan peserta untuk ikut mengawasi dana mereka.

Sanksi bagi pelaku *fraud* diatur berjenjang, mulai dari teguran lisan, pengembalian dana (*refund*), denda administratif, pemutusan kerja sama, hingga pencabutan izin praktik bagi tenaga kesehatan dan izin operasional bagi rumah sakit. Sanksi sosial berupa *public naming and shaming* (pengumuman RS yang curang) juga dipertimbangkan untuk memberikan efek jera.

Investasi pada sistem kepatuhan (*Compliance System*) sering dianggap beban biaya. Padahal, biaya kepatuhan (*cost of compliance*) jauh lebih murah daripada biaya ketidakpatuhan (*cost of non-compliance*). Denda dan pengembalian klaim miliaran rupiah akibat temuan audit BPKP bisa membangkrutkan rumah sakit dalam sekejap. Mempekerjakan staf kepatuhan dan auditor internal adalah investasi proteksi aset.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa pencegahan *fraud* adalah perjuangan moral. Rumah sakit didirikan dengan tujuan mulia menolong sesama. Melakukan kecurangan atas dana orang sakit adalah pengkhianatan terhadap sumpah profesi dan nilai kemanusiaan. Manajemen *fraud* bukan sekadar teknis, tapi etis.

## **B. Tipologi dan Modus Operandi Fraud di Fasilitas Kesehatan**

Memahami musuh adalah langkah pertama untuk mengalahkannya. Dalam konteks *fraud* JKN, musuh tersebut bermanifestasi dalam berbagai modus operandi yang terus berkembang. Berdasarkan Permenkes 16/2019 dan referensi internasional, tipologi *fraud* di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL/Rumah Sakit) dapat dikategorikan menjadi beberapa modus utama yang paling sering terjadi.

1. **Manipulasi Diagnosis dan Tindakan (*Upcoding*):** Ini adalah modus paling klasik dan frekuentif. *Upcoding* dilakukan dengan mengubah kode diagnosis atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif lebih tinggi daripada yang seharusnya berdasarkan kondisi klinis pasien. Contoh: Pasien datang dengan Hipertensi ringan, dikoding sebagai Hipertensi dengan Gagal Jantung (tarif naik signifikan). Atau pasien melahirkan normal, dikoding sebagai persalinan dengan penyulit berat. Modus ini memanfaatkan celah subjektivitas klinis dan kelemahan dokumentasi. Koder atau dokter dengan sengaja menambahkan diagnosis sekunder yang tidak didukung bukti medis hanya untuk menaikkan *Severity Level*.
2. **Klaim Palsu (*Phantom Billing*):** Ini adalah bentuk *fraud* yang paling kasar dan jelas pidananya. Rumah sakit mengajukan klaim untuk pelayanan yang tidak pernah diberikan. Contoh: Mengklaim pasien rawat inap padahal pasien tidak pernah datang, atau mengklaim tindakan fisioterapi 10 kali padahal pasien hanya datang 2 kali. Modus lain adalah tetap menagihkan biaya visit dokter pada hari dimana dokter tersebut tidak masuk/cuti. Di era verifikasi biometrik (*fingerprint*), modus ini mulai bergeser ke manipulasi data elektronik.

3. **Pemecahan Episode Pelayanan (*Unbundling /Fragmentasi*):** Sistem INA-CBGs adalah sistem paket. *Unbundling* terjadi ketika rumah sakit memecah satu paket layanan menjadi beberapa klaim terpisah untuk mendapatkan bayaran ganda. Contoh: Pasien operasi katarak seharusnya satu paket. Namun, pemeriksaan mata pra-operasi diklaimkan pada kunjungan rawat jalan hari sebelumnya, dan kontrol pasca-operasi diklaimkan sebagai kunjungan baru hari berikutnya. Atau membebankan biaya obat/alat yang seharusnya masuk paket kepada pasien (*cost shifting*), sehingga pasien membayar tunai di luar tanggungan BPJS.
4. **Rawat Inap Berulang (*Readmission*):** Modus ini melibatkan pemulangan pasien sebelum waktunya, lalu merawatnya kembali dalam waktu singkat untuk mendapatkan dua kali pembayaran paket. Contoh: Pasien Pneumonia dipulangkan hari ke-3 (belum sembuh benar), lalu disuruh datang lagi ke IGD hari ke-5 untuk dirawat lagi dengan diagnosis "baru" atau diagnosis berbeda. Aturan BPJS biasanya menetapkan jendela waktu (misal 30 hari) dimana readmisi dengan diagnosis sama dianggap satu episode, namun pelaku *fraud* sering mengakalinya dengan mengubah kode diagnosis pada masuk kedua.
5. **Pengelembungan Tagihan Obat dan Alkes (*Inflated Billing*):** Pada klaim *Top-Up* (di luar paket INA-CBGs), seperti obat kemoterapi atau *stent* jantung, rumah sakit mungkin mengklaim harga atau volume yang lebih tinggi dari yang dipakai. Contoh: Mengklaim penggunaan 2 *stent* jantung padahal hanya dipasang 1, atau mengklaim obat kemoterapi dosis tinggi padahal yang diberikan dosis rendah atau sisa obat pasien lain (*drug diversion*).
6. **Pelayanan yang Tidak Diperlukan secara Medis (*No Medical Value*):** Rumah sakit melakukan tindakan diagnostik atau terapeutik yang sebenarnya tidak ada indikasinya,

semata-mata untuk mengejar tarif atau *fee* jasa medis. Contoh: Melakukan operasi Seksio Sesarea pada ibu hamil yang sebenarnya bisa lahir normal tanpa penyulit, atau melakukan pemeriksaan MRI pada sakit kepala ringan. Ini melanggar prinsip *medical necessity* dan membahayakan pasien.

7. **Pembatalan Tindakan yang Diklaim (*Cancelled Services*):** Mengklaim tindakan yang sudah dijadwalkan tapi batal dilakukan. Contoh: Pasien dijadwalkan operasi jam 10, tapi batal karena tensi tinggi. Rumah sakit tetap memasukkan kode operasi tersebut ke dalam klaim seolah-olah operasi terlaksana.
8. **Manipulasi Kelas Rawat (*Room Rate Differentiation*):** Menempatkan pasien di kelas perawatan yang lebih rendah dari haknya (misal hak Kelas 1 ditaruh di Kelas 2 dengan alasan penuh), tapi tetap mengklaim tarif Kelas 1 ke BPJS. Selisih tarif menjadi keuntungan ilegal rumah sakit.
9. **Duplikasi Klaim (*Duplicate Claim*):** Mengajukan klaim yang sama lebih dari satu kali. Biasanya terjadi pada sistem administrasi yang buruk atau disengaja dengan sedikit memodifikasi nomor referensi agar tidak terdeteksi sistem otomatis.
10. **Kloning Rekam Medis (*Cloning*):** Di era Rekam Medis Elektronik, fitur *copy-paste* memudahkan dokter menyalin status pasien hari sebelumnya ke hari ini, atau menyalin status pasien A ke pasien B. Akibatnya, catatan medis terlihat lengkap dan identik, padahal pemeriksaan fisik mungkin tidak dilakukan. Ini digunakan untuk membenarkan tagihan jasa medis harian.

Modus-modus ini terus berevolusi. Pelaku *fraud* selalu mencari celah baru dalam aturan (*loophole*). Oleh karena itu,

pemahaman tentang modus ini harus terus diperbarui melalui audit investigatif dan *sharing* data antar verifikator.

### C. Membangun Sistem Pencegahan Kecurangan JKN.

Sesuai amanat Permenkes dan pedoman KPK, setiap rumah sakit wajib menyusun dan mengimplementasikan *Fraud Control Plan* (FCP). FCP adalah sistem pengendalian internal yang dirancang spesifik untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani kecurangan JKN. FCP terdiri dari empat pilar utama: Kebijakan Anti-Fraud, Struktur Organisasi, Proses Bisnis, dan Budaya Organisasi.

Langkah pertama membangun FCP adalah pembentukan **Tim Anti-Fraud Internal** atau Tim Pencegahan Kecurangan JKN. Tim ini sebaiknya independen, bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama atau Dewan Pengawas, dan terdiri dari unsur Satuan Pengawas Internal (SPI), Komite Medik, Rekam Medis (Casemix), dan Bagian Hukum. Tim ini tidak boleh diisi oleh orang yang memiliki konflik kepentingan langsung (misalnya petugas koder yang juga menjadi auditor koding). Tugas utama tim adalah menyusun kebijakan, melakukan sosialisasi, dan melaksanakan audit rutin.

Penyusunan Kebijakan dan Pedoman. Rumah sakit harus memiliki dokumen tertulis yang tegas menyatakan "Nol Toleransi terhadap Fraud." Pedoman ini harus merinci definisi *fraud*, jenis-jenis tindakan yang dilarang (berdasarkan poin A di atas), dan mekanisme sanksinya. Kebijakan ini harus ditandatangani oleh seluruh staf (Pakta Integritas) sebagai bukti komitmen legal. Staf tidak bisa lagi beralasan "saya tidak tahu kalau itu dilarang."

Siklus FCP mencakup:

1. **Pencegahan (*Prevention*):** Upaya di hulu. Termasuk sosialisasi regulasi secara berkala, penguatan sistem IT (pembatasan hak akses, validasi input), dan perbaikan SPO. Contoh: SPO Koding harus mensyaratkan verifikasi DPJP sebelum finalisasi.

2. **Deteksi (*Detection*):** Upaya memantau anomali. Termasuk audit koding internal (pre-claim audit), analisis data klaim bulanan, dan saluran *whistleblowing*. Deteksi dini mencegah klaim bermasalah terkirim ke BPJS.
3. **Investigasi (*Investigation*):** Jika terdeteksi anomali, dilakukan investigasi mendalam untuk mencari bukti dan pelaku. Apakah ini *error* administrasi atau kesengajaan?
4. **Penindakan/Sanksi (*Sanction*):** Penerapan sanksi sesuai tingkat kesalahan untuk efek jera.

Penguatan Sistem IT sebagai benteng FCP. Sistem IT rumah sakit (SIMRS) harus didesain untuk mencegah *fraud*. Misalnya, sistem memblokir input diagnosis yang saling bertentangan (pria hamil). Sistem membatasi *copy-paste* rekam medis. Sistem mencatat *log activity*: siapa yang mengubah kode diagnosis pada jam berapa. Jejak audit digital ini vital untuk investigasi.

Analisis Risiko *Fraud*. Tim Anti-Fraud harus memetakan area mana yang paling berisiko. Apakah di Kamar Operasi (upcoding tindakan)? Apakah di Farmasi (obat kanker)? Atau di IGD (admisi tidak perlu)? Sumber daya pencegahan difokuskan pada area risiko tinggi (*High Risk Areas*).

Kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit harus proaktif mengundang tim MPKP (Manajemen Pemanfaatan dan Kepesertaan) BPJS untuk memberikan sosialisasi *update* regulasi. Seringkali *fraud* terjadi karena perbedaan persepsi regulasi. Forum komunikasi rutin mencegah kesalahpahaman ini.

Evaluasi dan Pelaporan FCP. Tim Anti-Fraud wajib melaporkan kinerjanya kepada Direktur dan Dinas Kesehatan setempat secara berkala. Laporan mencakup jumlah kasus yang dicegah, jumlah temuan audit, dan tindak lanjut perbaikan sistem. Transparansi ini menunjukkan itikad baik rumah sakit.

FCP bukan dokumen mati yang disimpan di lemari akreditasi. Ia harus hidup dalam operasional sehari-hari. Setiap kali koder ragu, dia ingat kebijakan anti-fraud. Setiap kali dokter mau

merawat pasien tanpa indikasi kuat, dia ingat pakta integritas. FCP adalah sistem imun organisasi.

#### D. Audit Klinis dan Investigasi Internal Berbasis Data

Audit klinis dalam konteks pencegahan *fraud* berbeda dengan audit klinis tradisional. Jika audit tradisional fokus pada mutu medis, audit *fraud* fokus pada kesesuaian antara fakta medis dan klaim finansial. Audit ini menggunakan pendekatan berbasis data (*Data Driven Audit*) untuk menemukan jarum di tumpukan jerami.



Gambar 18. Audit Klinis untuk Pencegahan Fraud JKN

Langkah pertama adalah **Analisis Data Klaim (*Data Mining*)**. Tim auditor tidak memeriksa semua berkas (karena ribuan). Mereka menggunakan teknik statistik untuk mencari anomali (*Outlier*). Contoh indikator anomali:

- **Lonjakan Diagnosis Tertentu:** Tiba-tiba di bulan ini kasus "Sepsis" naik 300% dibanding rata-rata tahun lalu. Ini mencurigakan.
- **Distribusi Severity Level yang Tidak Normal:** Secara statistik, kurva *severity level* biasanya berbentuk lonceng (Level I dan II terbanyak, Level III sedikit). Jika data RS menunjukkan 80% pasien adalah Level III, ini adalah *Red Flag* (indikasi *Upcoding*).
- **Profil Dokter (*Physician Profiling*):** Dokter A melakukan 50 operasi Appendiktomi sebulan, sementara Dokter B hanya 10. Apakah Dokter A sangat laku atau melakukan operasi yang tidak perlu?
- **Pola Waktu Pulang:** Banyak pasien pulang tepat 1 hari setelah batas minimal *Length of Stay* untuk tarif penuh.

Setelah menemukan anomali (misal: tingginya kasus Seksio Sesarea Level III), dilakukan **Audit Berkas Rekam Medis (*Medical Record Review*)**. Auditor mengambil sampel acak berkas Seksio Level III tersebut. Mereka memeriksa:

- Apakah kriteria Level III (misal ada Preeklamsia Berat) benar-benar terdokumentasi lengkap?
- Apakah ada hasil lab protein urin dan tensi tinggi yang mendukung diagnosis Preeklamsia?
- Apakah penanganan medis sesuai dengan protokol Preeklamsia? (Jika didiagnosis berat tapi tidak diberi obat anti-kejang/MgSO<sub>4</sub>, kemungkinan diagnosis itu palsu).

Teknik Investigasi. Jika ditemukan bukti ketidaksesuaian, auditor melakukan konfirmasi.

- **Konfirmasi ke Koder:** "Kenapa Anda mengkode ini? Apakah ada instruksi?"

- **Konfirmasi ke Dokter:** "Dok, diagnosis di resume medis tertulis Gagal Jantung, tapi di hasil Echo jantung normal. Mohon penjelasan."
- **Konfirmasi ke Pasien (jika perlu):** "Bu, apakah kemarin saat dirawat Ibu mendapatkan terapi fisioterapi?" (Untuk mendeteksi *phantom billing*).

Pelaporan Hasil Audit. Temuan audit dikategorikan menjadi: Kesalahan Administrasi (*Error*), Potensi Pemborosan (*Waste*), atau Indikasi Kecurangan (*Fraud*). Laporan harus menyajikan bukti objektif, estimasi kerugian finansial (selisih tarif klaim vs tarif seharusnya), dan rekomendasi perbaikan.

*Self-Assessment* dan Pengembalian Dana Sukarela. Jika audit internal menemukan bahwa RS telah salah klaim dan menerima kelebihan bayar, langkah paling etis dan aman adalah melaporkan diri ke BPJS dan mengembalikan dana tersebut secara sukarela (*Voluntary Refund*). Tindakan ini biasanya diapresiasi dan menghindarkan RS dari sanksi yang lebih berat jika temuan tersebut ditemukan oleh auditor eksternal (BPKP/KPK).

Peran Teknologi *Audit Tool*. Menggunakan *software* audit yang bisa membandingkan kode diagnosis dengan hasil lab secara otomatis. Misal, jika kode "Diabetes" muncul tapi tidak ada hasil Gula Darah, *software* memberi tanda merah. Teknologi ini meningkatkan efisiensi audit internal.

Pentingnya objektivitas auditor. Auditor internal harus dilindungi dari tekanan manajemen atau dokter senior. Jika auditor takut melaporkan temuan, sistem deteksi gagal. Struktur organisasi harus menjamin independensi auditor.

## **E. Aspek Hukum dan Sanksi dalam Tindak Pidana Fraud**

Pemahaman aspek hukum sangat penting agar manajemen tidak meremehkan implikasi *fraud*. Dasar hukum utama adalah Permenkes 16/2019 yang mengatur sanksi administratif. Sanksi ini berjenjang:

1. Peringatan Lisan dan Tertulis.
2. Pengembalian Kerugian: Rumah sakit wajib mengembalikan kelebihan bayar ke BPJS.
3. Denda Tambahan: BPJS dapat mengenakan denda persentase tertentu dari nilai klaim bermasalah.
4. Pemutusan Kerja Sama: Ini adalah "hukuman mati" bagi rumah sakit swasta yang mengandalkan pasien BPJS. Putus kontrak berarti tutup operasional.

Namun, sanksi tidak berhenti di ranah administratif. Jika terdapat unsur niat jahat (*mens rea*) dan kerugian negara yang nyata, kasus *fraud*JKN dapat ditarik ke ranah **Pidana Umum** (Penipuan/Pasal 378 KUHP) atau **Pidana Khusus (Korupsi)**.

- UU Tipikor (Pasal 2 dan 3): Setiap orang yang memperkaya diri sendiri/korporasi dan merugikan keuangan negara (dana BPJS adalah dana publik/negara) dapat dipidana penjara dan denda berat.
- Subjek hukum pidana korporasi: Rumah sakit sebagai badan hukum (PT/Yayasan) bisa menjadi tersangka korporasi. Sanksinya bisa berupa denda masif, penyitaan aset, hingga pembubaran korporasi.

Tanggung Jawab Direksi dan Dokter. Dalam pidana korporasi, pengurus (Direksi) yang memerintahkan atau membiarkan terjadinya kejahatan dapat dimintai pertanggungjawaban pidana (*Direct Liability*). Dokter yang menandatangani resume medis palsu juga dapat dijerat pasal pemalsuan surat (Pasal 263 KUHP) atau pasal penipuan.

Prinsip *Ultimum Remedium*. Dalam hukum kesehatan, pidana seharusnya menjadi upaya terakhir setelah upaya administratif dan perdata buntu. Namun, dalam kasus korupsi/kerugian negara, aparat penegak hukum (Kejaksaan/Polisi) seringkali langsung masuk tanpa menunggu

proses administratif selesai, terutama jika modusnya vulgar (*phantom billing*).

Dampak Perdata. Pasien yang menjadi korban *fraud* (misal: dioperasi padahal tidak perlu) dapat menggugat ganti rugi perdata atas dasar Perbuatan Melawan Hukum (PMH) atau wanprestasi. Gugatan ini bisa mencakup kerugian materil dan immateril yang nilainya tidak terbatas.

Perlindungan Hukum bagi *Whistleblower*. UU Perlindungan Saksi dan Korban memberikan perlindungan bagi pelapor tindak pidana korupsi. Rumah sakit tidak boleh menuntut balik atau memecat staf yang melaporkan korupsi ke penegak hukum.

Pentingnya Dokumentasi Legal. Untuk membela diri dari tuduhan *fraud*, rumah sakit harus punya bukti lengkap bahwa tindakan tersebut didasarkan pada indikasi medis (rekam medis lengkap), sesuai SPO, dan telah melalui proses verifikasi internal. "Rekam medis adalah saksi bisu terbaik di pengadilan." Jika rekam medis berantakan, pembelaan hukum akan lemah.

Manajemen Risiko Hukum. Bagian Legal RS harus aktif memantau tren kasus hukum *fraud*. Lakukan *legal audit* berkala terhadap kontrak kerja sama dan prosedur klaim. Jangan biarkan praktik "biasa" yang sebenarnya ilegal menjadi bom waktu.

## **F. Budaya Integritas dan Peran *Whistleblowing System***

Sistem dan regulasi sebaik apapun tidak akan efektif tanpa budaya organisasi yang sehat. *Fraud* seringkali berakar dari budaya organisasi yang toksik: tekanan target setoran yang tidak manusiawi, pengabaian etika demi profit, dan keteladanan buruk dari pimpinan. Membangun budaya integritas adalah strategi pencegahan jangka panjang yang paling ampuh (*Soft Control*).

Budaya integritas dimulai dari *Tone at the Top*. Direktur dan pemilik harus konsisten menunjukkan bahwa integritas lebih penting dari uang. Jika dalam rapat manajemen, direktur selalu bertanya "Gimana caranya naikin klaim dengan segala cara?" maka staf akan menangkap sinyal untuk berbuat curang.

Sebaliknya, jika direktur bertanya "Apakah klaim ini sudah sesuai aturan?" staf akan bekerja jujur.

Kode Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*). Rumah sakit harus memiliki buku saku etika yang secara eksplisit melarang *fraud*. Sosialisasi kode etik ini dilakukan sejak orientasi karyawan baru. Pelanggaran etika harus ditindak tegas tanpa pandang bulu, bahkan jika pelakunya adalah dokter spesialis "bintang" penghasil omzet terbesar. Konsistensi penegakan aturan membangun wibawa moral organisasi.

Sistem *Whistleblowing* (WBS). WBS adalah mekanisme pelaporan pelanggaran yang aman dan rahasia. Syarat WBS yang efektif:

1. **Kerahasiaan Identitas:** Pelapor tidak perlu menyebut nama (anonim) atau identitasnya dienkripsi.
2. **Saluran Mudah:** Bisa via aplikasi, email khusus, atau kotak surat.
3. **Independensi Penerima Laporan:** Laporan dikelola oleh tim independen (Komite Etik/SPI), bukan manajemen yang mungkin terlibat.
4. **Tindak Lanjut Nyata:** Laporan harus diinvestigasi. Jika pelapor melihat laporannya didiamkan, WBS akan mati suri.
5. **Perlindungan Pelapor:** Jaminan tidak ada mutasi, demosi, atau intimidasi.

Edukasi Anti-Korupsi. Melakukan pelatihan rutin tentang nilai-nilai anti-korupsi, gratifikasi, dan *conflict of interest*. Mengundang pembicara dari KPK atau praktisi hukum untuk membuka wawasan staf tentang bahaya *fraud*.

Membangun rasa memiliki (*Sense of Belonging*). Karyawan yang bangga dengan rumah sakitnya tidak akan mau merusak nama baik institusi dengan berbuat curang. Kesejahteraan karyawan yang layak juga faktor penting. Gaji yang terlalu rendah (*underpaid*) menciptakan tekanan ekonomi yang memicu rasionalisasi untuk mencuri (*fraud*). "Saya ambil sedikit karena gaji

saya kecil." Manajemen SDM yang adil adalah bagian dari pencegahan *fraud*.

Peran Komite Etik Rumah Sakit. Komite Etik harus aktif mempromosikan budaya kerja etis. Mereka menjadi tempat bertanya (*consultation body*) jika staf bingung menghadapi dilema: "Dokter menyuruh saya ubah kode, saya harus bagaimana?" Komite etik memberikan panduan moral.

Transparansi Kinerja. Membuka data kinerja keuangan dan klaim kepada staf secara proporsional. Jika staf tahu bahwa RS sedang diaudit ketat oleh BPJS, mereka akan lebih hati-hati. Keterbukaan mengurangi ruang gelap tempat jamur *fraud* tumbuh.

Kesimpulannya, pencegahan *fraud* membutuhkan kombinasi antara *Hard Controls* (Sistem IT, Audit, Sanksi) dan *Soft Controls* (Budaya, Etika, Integritas). Rumah sakit yang berintegritas bukan hanya aman dari hukum, tapi juga dipercaya oleh masyarakat dan diberkahi keberlanjutannya.

## **G. Referensi Bab 11**

### **Daftar Pustaka (Buku & Laporan)**

- ACFE (Association of Certified Fraud Examiners). (2020). *Report to the Nations: Global Study on Occupational Fraud and Abuse*. ACFE.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Busch, R. S. (2012). *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*. John Wiley & Sons. (Referensi teknis audit fraud).
- Comptroller General of the United States. (2018). *Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report*. Washington DC.
- Ernawaty, et al. (2019). *Analisis Fraud Layanan Kesehatan di Era JKN*. Surabaya: Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia.

- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi). (2015). *Kajian Tata Kelola Dana Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: KPK.
- KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi). (2017). *Pedoman Pencegahan Korupsi di Sektor Swasta*. Jakarta: KPK.
- Kemenkes RI. (2019). *Buku Saku Pencegahan Fraud JKN*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes.
- Kurniawati, D. (2016). *Manajemen Risiko Layanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Levi, M., & Smith, J. (2016). *Fraud and Corruption in Healthcare*. Policy Press.
- Mahawan, A. (2018). *Hukum Pidana Kesehatan: Malpraktik dan Fraud*. Yogyakarta: Medika Press.
- Muliaputra, A. (2019). *Kupas Tuntas Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Piper, L. E. (2016). *Ethical Leadership in Healthcare*. Jones & Bartlett Learning.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspasari, H. W. (2021). *Deteksi Kecurangan Laporan Keuangan di Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Empat.
- Rivai, V. (2018). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan*. Jakarta: Rajawali Pers. (Terkait budaya kerja).
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.

- Sparrow, M. K. (2000). *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*. Westview Press. (Buku klasik tentang fraud kesehatan).
- Sparrow, M. K. (2008). *The Character of Harms: Operational Challenges in Control*. Cambridge University Press.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Tim Pencegahan Kecurangan JKN. (2018). *Pedoman Teknis Pencegahan dan Penanganan Kecurangan JKN*. Jakarta: Kemenkes-KPK-BPJS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan: Konsep dan Analisis Biaya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Zack, G. M. (2015). *Auditing for Fraud and Abuse in Healthcare*. AICPA.
- Transparency International. (2019). *Global Corruption Report: Health*.

### **Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan

Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Diganti oleh PMK 16/2019, referensi sejarah).  
Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 jo. UU Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.  
Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.  
Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) - Pasal-pasal tentang Penipuan dan Pemalsuan Surat.



# BAB XII

## MANAJEMEN OBAT DAN LOGISTIK FARMASI



### **A. Pendahuluan**

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) memegang peranan ganda yang unik dan krusial dalam ekosistem pelayanan kesehatan. Di satu sisi, farmasi adalah pusat pelayanan klinis yang menjamin pasien mendapatkan terapi obat yang aman dan efektif (*patient safety*). Di sisi lain, farmasi adalah pusat logistik yang mengelola aset lancar terbesar di rumah sakit. Secara statistik, belanja obat dan perbekalan kesehatan menyumbang sekitar 30% hingga 40% dari total pengeluaran operasional rumah sakit, dan sekaligus berkontribusi terhadap 40% hingga 50% pendapatan rumah sakit (dalam era *fee for service*). Namun, dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan sistem paket INA-CBGs, posisi farmasi bergeser drastis dari pusat pendapatan (*revenue center*) menjadi pusat biaya (*cost center*) yang harus dikelola dengan efisiensi tingkat tinggi. Setiap butir obat yang terbuang, kadaluarsa, atau diberikan berlebihan adalah penggerus margin keuntungan rumah sakit.

Manajemen logistik farmasi tidak sesederhana manajemen gudang barang dagangan biasa. Obat adalah komoditas regulasi tinggi (*highly regulated commodity*). Penyimpanannya menuntut kondisi khusus (suhu dingin untuk vaksin/insulin, kelembaban terjaga, keamanan tinggi untuk narkotika). Kesalahan dalam

penyimpanan tidak hanya merusak nilai ekonomi obat, tetapi mengubah obat menjadi racun yang membahayakan nyawa. Selain itu, obat memiliki masa hidup (*shelf life*) yang terbatas. Risiko kerugian akibat obat kadaluarsa (*expired date*) adalah mimpi buruk bagi setiap manajer farmasi. Oleh karena itu, strategi pengelolaan inventori di rumah sakit harus menyeimbangkan antara ketersediaan stok (*availability*) untuk kondisi gawat darurat dan efisiensi modal kerja (*working capital*) agar tidak tertimbun dalam stok mati.

Tantangan utama di era JKN adalah volatilitas ketersediaan obat dan margin yang sangat tipis. Pemerintah menetapkan harga obat melalui E-Katalog dan membatasi pilihan obat melalui Formularium Nasional (Fornas). Rumah sakit dipaksa untuk beroperasi dalam koridor harga yang ketat ini. Seringkali terjadi fenomena kekosongan obat (*stockout*) di tingkat distributor nasional yang memaksa rumah sakit mencari obat substitusi dengan harga pasar yang lebih mahal, namun tidak bisa ditagihkan selisihnya ke pasien. Kemampuan manajerial untuk melakukan *forecasting* (peramalan) kebutuhan dan negosiasi rantai pasok menjadi kompetensi wajib yang menentukan kelancaran pelayanan.



Gambar 19. Manajemen Obat dan Logistik Farmasi

Konsep *Inventory Turnover Ratio* (ITOR) atau rasio perputaran persediaan menjadi indikator kesehatan logistik farmasi. Semakin cepat perputaran stok, semakin efisien penggunaan modal rumah sakit. Stok yang "duduk manis" di gudang selama berbulan-bulan adalah uang mati yang seharusnya bisa digunakan untuk membayar gaji karyawan atau perbaikan gedung. Manajemen farmasi modern menargetkan ITO yang tinggi (misal 8-12 kali per tahun) dengan menerapkan prinsip *Just in Time* (JIT) yang dimodifikasi sesuai karakteristik kedaruratan medis. Namun, penerapan JIT yang terlalu agresif tanpa *safety stock* yang memadai berisiko menyebabkan kegagalan layanan saat terjadi lonjakan pasien tak terduga (seperti saat wabah).

Inefisiensi dalam logistik farmasi seringkali tersembunyi (*hidden costs*). Biaya simpan (*holding cost*), biaya pemesanan (*ordering cost*), dan biaya kekurangan stok (*stockout cost*) sering tidak terhitung secara akurat dalam laporan keuangan tradisional. Selain itu, ada kerugian akibat *shrinkage* (penyusutan) yang disebabkan oleh pencurian, kerusakan fisik, atau administrasi yang buruk. Sistem informasi manajemen farmasi yang terintegrasi dari hulu (pemesanan) ke hilir (penyerahan ke pasien) mutlak diperlukan untuk menutup celah kebocoran ini. *Barcode system* dan *Inventory tracking real-time* bukan lagi kemewahan, tapi kebutuhan dasar.

Perubahan paradigma pelayanan farmasi dari *Drug Oriented* ke *Patient Oriented* juga berdampak pada manajemen logistik. Apoteker tidak lagi hanya berdiam di gudang menghitung stok, tetapi turun ke bangsal melakukan rekonsiliasi obat dan pemantauan terapi. Hal ini menciptakan kebutuhan akan sistem distribusi obat yang mendukung peran klinis tersebut, seperti sistem *Unit Dose Dispensing* (UDD). UDD terbukti menurunkan angka kesalahan pemberian obat (*medication error*) dan mengurangi limbah obat yang tidak terpakai (*drug waste*), yang secara langsung berkontribusi pada efisiensi biaya.

Manajemen Formularium Rumah Sakit adalah benteng pertahanan efisiensi. Tanpa formularium yang dipatuhi, variasi obat akan meledak. Dokter A minta obat merek X, Dokter B minta obat merek Y, padahal isinya sama. Hal ini menyebabkan inefisiensi pengadaan (karena volume pembelian terpecah) dan pembengkakan nilai inventori. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) memiliki mandat berat untuk menyeleksi obat yang paling *cost-effective* dan "memaksa" dokter untuk mematuhi. Disiplin formularium adalah pilar utama kendali biaya farmasi.

Aspek pengelolaan limbah farmasi juga menjadi isu biaya dan lingkungan. Obat kadaluarsa atau rusak adalah Limbah B3 yang pemusnahannya membutuhkan biaya mahal (membayar pihak ketiga). Mencegah obat menjadi kadaluarsa melalui mekanisme *First Expired First Out* (FEFO) dan rotasi stok antar unit adalah strategi penghematan ganda: hemat biaya beli (karena obat terpakai) dan hemat biaya buang.

Hubungan dengan pemasok (*Vendor Management*) di era digital semakin transparan namun kompleks. Sistem E-Purchasing pemerintah mengharuskan transparansi, namun kendala distribusi di negara kepulauan seperti Indonesia membuat *lead time* (waktu tunggu kedatangan barang) sering tidak pasti. Manajemen rumah sakit harus memiliki strategi mitigasi risiko rantai pasok, termasuk memiliki vendor cadangan dan manajemen stok penyangga (*buffer stock*) yang dinamis.

Peran teknologi otomatisasi (*Pharmacy Automation*). Penggunaan mesin *dispensing* otomatis (seperti Pyxis atau robot peracik puyer) mulai diadopsi oleh rumah sakit besar. Meskipun investasi awalnya mahal, teknologi ini meningkatkan akurasi, kecepatan, dan keamanan inventori. Robot tidak pernah lelah dan tidak pernah mencuri obat. Dalam jangka panjang, otomatisasi menekan biaya operasional SDM.

Audit Farmasi. Audit stok (*Stock Opname*) berkala adalah mekanisme kontrol internal yang menyakitkan tapi perlu. Selisih antara stok fisik dan stok komputer harus diinvestigasi. Apakah

karena salah input? Atau dicuri? Budaya kejujuran dan ketelitian dalam pengelolaan aset ini harus ditanamkan kepada seluruh staf farmasi. Toleransi terhadap selisih stok harus diminimalkan.

Farmakoekonomi sebagai alat pengambil keputusan. Dalam memilih apakah akan memasukkan obat baru yang mahal ke dalam formularium, manajemen harus menggunakan analisis farmakoekonomi (seperti *Cost-Effectiveness Analysis*). Apakah obat baru seharga 1 juta ini memberikan kesembuhan yang lebih baik dibanding obat lama seharga 100 ribu? Jika tidak, maka secara ekonomi tidak layak diadopsi. Keputusan berbasis bukti ekonomi ini menjaga rasionalitas belanja obat.

Pengendalian Narkotika dan Psikotropika. Regulasi obat golongan ini sangat ketat dengan ancaman pidana. Manajemen administrasinya memakan waktu dan sumber daya (pelaporan SIPNAP). Namun, pengendalian ketat ini juga mencegah kebocoran obat mahal ini ke pasar gelap yang merugikan rumah sakit secara finansial dan reputasi.

Sinergi Farmasi dan Casemix. Tim farmasi harus paham pola tarif INA-CBGs. Mereka harus memberi masukan kepada manajemen: "Untuk paket operasi Hernia tarif 3 juta, kita tidak bisa pakai benang operasi merk A yang harganya 1 juta. Kita harus pakai merk B yang harganya 300 ribu tapi mutunya setara." Sinergi ini memastikan biaya obat/alkes selalu berada di bawah plafon tarif paket.

Akhirnya, pendahuluan ini menyimpulkan bahwa manajemen obat yang efisien adalah seni menyeimbangkan tiga hal: Kualitas (mutu obat), Ketersediaan (kecepatan layanan), dan Biaya (harga dan efisiensi). Kegagalan di satu aspek akan meruntuhkan aspek lainnya. Farmasi yang efisien adalah tulang punggung profitabilitas rumah sakit.

## **B. Seleksi dan Perencanaan: Formularium RS & E-Purchasing**

Tahap seleksi dan perencanaan adalah hulu dari manajemen logistik farmasi. Kesalahan di tahap ini akan berdampak sistemik ke seluruh rantai pasok, menyebabkan penumpukan stok mati atau kekosongan obat vital. Instrumen utama seleksi adalah **Formularium Rumah Sakit**. Formularium bukan sekadar daftar obat, melainkan dokumen kebijakan yang disepakati oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT) yang mewakili staf medis dan manajemen. Formularium harus disusun berdasarkan kriteria: efikasi (terbukti manjur), keamanan (*safety*), kualitas, dan keterjangkauan (*cost-effectiveness*). Di era JKN, Formularium RS wajib mengacu pada Formularium Nasional (Fornas). Namun, RS diperbolehkan memiliki obat non-Fornas dalam proporsi terbatas untuk melayani pasien umum atau kasus khusus, asalkan didukung analisis biaya yang kuat.

Kepatuhan terhadap formularium adalah tantangan terbesar. Seringkali dokter spesialis, dipengaruhi oleh promosi industri farmasi, meminta obat paten di luar formularium. Jika manajemen menuruti semua permintaan ini, varian obat akan meledak (*inventory bloating*). Strategi kendali biaya menuntut pembatasan varian. Untuk satu jenis zat aktif (misal: Ceftriaxone), cukup sediakan 1 obat generik dan 1 obat nama dagang (*branded*) yang paling efisien. Tidak perlu menyediakan 5 merek Ceftriaxone berbeda. Standarisasi ini meningkatkan daya tawar RS terhadap vendor (volume beli lebih besar per item) dan menyederhanakan pengelolaan gudang.

Perencanaan kebutuhan obat harus berbasis data, bukan intuisi. Metode konsumsi (melihat pemakaian masa lalu) dan metode epidemiologi (melihat pola penyakit) harus dikombinasikan. Di era JKN, rumah sakit wajib menyusun Rencana Kebutuhan Obat (RKO) tahunan yang diinput ke sistem E-Monev Kemenkes. RKO ini menjadi tiket untuk bisa membeli obat E-

Katalog. Jika obat tidak ada di RKO, RS tidak bisa membelinya via E-Purchasing. Ini menuntut manajemen farmasi untuk memiliki kemampuan *forecasting* yang presisi. Perencanaan yang buruk (misal: RKO terlalu sedikit) memaksa RS membeli obat reguler dengan harga pasar yang jauh lebih mahal, menggerus margin keuntungan.

**E-Purchasing** melalui E-Katalog adalah mekanisme pengadaan utama bagi RS Pemerintah dan sangat disarankan bagi RS Swasta yang bekerjasama dengan BPJS. Harga E-Katalog adalah harga pemerintah yang biasanya jauh lebih murah dari harga pasar. Namun, tantangan E-Purchasing adalah kepastian suplai. Seringkali obat di E-Katalog tayang tapi stok kosong di distributor. Manajemen harus memiliki strategi mitigasi: jika E-Katalog kosong, segera cari obat substitusi dengan harga setara atau lakukan pengadaan manual dengan justifikasi yang kuat agar tidak menjadi temuan audit.

Evaluasi *Pareto* dalam perencanaan. Gunakan Hukum Pareto (80/20). Biasanya 20% item obat menyerap 80% anggaran. Fokuskan akurasi perencanaan pada 20% item mahal ini (Kelompok A). Jangan habiskan waktu menghitung Paracetamol (murah) terlalu detail, tapi hitunglah kebutuhan Albumin atau Meropenem (mahal) dengan sangat teliti. Kesalahan hitung di item mahal berdampak fatal pada *cash flow*.

Perencanaan juga harus mempertimbangkan kapasitas gudang. Jangan memesan infus cairan dalam jumlah masif jika gudang tidak muat, karena akan menaikkan biaya kerusakan dan penanganan. Konsep *Economic Order Quantity* (EOQ) disesuaikan dengan kapasitas simpan (*space constraint*).

Integrasi perencanaan dengan pola penyakit musiman. RKO harus fleksibel mengantisipasi tren, misal: stok obat DBD ditingkatkan menjelang musim hujan, stok obat ISPA ditingkatkan saat musim pancaroba. Farmasi harus berkomunikasi dengan Komite Medik dan IGD untuk membaca tren epidemiologi ini.

Peran KFT dalam menghapus obat usang. Seleksi juga berarti membuang. Obat-obatan yang sudah tidak digunakan lagi oleh dokter atau sudah ada generasi baru yang lebih baik harus segera dikeluarkan dari formularium (*delisting*). Menyimpan obat "zombie" yang tidak pernah diresepkan adalah pemborosan ruang dan modal.

Negosiasi harga untuk obat non-E-Katalog. Untuk obat-obatan yang tidak tercover E-Katalog (biasanya untuk pasien umum/estetika), manajemen harus melakukan negosiasi B2B dengan distributor. Gunakan volume pembelian sebagai daya tawar untuk mendapatkan diskon tambahan (*off-invoice discount*) atau bonus barang. Namun, pastikan bonus barang tercatat sebagai aset RS, bukan gratifikasi pribadi.

Transparansi seleksi obat. Proses seleksi obat masuk formularium harus bebas dari konflik kepentingan (*Conflict of Interest*). Dokter yang mengusulkan obat baru harus mendeklarasikan jika memiliki hubungan kerja sama dengan pabrik farmasi terkait. Integritas KFT menjaga agar formularium berisi obat yang benar-benar dibutuhkan pasien, bukan obat titipan sponsor.

Perencanaan obat emergensi dan bencana. Stok obat *life-saving* (Adrenalin, Atropin) harus selalu tersedia 100% (*zero tolerance for stockout*). Perencanaan obat ini menggunakan metode *min-max* level yang ketat, bukan berdasarkan konsumsi rata-rata, karena penggunaannya jarang tapi kritis.

Implementasi sistem *Automatic Re-ordering*. SIMRS yang canggih bisa disetting untuk membuat draf pesanan otomatis ketika stok menyentuh titik pemesanan kembali (*Reorder Point*). Ini mengurangi beban kerja administratif dan risiko *human error* lupa pesan.

Pentingnya evaluasi *Lead Time* vendor. Dalam merencanakan kapan harus pesan, perhitungkan waktu tunggu kedatangan barang. Jika vendor A murah tapi sering telat 1

minggu, sedangkan vendor B agak mahal tapi kirim besok sampai, maka untuk obat kritis Vendor B mungkin lebih efisien (mencegah *opportunity loss*). Biaya kemahalan sedikit terbayar oleh kelancaran pelayanan.

Sinkronisasi RKO dengan Anggaran Keuangan. Rencana belanja obat harus disinkronkan dengan *cash flow* rumah sakit. Jangan memesan obat mahal di minggu dimana RS harus bayar gaji dan THR karyawan. Manajemen arus kas yang buruk bisa menyebabkan gagal bayar ke distributor, yang berujung pada penghentian suplai (*blacklisted*).

Kesimpulannya, seleksi dan perencanaan adalah fondasi efisiensi. "Gagal merencanakan berarti merencanakan kegagalan." Formulir yang solid dan RKO yang akurat adalah setengah dari kemenangan kendali biaya farmasi.

### **C. Strategi Pengendalian Inventori (Analisis ABC-VEN & EOQ)**

Pengendalian inventori adalah jantung dari efisiensi logistik. Tujuannya adalah menjaga keseimbangan optimal: stok cukup untuk pelayanan, tapi tidak berlebih sehingga membebani modal. Metode yang paling efektif dan wajib diterapkan adalah **Analisis Matriks ABC-VEN**. Metode ini menggabungkan dua perspektif: nilai ekonomi (ABC) dan nilai kritis medis (VEN).

Analisis ABC (Pareto) membagi obat berdasarkan nilai investasi (Harga x Jumlah Pemakaian):

- **Kelompok A:** 10-20% item obat yang menyerap 70-80% anggaran. (Contoh: Antibiotik injeksi mahal, obat kanker, obat jantung paten).
- **Kelompok B:** 20-30% item obat yang menyerap 15-20% anggaran.
- **Kelompok C:** 50-60% item obat yang hanya menyerap 5-10% anggaran. (Contoh: Paracetamol, Vitamin, Kassa). Strategi pengendalian: Kelompok A harus dikendalikan super ketat.

Stoknya tidak boleh banyak (untuk hemat modal), tapi tidak boleh kosong. Pemesanannya sering dalam jumlah kecil (JIT). Kelompok C bisa distok dalam jumlah banyak (buffer besar) karena murah, untuk mengurangi frekuensi pemesanan (*ordering cost*).

Analisis VEN membagi obat berdasarkan kekritisannya terhadap nyawa:

- **V (Vital):** Obat penyelamat nyawa, tidak boleh kosong sedetikpun. (Contoh: Epinefrin, Insulin, Anti-kejang).
- **E (Essential):** Obat penyembuh penyakit penyebab kematian, tapi bisa ditunda sedikit. (Contoh: Antibiotik, NSAID, Anti-hipertensi).
- **N (Non-Essential):** Obat penunjang, vitamin, suplemen. Kekosongan tidak fatal.

**Matriks ABC-VEN** menggabungkan keduanya untuk prioritas keputusan.

- **Kategori AV (Vital - Mahal):** Ini adalah prioritas utama manajemen. Harus diawasi Direktur. Stok dijaga minimal, tapi *supply chain* harus sangat andal. Audit stok dilakukan harian/mingguan.
- **Kategori CV (Vital - Murah):** Stok harus melimpah. Jangan sampai RS kehabisan Adrenalin (murah) yang menyebabkan kematian pasien. Karena murah, biaya simpannya tidak signifikan.
- **Kategori AN (Non Essential - Mahal):** Ini adalah sumber pemborosan terbesar. Obat mahal yang tidak vital (misal: suplemen impor mahal). Strateginya: Hapus dari formularium atau batasi persepsan sangat ketat. Jangan menyetok ini di gudang.
- **Kategori CN (Non Essential - Murah):** Pengendalian longgar, pesan jarang dalam jumlah besar.

**Economic Order Quantity (EOQ)** adalah rumus matematika untuk menentukan jumlah pesanan paling ekonomis, di mana

biaya pesan seimbang dengan biaya simpan. EOQ cocok untuk obat Kelompok C yang konsumsinya stabil. Namun, untuk obat Kelompok A yang fluktuatif atau obat Vital, EOQ kurang relevan karena risiko *stockout* lebih berbahaya daripada inefisiensi biaya pesan.

Penentuan **Safety Stock (Stok Penyangga)**. *Safety stock* adalah stok ekstra untuk mengantisipasi lonjakan permintaan atau keterlambatan vendor. Besar *safety stock* tergantung pada deviasi standar pemakaian dan *lead time*. Untuk obat Vital, *safety stock* harus tinggi. Untuk obat Non-Essential, *safety stock* bisa rendah atau nol.

Titik Pemesanan Kembali (**Reorder Point / ROP**).  $ROP = (\text{Pemakaian Rata-rata} \times \text{Lead Time}) + \text{Safety Stock}$ . Sistem komputer harus disetting ROP-nya. Jika ROP obat Amoxicillin adalah 10 kotak, maka saat stok fisik tinggal 10, sistem otomatis memberi alarm "Pesan Sekarang." Manajer farmasi harus rutin meninjau setting ROP ini. ROP yang terlalu tinggi bikin stok numpuk, ROP terlalu rendah bikin sering kosong.

Pengendalian Stok Mati (*Dead Stock*) dan *Slow Moving*. Stok mati adalah obat yang tidak bergerak selama 3 bulan. Ini adalah kerugian. Strategi:

1. Identifikasi dini: Laporan *slow moving* bulanan.
2. Tindak lanjut: Minta dokter meresepkan (jika masih layak medis), tawarkan ke RS lain, atau retur ke vendor (jika ada perjanjian retur).
3. Pencegahan: Jangan menerima obat dengan ED dekat (kurang dari 2 tahun) kecuali ada jaminan retur.

Manajemen Kadaluarsa (ED). Terapkan prinsip **FEFO (First Expired First Out)**. Obat yang ED-nya lebih dekat harus keluar duluan, meskipun dia baru datang. Sistem penataan gudang harus mendukung FEFO. Label warna-warni untuk menandai obat yang mau ED (misal: stiker merah untuk ED < 6 bulan) membantu petugas visual mengambil obat yang tepat.

Stok Opname (*Stock Taking*). Lakukan stok opname parsial secara bergilir (*cycle counting*). Tidak perlu menutup pelayanan untuk menghitung semua obat sekaligus setahun sekali. Hitunglah obat Kelompok A setiap minggu, Kelompok B setiap bulan, Kelompok C setiap triwulan. Ini menjaga akurasi data stok komputer tanpa mengganggu operasional.

Pengendalian Obat Konsinyasi. Obat mahal (seperti ring jantung/implan ortopedi) seringkali menggunakan sistem konsinyasi (titip jual). RS tidak beli di awal, tapi bayar yang terpakai. Strategi ini sangat efisien karena RS tidak menanggung biaya modal dan risiko stok mati. Perbanyak kerja sama konsinyasi untuk item mahal dan jarang pakai (*slow moving high value*).

Manajemen Inventori di Satelit/Depo. Jangan menumpuk stok di satelit farmasi (Rawat Inap/IGD). Satelit hanya boleh punya stok untuk kebutuhan 1-2 hari (*par level*). Gudang pusat berfungsi sebagai *reservoir*. Distribusi dari gudang ke satelit harus rutin dan terpantau.

Digitalisasi Inventori. Gunakan teknologi *RFID* atau *Barcode* untuk mempercepat proses penerimaan dan pengeluaran barang serta mengurangi kesalahan input.

Kesimpulannya, pengendalian inventori dengan ABC-VEN mengubah pengelolaan obat dari "seni menebak" menjadi "sains presisi." Ini memastikan uang rumah sakit diinvestasikan pada obat yang paling kritis bagi pasien dan paling bernilai bagi bisnis.

#### **D. Distribusi dan Pencegahan *Losses* (UDD & Floor Stock)**

Sistem distribusi obat dari farmasi ke pasien adalah titik rawan terjadinya inefisiensi, kesalahan pemberian, dan kehilangan (*shrinkage*). Ada tiga metode utama distribusi: *Floor Stock* (Persediaan di Ruangan), *Individual Prescription* (Resep Perorangan), dan *Unit Dose Dispensing* (UDD). Dari kacamata kendali mutu dan biaya, **UDD adalah standar emas (gold standard)** yang harus dituju oleh setiap rumah sakit.

**Unit Dose Dispensing (UDD)** adalah sistem di mana obat disiapkan dalam bentuk dosis tunggal siap pakai (satu bungkus untuk satu kali minum) dan diserahkan ke perawat untuk pemakaian maksimal 24 jam.

- **Efisiensi Biaya:** UDD drastis mengurangi limbah obat. Dalam sistem resep perorangan tradisional, pasien diresepkan 1 strip (10 tablet), tapi baru minum 3 tablet, pasien pulang atau ganti obat. Sisa 7 tablet seringkali terbuang atau hilang di laci pasien. Dengan UDD, pasien hanya ditagih 3 tablet yang diminum. Sisa stok tetap aman di farmasi pusat. Studi menunjukkan penghematan biaya obat bisa mencapai 15-20% dengan UDD.
- **Efisiensi Mutu:** Farmasi melakukan kajian resep (*screening*) sebelum obat disiapkan. Ini mencegah *medication error* (salah dosis, interaksi) sebelum sampai ke pasien. Perawat juga terbantu karena tidak perlu memotong/meracik obat di ruang rawat yang sibuk.

**Floor Stock (Persediaan Lengkap di Ruangan).** Sistem ini menempatkan stok obat lengkap di lemari obat ruang rawat (*Nurse Station*). Perawat mengambil sendiri sesuai instruksi dokter.

- **Kelemahan Fatal:** Risiko kehilangan/pencurian sangat tinggi. Kontrol stok sulit karena diakses banyak orang. Risiko kadaluarsa tinggi karena perawat jarang mengecek ED. Risiko kesalahan pemberian tinggi karena tidak ada *double check* oleh farmasi.
- **Penggunaan Terbatas:** *Floor stock* sebaiknya HANYA digunakan untuk obat gawat darurat (*Emergency Kit*) dan BMHP sederhana (kapas, alkohol). Obat-obatan *high alert* dan mahal DILARANG masuk *floor stock* bebas.

**Emergency Kit (Trolis Emergency).** Kunci efisiensinya adalah sistem segel (*lock*). Trolis emergensi harus dikunci dengan segel bernomor yang mudah diputus (*disposable seal*). Jika segel utuh,

berarti isinya lengkap, tidak perlu dihitung tiap shift (efisiensi waktu perawat). Jika segel putus, farmasi segera mengisi ulang dan menyegel kembali (jaminan ketersediaan). Audit kepatuhan segel ini vital.

Pencegahan Kehilangan (*Loss Prevention*). Obat adalah barang kecil bernilai tinggi, sangat rawan dicuri (*pilferage*). Strategi pencegahan:

1. **Akses Terbatas:** Gudang farmasi hanya boleh diakses petugas berwenang. Gunakan *Fingerprint access* dan CCTV di lorong gudang.
2. **Pemisahan Tugas:** Petugas yang memesan barang (pengadaan) harus beda dengan yang menerima barang (gudang) dan yang membayar (keuangan). Ini mencegah kolusi.
3. **Audit Mendadak:** Lakukan *spot check* stok fisik obat mahal secara acak.
4. **Tracking Sampah:** Cek tempat sampah medis. Kadang obat bagus dibuang ke sampah seolah-olah rusak, padahal diambil lagi nanti.

Manajemen Obat Retur Pasien. Pasien rawat inap yang pulang sering menyisakan obat (terutama infus/injeksi yang belum dibuka). Sistem harus memfasilitasi retur obat ini agar tagihan pasien dikurangi (kepuasan pelanggan) dan obat bisa dipakai pasien lain (efisiensi). UDD meminimalkan kerumitan retur ini karena obat yang ada di pasien hanya untuk 24 jam.

Distribusi Gas Medis (Oksigen). Sering terjadi kebocoran biaya di gas medis. Tabung oksigen dilaporkan kosong padahal masih ada sisa, atau tabung hilang. Gunakan sistem sentral gas medis dengan *flowmeter* digital untuk efisiensi dan akurasi tagihan. Tabung *portable* harus diinventarisasi ketat.

Distribusi ke Kamar Operasi (OK). OK adalah area konsumsi obat/alkes terbesar. Gunakan sistem **Paket Operasi**. Untuk operasi Appendiktomi, farmasi menyiapkan satu paket berisi: 1

benang, 1 pisau bedah, 2 pasang handscoon, 1 antibiotik, dll. Jika ada sisa, dikembalikan. Jika ada tambahan, dicatat terpisah. Sistem paket memudahkan *billing* dan kontrol stok.

Transportasi Obat (*Pneumatic Tube System*). Untuk rumah sakit bertingkat, investasi sistem tabung pneumatik (kirim obat lewat pipa angin) sangat efisien. Ini mengurangi waktu tunggu (*waiting time*) obat di bangsal dan mengurangi kebutuhan tenaga *transporter*(porter) yang mondar-mandir. ROI sistem ini cukup cepat karena efisiensi tenaga kerja.

Pelabelan dan Keamanan (*LASA/High Alert*). Di area distribusi, obat *Look Alike Sound Alike*(LASA) tidak boleh diletakkan berdekatan untuk mencegah salah ambil. Obat *High Alert*(misal KCl pekat) harus diberi stiker merah. Kesalahan ambil obat di gudang karena tata letak yang buruk adalah inefisiensi mutu yang berbahaya.

Kesimpulannya, strategi distribusi UDD adalah revolusi efisiensi di rumah sakit. Meskipun transisi ke UDD membutuhkan investasi SDM farmasi (karena butuh shift 24 jam), namun penghematan dari pengurangan limbah dan kesalahan obat jauh melampaui biaya gajinya.

## **E. Manajemen Rantai Pasok dan Negosiasi Vendor**

Manajemen rantai pasok (*Supply Chain Management*- SCM) di farmasi berfokus pada aliran barang dari pabrik hingga ke pasien dengan biaya termurah dan kecepatan terbaik. Kunci SCM adalah hubungan dengan pemasok (*Supplier Relationship Management*). Di era JKN, di mana harga sudah dipatok pemerintah (E-Katalog), ruang negosiasi harga memang sempit, tapi bukan berarti tidak ada. Negosiasi bergeser ke aspek pelayanan dan *Value Added Service*.

Kriteria Seleksi Vendor. Jangan hanya pilih yang murah. Vendor yang baik harus memenuhi kriteria:

1. **Legalitas:** PBF (Pedagang Besar Farmasi) resmi, punya CDOB (Cara Distribusi Obat yang Baik).

2. **Service Level: Fill Rate** (persentase pemenuhan pesanan) tinggi. Jika kita pesan 100, dikirim 100, bukan 50.
3. **Lead Time:** Waktu kirim cepat dan konsisten.
4. **Kebijakan Retur:** Mau menerima retur obat ED (biasanya 3-6 bulan sebelum ED). Ini sangat membantu mengurangi kerugian stok mati RS.
5. **Termin Pembayaran:** Memberikan tempo pembayaran panjang (misal 45-60 hari). Ini membantu *cash flow* RS.

Negosiasi *Term of Payment* (TOP). Karena BPJS membayar klaim ke RS seringkali terlambat (H+X bulan), RS harus negosiasi ke vendor obat agar TOP-nya disesuaikan dengan siklus pembayaran BPJS. "Kami akan beli banyak dari Anda, tapi tolong beri tempo 60 hari." Vendor biasanya mau asalkan volume pembelian besar dan pembayaran RS disiplin (tidak wanprestasi). Strategi *Back-to-Back Payment* ini menjaga likuiditas RS.

Konsolidasi Vendor. Jangan punya terlalu banyak vendor untuk satu jenis barang. Konsolidasikan pembelian ke beberapa vendor utama (Pareto Vendor) untuk mendapatkan posisi tawar yang kuat. Menjadi "Key Account" bagi vendor besar memberi privilese seperti prioritas pengiriman saat barang langka.

Penanganan Kelangkaan Obat (*Drug Shortage Management*). Saat terjadi kekosongan nasional (misal: kelangkaan cairan infus), manajer farmasi harus proaktif.

1. Kontak vendor-vendor alternatif.
2. Koordinasi dengan dokter untuk penggunaan obat substitusi (misal: ganti Ringer Laktat dengan NaCl jika memungkinkan).
3. Lakukan *rationing* (penjatahan) internal untuk kasus prioritas.
4. Pinjam stok ke RS tetangga (*inter-hospital loan*).

Penerapan *Vendor Managed Inventory* (VMI). Untuk vendor besar (misal: vendor cairan infus atau gas medis), RS bisa menerapkan VMI. Vendor yang bertanggung jawab mengecek stok di gudang RS dan mengisinya secara rutin. RS tidak perlu

repot memesan. Ini mengurangi biaya administrasi pemesanan (*ordering cost*).

Audit Kinerja Vendor. Lakukan evaluasi vendor setiap 6 bulan atau 1 tahun. Beri skor (Rapor Vendor) berdasarkan ketepatan waktu, kelengkapan kiriman, dan respons komplain. Vendor dengan rapor merah dicoret dari daftar rekanan (*delisting*). Berikan *feedback* ini ke vendor agar mereka memperbaiki diri.

Negosiasi Diskon *Off-Invoice* untuk Obat Non-E-Katalog. Untuk obat bebas atau suplemen yang dijual di apotek rawat jalan umum (bonafide), margin keuntungan bisa dimaksimalkan dengan negosiasi diskon volume.

Pencegahan Gratifikasi. Negosiasi harus dilakukan secara institusional (Tim Pengadaan), bukan perorangan. Diskon atau bonus harus tertulis dalam faktur dan masuk ke kas RS, bukan ke kantong manajer farmasi. Transparansi negosiasi menjaga integritas SCM.

Logistik Balik (*Reverse Logistics*). Manajemen pengembalian barang rusak atau recall pabrik. Proses ini harus cepat agar RS segera mendapat ganti barang bagus atau *credit note* (potongan tagihan). Jangan biarkan barang retur menumpuk di gudang karantina bertahun-tahun tanpa kejelasan status.

Kesimpulannya, vendor adalah mitra strategis. Membangun hubungan jangka panjang yang saling percaya (*trust*) lebih menguntungkan daripada hubungan transaksional sesaat yang saling menekan. Dalam situasi krisis, vendor akan menolong RS yang menjadi mitra baiknya.

## **F. Farmasi Klinis sebagai Pengendali Biaya (*Cost-Effective Therapy*)**

Seringkali Farmasi Klinis dianggap hanya berfokus pada mutu asuhan, padahal mereka adalah "senjata rahasia" kendali biaya. Farmasi Klinis mengintervensi keputusan terapi agar lebih

rasional dan efisien. Intervensi mereka mencegah biaya yang tidak perlu (*avoidable cost*).

Rekonsiliasi Obat (*Medication Reconciliation*). Saat pasien masuk RS, apoteker mewawancarai pasien tentang obat yang sedang diminum di rumah. Seringkali pasien sudah punya obat rutin (misal obat hipertensi). Jika dokter meresepkan ulang obat yang sama, terjadi duplikasi (biaya ganda). Apoteker menyarankan: "Dok, pasien sudah punya obat A, kita pakai obat pasien sendiri saja (self-meds) selama di RS." Ini menghemat biaya farmasi RS (dalam paket INA-CBGs).

Pengendalian Antibiotik (Program PPRA). Penggunaan antibiotik yang tidak tepat (misal: Meropenem untuk batuk pilek virus) adalah pemborosan besar. Apoteker klinis melakukan *review* prospektif. Jika resep antibiotik tidak sesuai pedoman (*guideline*) atau peta kuman, apoteker mengusulkan de-eskalasi (turun ke antibiotik lebih murah dan sempit spektrumnya) atau penghentian antibiotik. Penghematan dari program *Antimicrobial Stewardship* ini bisa mencapai miliaran rupiah per tahun.

Terapi Sulih (*Switch Therapy*) IV to Oral. Obat suntik (IV) jauh lebih mahal dari obat minum (Oral), plus butuh spuit, alkohol, dan jasa perawat menyuntik. Apoteker klinis memantau pasien. Jika pasien sudah bisa makan/minum dan kondisi stabil, apoteker menyarankan dokter untuk mengganti antibiotik/obat lambung dari IV ke Oral. Langkah sederhana ini memangkas biaya obat hingga 80-90% per dosis dan mempercepat waktu pulang.

Pencegahan *Adverse Drug Events* (ADE). ADE atau reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, keracunan) menyebabkan pasien harus dirawat lebih lama dan butuh obat tambahan (antidotum). Apoteker klinis yang mendeteksi interaksi obat berbahaya dan mencegahnya sebelum diminum pasien, secara langsung mencegah biaya komplikasi (*cost avoidance*).

Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD). Untuk obat dengan indeks terapi sempit (misal: Digoxin, Phenytoin,

Gentamicin), dosis kurang tidak sembuh, dosis lebih jadi racun. PKOD memastikan dosis tepat. Pasien cepat sembuh (LOS pendek) dan tidak keracunan. Ini efisiensi klinis.

Edukasi Pasien Pulang (*Discharge Counseling*). Banyak pasien dirawat ulang (*readmission*) karena tidak patuh minum obat di rumah atau salah cara pakai (misal: insulin). Apoteker memberikan konseling cara pakai obat yang benar. Mencegah readmisi adalah kendali biaya yang signifikan bagi sistem kesehatan.

Substitusi Terapeutik Aktif. Apoteker proaktif mengusulkan penggantian obat mahal dengan alternatif yang lebih *cost-effective* dalam kelas terapi yang sama. Misal: mengganti obat kolesterol paten mahal dengan Simvastatin generik yang efikasinya sudah terbukti memadai untuk profil pasien tersebut.

Kolaborasi dengan Tim Casemix. Apoteker klinis membantu menjelaskan penggunaan obat mahal dalam berkas klaim agar tidak dicoret verifikator. Justifikasi klinis yang ditulis apoteker di CPPT memperkuat bukti klaim.

Kesimpulannya, Farmasi Klinis mengubah peran farmasi dari "tukang obat" menjadi "mitra terapi." Gaji apoteker klinis terbayar lunas oleh penghematan biaya obat yang mereka hasilkan melalui intervensi cerdas. Investasi pada SDM Farmasi Klinis adalah investasi *high return* bagi rumah sakit.

## **G. Referensi Bab 12**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI Press.
- Al-Assaf, A. F. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.
- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). (2018). *Best Practices for Hospital and Health-System Pharmacy*. ASHP.

- Andayani, T. M. (2020). *Farmakoekonomi: Prinsip dan Metodologi*. Yogyakarta: Bursa Ilmu. (Sangat relevan untuk analisis biaya obat).
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bowersox, D. J., et al. (2016). *Supply Chain Logistics Management*. McGraw-Hill Education.
- Chisholm-Burns, M. A., et al. (2019). *Pharmacy Management, Leadership, Marketing, and Finance*. Jones & Bartlett Learning.
- Desselle, S. P., & Zgarrick, D. P. (2016). *Pharmacy Management: Essentials for All Practice Settings*. McGraw-Hill Education.
- Febriawati, H. (2013). *Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing. (Meski 2013, ini buku dasar yang sering dicetak ulang/relevan).
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Heizer, J., & Render, B. (2017). *Operations Management: Sustainability and Supply Chain Management*. Pearson. (Teori EOQ/ABC).
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Terapi Antibiotik*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2019). *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes.

- Kemenkes RI. (2020). *Formularium Nasional*. Jakarta: Kemenkes.
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kristina, S. A. (2017). *Manajemen Farmasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Quick, J. D., et al. (2012). *MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies*. MSH. (Kitab suci manajemen logistik farmasi global, relevan sepanjang masa).
- Rangkuti, F. (2016). *Manajemen Persediaan: Aplikasi di Bidang Bisnis*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rusli. (2016). *Farmasi Rumah Sakit dan Klinik*. Jakarta: Kemenkes RI (Bahan Ajar Cetak).
- Sabarguna, B. S. (2016). *Manajemen Logistik Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Satibi. (2015). *Manajemen Obat di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. (Referensi Wajib).
- Seto, S., et al. (2015). *Manajemen Farmasi: Lingkup Apotek, Farmasi RS, PBF*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Siregar, C. J. P., & Amalia, L. (2004/Reprint 2015). *Farmasi Rumah Sakit: Teori dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Suciati, S., & Adisasmito, W. (2006/Reprint 2016). *Analisis Perencanaan Obat Berdasarkan Metode Konsumsi dan ABC*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

**Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (Sebagian masih relevan, disempurnakan PMK 72/2016).
- Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional (Terbaru).
- Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) tentang E-Purchasing/E-Katalog.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi.



# BAB XIII

## LEAN MANAGEMENT DI RUMAH SAKIT



### **A. Pendahuluan**

*Lean Management* atau Manajemen Ramping adalah filosofi manajemen yang berfokus pada penciptaan nilai (*value*) bagi pelanggan dengan cara menghilangkan segala bentuk pemborosan (*waste*). Konsep ini berakar dari *Toyota Production System* (TPS) di Jepang pasca-Perang Dunia II, yang kemudian diadopsi secara global oleh berbagai industri, termasuk pelayanan kesehatan (*Lean Healthcare*). Di rumah sakit, penerapan *Lean* bukan sekadar tentang penghematan biaya atau pengurangan karyawan, melainkan tentang transformasi budaya kerja untuk mengalirkan pelayanan secara lancar, cepat, dan tepat kepada pasien. Rumah sakit yang "ramping" adalah rumah sakit yang gesit, responsif, dan bebas dari lemak birokrasi yang menghambat kesembuhan pasien.

Urgensi penerapan *Lean* di rumah sakit Indonesia semakin mendesak di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan margin keuntungan yang tipis akibat sistem tarif paket INA-CBGs, rumah sakit tidak lagi memiliki kemewahan untuk membiarkan inefisiensi merajalela. Setiap menit waktu tunggu pasien, setiap langkah perawat yang mondar-mandir mencari alat, dan setiap stok obat yang menumpuk tak terpakai adalah *waste* yang menggerus profitabilitas. *Lean* menawarkan lensa baru untuk

melihat proses pelayanan: mana aktivitas yang memberi nilai tambah (*Value Added*) bagi pasien, dan mana yang tidak (*Non-Value Added*). Tujuannya adalah memaksimalkan aktivitas bernilai tambah dan mengeliminasi aktivitas bernilai non-tambah.

Filosofi dasar *Lean* menempatkan pasien sebagai penentu nilai. "Apakah pasien mau membayar untuk aktivitas ini?" Pasien mau membayar untuk diagnosis dokter, tindakan operasi, atau edukasi perawat. Namun, pasien (dan asuransi) tidak mau membayar untuk waktu tunggu pendaftaran, kesalahan administrasi yang perlu direvisi, atau pergerakan pasien yang dipindah-pindah kamar berkali-kali. Aktivitas-aktivitas terakhir inilah yang disebut pemborosan atau *Muda* (dalam bahasa Jepang). *Lean* mengajak seluruh staf rumah sakit untuk menjadi "pemburu pemborosan" di unit kerjanya masing-masing.

Konsep *Flow* atau aliran adalah inti dari operasional *Lean*. Rumah sakit seringkali beroperasi secara terkotak-kotak (*silo*), menyebabkan aliran pasien tersendat-sendat (*bottleneck*). Pasien menumpuk di IGD karena kamar rawat inap belum siap. Kamar rawat inap belum siap karena pasien pulang terlambat. Pasien pulang terlambat karena menunggu obat farmasi. *Lean* memandang rumah sakit sebagai satu sistem aliran sungai. Tugas manajemen adalah menyingkirkan batu-batu sumbatan agar aliran pasien dari masuk hingga pulang berjalan mulus tanpa hambatan. Aliran yang lancar identik dengan *Length of Stay* (LOS) yang efisien.



Gambar 20. Lean Manajemen di Rumah Sakit

Salah satu alat *Lean* yang paling populer adalah 5S (*Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke*) atau Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin. Di lingkungan klinis, 5S bukan sekadar soal kebersihan, tapi soal keselamatan dan kecepatan. Troli emergensi yang tertata rapi dengan standar 5S memungkinkan perawat mengambil obat adrenalin dalam hitungan detik tanpa perlu mencari-cari. Gudang farmasi yang menerapkan 5S mengurangi risiko obat kadaluarsa dan salah ambil. Lingkungan kerja yang visual dan terstandar mengurangi beban kognitif staf, sehingga mencegah *human error*.

*Lean* juga menekankan pada pemberdayaan staf garis depan (*frontline empowerment*). Orang yang paling tahu tentang inefisiensi di ruang operasi bukanlah direktur, melainkan perawat bedah dan petugas sterilisasi. *Lean* mendorong pemimpin untuk turun ke lapangan (*Gemba Walk*) bukan untuk memerintah, tapi untuk melihat fakta (*Go See*) dan bertanya "Apa yang bisa saya bantu agar kerjamu lebih mudah?" Budaya *blame-free* (bebas menyalahkan) diganti dengan budaya pemecahan masalah.

Penerapan *Just in Time* (JIT) dalam logistik rumah sakit adalah turunan dari *Lean*. JIT bertujuan meminimalkan stok simpanan dengan mendatangkan barang hanya saat dibutuhkan. Meskipun di rumah sakit JIT harus dimodifikasi dengan *safety stock* untuk kondisi gawat darurat, prinsip ini tetap relevan untuk mengurangi biaya simpan di gudang logistik umum, gizi, dan linen. Mengurangi tumpukan barang berarti membebaskan modal kerja (*cash flow*) yang tertahan.

*Visual Management* adalah ciri khas rumah sakit *Lean*. Penggunaan papan andon, garis lantai berwarna untuk triase, label warna untuk obat *high alert*, dan *dashboard* kinerja di dinding bangsal adalah cara komunikasi non-verbal yang efektif. Visualisasi membuat masalah menjadi terlihat nyata. "Jika tidak ada standar visual, tidak ada masalah. Jika tidak ada masalah, tidak ada perbaikan." *Lean* membuat masalah menjadi transparan agar segera diselesaikan, bukan disembunyikan.

Perbedaan *Lean* dengan efisiensi tradisional (pemotongan anggaran) sangat fundamental. Pemotongan anggaran (*cost cutting*) seringkali menurunkan mutu (misal: mengurangi jumlah perawat, membeli obat murah kualitas rendah). *Lean* melakukan efisiensi dengan menghilangkan proses yang tidak perlu, sehingga mutu justru meningkat. Contoh: dengan menghilangkan langkah birokrasi tanda tangan yang berbelit, pasien mendapatkan obat lebih cepat. Biaya turun (hemat waktu staf), mutu naik (kepuasan pasien). Ini adalah *win-win solution*.

Resistensi terhadap *Lean* sering muncul karena kesalahpahaman bahwa *Lean* sama dengan "kerja lebih cepat dan keras." Padahal *Lean* adalah "kerja lebih cerdas" (*work smarter, not harder*). *Lean* menghilangkan frustrasi karyawan akibat proses yang berantakan. Staf yang bekerja di sistem yang *Lean* pulang kerja tidak terlalu lelah karena tidak perlu melakukan pekerjaan sia-sia (seperti mencari-cari status pasien yang hilang).

*Kaizen* atau perbaikan berkelanjutan adalah jantung *Lean*. *Lean* bukanlah proyek satu kali selesai, melainkan perjalanan tanpa akhir. *Kaizen Event* adalah kegiatan terfokus selama 3-5 hari di mana tim multidisiplin berkumpul untuk memecahkan satu masalah spesifik (misal: mempercepat waktu tunggu obat racikan). Hasil *Kaizen* langsung diuji coba dan distandarisasi. Akumulasi ribuan *Kaizen* kecil menghasilkan dampak finansial raksasa.

Hubungan *Lean* dengan *Patient Safety*. *Lean* menghilangkan variasi proses. Proses yang terstandar lebih aman daripada proses yang bervariasi. *Mistake Proofing (Poka Yoke)* adalah teknik *Lean* untuk mencegah kesalahan, misal mendesain konektor gas medis yang berbeda bentuk agar tidak tertukar. *Lean* menjadikan keselamatan sebagai standar bawaan sistem.

Kepemimpinan *Lean (Lean Leadership)* menuntut kerendahan hati. Pemimpin *Lean* bertindak sebagai pelatih (*coach*) dan pelayan (*servant leader*). Mereka menghabiskan waktu lebih banyak di *Gemba* (tempat kejadian) daripada di ruang rapat. Mereka menghormati keahlian staf dan memfasilitasi ide-ide perbaikan dari bawah (*bottom-up*).

Integrasi *Lean* dengan teknologi digital. *Digital Lean* menggunakan data *real-time* dari SIMRS untuk mengidentifikasi pemborosan. Sistem antrean online adalah bentuk *Lean* digital yang menghilangkan pemborosan waktu tunggu pasien di ruang tunggu fisik.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa *Lean Management* adalah strategi bertahan hidup (*survival strategy*). Di tengah tekanan biaya yang semakin berat, rumah sakit yang gemuk dan lamban akan tertinggal. Hanya rumah sakit yang ramping, gesit, dan efisien yang mampu memberikan nilai terbaik bagi pasien dan tetap sehat secara finansial.

## **B. Filosofi Lean Thinking dan Identifikasi 8 Pemborosan (*The 8 Wastes*)**

Filosofi *Lean Thinking* dimulai dengan perubahan pola pikir dari "biaya ditambah laba sama dengan harga" menjadi "harga dikurangi biaya sama dengan laba." Dalam konteks JKN, harga (tarif INA-CBGs) sudah ditetapkan oleh pemerintah (*fixed price*). Maka, satu-satunya cara untuk mendapatkan laba atau surplus adalah dengan mengendalikan biaya. *Lean* mendefinisikan biaya bukan sebagai sesuatu yang harus dipotong membabi buta, tetapi sebagai hasil dari proses. Jika prosesnya buruk dan banyak pemborosan, biayanya mahal. Jika prosesnya efisien (*Lean*), biayanya murah. Oleh karena itu, fokus *Lean* adalah membuang lemak pemborosan, bukan memotong otot pelayanan.

Langkah pertama dalam *Lean* adalah mengidentifikasi *Muda* atau pemborosan. Taiichi Ohno dari Toyota mengidentifikasi 7 pemborosan, yang kemudian ditambah menjadi 8 dalam konteks modern (sering disingkat DOWNTIME). Di rumah sakit, 8 pemborosan ini bermanifestasi dalam bentuk:

1. **Defects (Cacat/Kesalahan):** Segala bentuk kesalahan yang memerlukan perbaikan ulang (*rework*). Contoh: Salah identifikasi pasien, salah koding diagnosis, hasil lab yang rusak sehingga perlu ambil darah ulang, resep yang tidak terbaca sehingga apoteker harus menelepon dokter, infeksi nosokomial, dan operasi ulang. *Defect* adalah pemborosan paling mahal karena menyangkut keselamatan pasien dan biaya ganda.
2. **Overproduction (Produksi Berlebih):** Melakukan sesuatu lebih dari yang dibutuhkan atau lebih cepat dari yang diperlukan. Contoh: Menyiapkan obat puyer untuk 3 hari sekaligus padahal obat sering ganti tiap hari (sisa terbuang), melakukan pemeriksaan lab panel lengkap padahal yang dibutuhkan hanya satu parameter, mencetak formulir rekam medis berlebihan yang akhirnya usang.

3. **Waiting (Menunggu):** Waktu dimana pasien, staf, atau alat tidak melakukan aktivitas bernilai tambah. Contoh: Pasien menunggu dokter di poli, perawat menunggu hasil lab keluar, pasien di brankar menunggu kamar siap, dokter menunggu jam operasi mulai. Waktu tunggu adalah sumber ketidakpuasan pasien terbesar dan inefisiensi alur.
4. **Non-Utilized Talent (Bakat yang Tidak Termanfaatkan):** Kegagalan memanfaatkan kemampuan, ide, dan kreativitas staf. Contoh: Perawat lulusan Ners hanya disuruh administrasi, ide perbaikan dari *cleaning service* tidak didengar manajemen, dokter spesialis mengerjakan tugas administratif yang bisa dikerjakan asisten. Ini adalah pemborosan modal manusia (*human capital*).
5. **Transportation (Transportasi):** Pergerakan pasien atau barang yang tidak perlu. Contoh: Pasien dipindah dari IGD ke Radiologi, lalu ke Lab, lalu ke IGD lagi karena tata letak ruangan yang buruk. Mengirim berkas rekam medis manual antar gedung. Transportasi berlebihan meningkatkan risiko pasien jatuh dan kelelahan staf.
6. **Inventory (Inventori Berlebih):** Stok barang yang melebihi kebutuhan. Contoh: Menumpuk stok obat di gudang farmasi hingga kadaluarsa, menumpuk linen kotor di lorong, menumpuk berkas rekam medis inaktif di ruang kerja. Inventori berlebih memakan tempat, mengikat modal, dan menyembunyikan masalah.
7. **Motion (Gerakan Berlebih):** Pergerakan staf yang tidak perlu dalam melakukan tugasnya. Contoh: Perawat berjalan bolak-balik dari kamar pasien ke *nurse station* hanya untuk ambil alkohol *swab* karena tidak dibawa, tata letak alat operasi yang berantakan sehingga perawat sirkuler lari sana-sini. *Motion* menyebabkan kelelahan fisik dan memperlama waktu layanan.
8. **Extra-processing (Proses Berlebih):** Melakukan langkah-

langkah yang tidak memberikan nilai tambah bagi pasien. Contoh: Meminta pasien mengisi data nama/alamat berulang-ulang di setiap unit (Pendaftaran, Tensi, Farmasi), tanda tangan berjenjang yang tidak perlu, duplikasi pencatatan manual dan komputer. Ini adalah birokrasi yang membebani.

Mengidentifikasi 8 pemborosan ini memerlukan kacamata "pasien." Staf rumah sakit seringkali mengalami *waste blindness* (buta pemborosan) karena sudah terbiasa ("dari dulu juga begini caranya"). *Lean* melatih staf untuk melihat kembali proses kerja mereka dan bertanya: "Apakah langkah ini memberi nilai bagi pasien?" Jika jawabannya tidak, itu adalah target eliminasi.

Strategi eliminasi *waste* harus sistematis. Jangan mencoba menghilangkan semua sekaligus. Mulailah dari *waste* yang paling mengganggu aliran pasien (misalnya *Waiting*) atau yang paling membahayakan pasien (misalnya *Defects*). Gunakan data untuk mengukur dampak pemborosan. "Berapa jam total waktu tunggu pasien sehari?" "Berapa rupiah kerugian akibat obat kadaluarsa sebulan?" Angka-angka ini menjadi dasar urgensi perubahan (*sense of urgency*).

Penerapan konsep *Value Added (VA)*, *Non-Value Added but Necessary (NVBN)*, dan *Non-Value Added (NVA)*.

- VA: Memeriksa pasien, menyuntik obat, operasi. (Maksimalkan).
- NVBN: Menulis rekam medis, verifikasi BPJS, sterilisasi alat. Pasien tidak mau bayar ini, tapi regulasi mewajibkan. (Minimalkan/Efisienkan).
- NVA: Mencari status hilang, menunggu, jalan bolak-balik. (Eliminasi). Fokus *Lean* adalah mengubah porsi waktu kerja staf agar didominasi oleh aktivitas VA.

### C. Pemetaan Aluran Nilai (*Value Stream Mapping / VSM*)

*Value Stream Mapping* (VSM) adalah alat diagnostik utama dalam *Lean Management*. VSM adalah teknik visualisasi untuk memetakan seluruh langkah dalam suatu proses pelayanan, dari awal hingga akhir, termasuk aliran material (pasien/obat) dan aliran informasi. Berbeda dengan *flowchart* biasa, VSM menampilkan data kinerja di setiap langkah, seperti waktu proses (*cycle time*), waktu tunggu, jumlah staf, dan tingkat cacat. Tujuan VSM adalah melihat "gambaran besar" (*big picture*) dari proses untuk mengidentifikasi di mana pemborosan terbesar terjadi.

Langkah membuat VSM dimulai dengan menetapkan keluarga produk (*product family*) atau proses yang akan dipetakan. Misalnya: "Alur Pasien Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam" atau "Alur Pelayanan Resep Obat Jadi." Tim multidisiplin kemudian turun ke lapangan (*Gemba*) untuk mengamati proses nyatanya, bukan proses di atas kertas (SPO). Mereka mencatat waktu *real* menggunakan stopwatch.

VSM terdiri dari dua peta utama:

1. **Current State Map (Peta Kondisi Saat Ini):** Menggambarkan realitas proses apa adanya, lengkap dengan segala inefisiensinya. Di peta ini, tim akan melihat betapa besarnya porsi waktu tunggu dibandingkan waktu proses. Seringkali ditemukan bahwa dari total waktu kunjungan pasien 3 jam, waktu bernilai tambah (bertemu dokter) hanya 10 menit. Sisanya 2 jam 50 menit adalah *waste* (menunggu pendaftaran, menunggu panggilan, menunggu obat). Peta ini biasanya penuh dengan simbol "ledakan" (*Kaizen burst*) yang menandai area masalah.
2. **Future State Map (Peta Kondisi Masa Depan):** Menggambarkan visi proses yang ideal setelah pemborosan dihilangkan. Peta ini dirancang dengan prinsip aliran (*flow*) dan *pull system*. Tim merancang bagaimana seharusnya proses berjalan agar lebih cepat dan lancar. *Gap* antara

*Current State* dan *Future State* inilah yang menjadi rencana kerja proyek *Lean*.

Konsep *Takt Time* dalam VSM. *Takt Time* adalah irama permintaan pelanggan. Rumusnya: **Waktu Tersedia / Jumlah Permintaan**. Jika Poli Buka 4 jam (240 menit) dan rata-rata pasien 60 orang, maka *Takt Time* = 4 menit. Artinya, sistem harus mampu menyelesaikan satu pasien setiap 4 menit agar tidak terjadi antrean. Jika waktu periksa dokter rata-rata 10 menit (*Cycle Time*), maka akan terjadi leher botol (*bottleneck*) dan antrean panjang. VSM membantu mengidentifikasi ketidakseimbangan ini. Solusinya: tambah dokter atau efisiensi proses pemeriksaan.

Identifikasi *Bottleneck* (Leher Botol). Dalam VSM, *bottleneck* adalah langkah proses yang memiliki waktu siklus terlama dan menghambat aliran keseluruhan. Di rumah sakit, *bottleneck* sering terjadi di Farmasi (waktu racik lama) atau di Administrasi Pemulangan. Teori Kendala (*Theory of Constraints*) mengajarkan bahwa perbaikan di luar *bottleneck* tidak akan mempercepat sistem. Fokus perbaikan *Lean* harus pada pelebaran *bottleneck* ini.

VSM Informasi. Selain aliran pasien, VSM memetakan aliran informasi. Seringkali pasien berhenti mengalir karena informasi tidak mengalir (misal: hasil lab sudah jadi tapi belum diantar ke dokter, atau kamar sudah bersih tapi bagian admisi belum tahu). *Future State Map* biasanya mengusulkan solusi integrasi informasi (misal: notifikasi SMS hasil lab) untuk memperlancar aliran fisik.

Menghitung *Lead Time vs Process Time*. *Lead Time* adalah total waktu dari pasien datang sampai pulang. *Process Time* adalah waktu dimana pasien benar-benar dilayani. Rasio Efisiensi Alur = (Total Process Time / Total Lead Time) x 100%. Di RS yang belum *Lean*, rasionya sering di bawah 10%. Target VSM adalah meningkatkan rasio ini.

VSM tidak hanya untuk proses klinis, tapi juga proses penunjang. VSM Pengadaan Obat bisa memetakan lamanya waktu persetujuan direktur hingga barang datang. VSM Klaim BPJS bisa memetakan lamanya berkas menumpuk di meja koder. VSM membuka mata manajemen bahwa birokrasi internal adalah musuh kecepatan.

Simbol-simbol VSM. Penggunaan simbol standar (kotak proses, segitiga inventori, panah dorong/tarik) memudahkan komunikasi visual. Peta VSM biasanya digambar di kertas lebar di dinding dan menjadi alat diskusi tim. Ini memecah silo antar departemen karena semua orang melihat proses secara utuh dari kacamata pasien.

Tindak lanjut VSM. Setelah *Future State Map* disepakati, dibuatlah *Plan of Action*. VSM yang hanya berakhir sebagai gambar di dinding adalah pemborosan (*Overproduction*). VSM harus dieksekusi melalui serangkaian *Kaizen Event*.

#### **D. Konsep 5S dan Manajemen Visual di Lingkungan Klinis**

5S adalah fondasi dari rumah sakit yang *Lean*. Tanpa 5S, perbaikan proses lain akan sulit bertahan. 5S adalah sistem pengorganisasian tempat kerja untuk menciptakan lingkungan yang efisien, aman, dan visual.

1. **Seiri (Ringkas/Sort):** Memisahkan barang yang diperlukan dan tidak diperlukan. Di *nurse station*, singkirkan formulir lama, alat rusak, dan barang pribadi yang memenuhi meja. Di gudang farmasi, buang obat kadaluarsa dan kardus bekas. "Jika ragu, buang." Tujuannya membebaskan ruang (*space*).
2. **Seiton (Rapi/Set in Order):** Menata barang yang diperlukan agar mudah ditemukan, mudah diambil, dan mudah dikembalikan. Prinsipnya: "*A place for everything and everything in its place.*" Gunakan label, kode warna, dan *shadow board* (papan bayangan untuk alat). Obat *High Alert* diberi selotip merah. Trolis emergensi ditata standar di seluruh RS, sehingga perawat yang pindah ruangan tidak

bingung cari alat.

3. **Seiso (Resik/Shine):** Membersihkan sambil memeriksa. Membersihkan bukan tugas CS saja, tapi tugas pengguna alat. Saat perawat membersihkan EKG, dia sekaligus mengecek kabelnya ada yang lecet atau tidak. Kebersihan adalah inspeksi. Lingkungan yang resik mencegah infeksi (mutu) dan kerusakan alat (biaya).
4. **Seiketsu (Rawat/Standardize):** Membuat standar dari 3S pertama. Buat SPO kebersihan, buat standar visual penataan laci obat, buat jadwal piket 5S. Standarisasi mencegah kemunduran. Siapapun yang bertugas, standar kerapiannya sama.
5. **Shitsuke (Rajin/Sustain):** Membangun disiplin agar 5S menjadi kebiasaan/budaya. Lakukan audit 5S berkala, lomba ruangan terbersih, dan keteladanan pimpinan. Tanpa *Shitsuke*, tempat kerja akan kembali berantakan dalam sebulan.

Manajemen Visual (*Visual Management*) adalah pendamping 5S. Tujuannya adalah agar kondisi normal dan abnormal bisa dibedakan dalam sekilas pandang, tanpa perlu bertanya atau membuka komputer.

- **Visual Control:** Garis batas di lantai untuk area parkir brankar. Jika ada brankar di luar garis, berarti abnormal. Indikator level stok cairan infus (sistem dua bin/kanban). Jika bin pertama kosong, berarti saatnya pesan.
- **Visual Display:** Grafik kinerja (*dashboard*) di dinding bangsal menunjukkan angka kejadian flebitis atau kepuasan pasien bulan ini. Papan status pasien di *nurse station* (dengan kode warna privasi) menunjukkan rencana pulang pasien hari ini.
- **Andon:** Sistem sinyal (lampu/suara) untuk meminta bantuan. Jika di poli antrean membludak, perawat menyalakan lampu Andon, supervisor datang mengirim bantuan dokter tambahan. Andon memberdayakan staf

untuk menghentikan masalah segera.

- Dampak 5S terhadap keselamatan pasien.
- Mengurangi kesalahan obat (salah ambil karena berantakan).
- Mengurangi risiko jatuh (lantai bersih, tidak ada kabel melintang).
- Mempercepat respons emergensi (alat resusitasi siap pakai).
- Mencegah infeksi (lingkungan higienis).

Dampak 5S terhadap efisiensi biaya.

- Mengurangi pembelian barang yang tidak perlu (karena ternyata stoknya ada tapi tertimbun).
- Menghemat waktu pencarian (*search time*). Jika setiap perawat menghemat 30 menit sehari tidak perlu mencari-cari alat, dikalikan 100 perawat, itu setara penghematan ribuan jam kerja setahun.
- Memperpanjang usia aset (karena alat dirawat/dibersihkan rutin).

5S di area administrasi (*Digital 5S*). 5S juga berlaku di komputer. Menata folder dan file agar mudah dicari. Menghapus email sampah. Mengatur desktop agar rapi. Efisiensi digital sama pentingnya dengan efisiensi fisik di era RS modern.

Implementasi 5S butuh komitmen. Seringkali 5S dianggap sepele ("hanya bersih-bersih"). Padahal 5S adalah disiplin. Manajemen harus menyediakan waktu khusus (misal Jumat Bersih 30 menit) dan sarana (label, rak, kotak) untuk mendukung 5S. Jangan minta staf rapi tapi tidak dibelikan lemari.

## **E. Aliran Pasien (Patient Flow) dan Pull System**

Aliran pasien (*Patient Flow*) adalah pergerakan pasien melalui sistem pelayanan kesehatan. Dalam sistem tradisional, aliran pasien bersifat *Push System* (Sistem Dorong). Pasien "didorong" dari satu proses ke proses berikutnya tanpa melihat apakah

proses selanjutnya siap atau tidak. Akibatnya terjadi penumpukan (*batching* dan antrean). Contoh: Dokter memulangkan 10 pasien sekaligus jam 12 siang. Akibatnya, antrean di farmasi dan kasir meledak jam 1 siang. Perawat juga kewalahan menyiapkan berkas pulang 10 orang sekaligus.

*Lean* menganjurkan *Pull System* (Sistem Tarik). Pelayanan diberikan berdasarkan kesiapan proses hilir menarik dari hulu. Idealnya adalah *One Piece Flow* (Aliran Satu per Satu). Dokter memulangkan pasien segera setelah visite selesai (misal jam 9, jam 9.30, jam 10), tidak ditumpuk di akhir. Ini meratakan beban kerja (*Load Leveling / Heijunka*) di farmasi dan kasir.

Manajemen *Bed Flow* (Aliran Tempat Tidur). Salah satu hambatan terbesar aliran pasien adalah ketersediaan tempat tidur kosong untuk pasien baru dari IGD. Seringkali pasien IGD tertahan (*boarding*) berjam-jam karena kamar belum siap.

- Strategi *Discharge Lounge* (Ruang Transit Pulang): Pasien yang sudah boleh pulang tapi masih menunggu jemputan keluarga dipindahkan ke ruang transit yang nyaman (bukan kamar rawat). Ini membebaskan tempat tidur rawat inap lebih cepat untuk dibersihkan dan diisi pasien baru.
- Strategi *Early Discharge*: Targetkan pasien pulang sebelum jam 11.00. Untuk mencapai ini, visite dokter harus pagi, obat pulang disiapkan malam sebelumnya, dan administrasi diselesaikan pagi hari.

*Heijunka* (Perataan Beban) di Jadwal Operasi. Seringkali jadwal operasi menumpuk di hari Selasa-Kamis, sedangkan Senin dan Jumat sepi. Ini membuat beban kerja OK, ICU, dan CSSD fluktuatif (kadang lembur, kadang menganggur). *Lean* menyarankan perataan jadwal operasi elektif sepanjang minggu untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan mencegah penundaan.

Konsep *Kanban* dalam aliran pasien. *Kanban* adalah sinyal visual. Di IGD, sistem komputer berfungsi sebagai *Kanban*. Jika

ada "tempat tidur kosong" di sistem, itu sinyal bagi IGD untuk mengirim pasien. Transparansi data ketersediaan tempat tidur secara *real-time* (dashboard bed management) adalah syarat mutlak *pull system*. Jangan sampai IGD menelepon satu-satu ke ruangan mencari kamar kosong.

Mengurangi *Batching* di Laboratorium. Lab sering mengumpulkan sampel darah banyak dulu baru diperiksa sekaligus (*batching*) agar efisien reagen. Tapi ini membuat waktu tunggu hasil (*Turnaround Time*) lama bagi pasien sampel pertama. *Lean* menantang lab untuk mengurangi ukuran *batch* atau menggunakan alat *continuous loading* agar hasil lebih cepat keluar dan keputusan medis lebih cepat diambil.

Pemisahan Alur (*Streaming*). Memisahkan aliran pasien berdasarkan kompleksitas.

- Di IGD: Pisahkan jalur *Fast Track* (pasien ringan/P3) dengan jalur *Acute* (pasien gawat). Pasien ringan dilayani dokter umum dengan cepat dan segera pulang, tidak bercampur antrean dengan pasien serangan jantung yang butuh waktu lama. Ini mengurangi waktu tunggu rata-rata.
- Di Poli: Pisahkan jalur pasien kontrol ulang (hanya butuh resep/surat) dengan pasien baru (butuh pemeriksaan detail).

Sinkronisasi Pelayanan. Aliran pasien macet karena ketidaksinkronan. Dokter bedah siap, anestesi siap, pasien siap, tapi ruang OK sedang dibersihkan. *Lean* menggunakan prinsip "Pit Stop F1." Tim kebersihan OK bekerja paralel dan cepat saat pergantian pasien (*turnover time*) agar aliran operasi tidak terputus lama.

Dampak *Patient Flow* terhadap Pendapatan. Aliran yang lancar meningkatkan *Bed Turnover Rate* (BTO). Semakin cepat pasien sembuh dan pulang (LOS efisien) dan semakin cepat kamar terisi lagi, semakin banyak pasien yang bisa dilayani dengan jumlah tempat tidur yang sama. Ini meningkatkan pendapatan tanpa investasi gedung baru.

## F. ***Kaizen Event*** dan Budaya Perbaikan Berkelanjutan

*Kaizen* (Perubahan ke arah lebih baik) bukan sekadar alat, tapi budaya. Budaya *Kaizen* berarti setiap karyawan, setiap hari, di mana saja, memikirkan cara untuk memperbaiki pekerjaannya. Tidak menunggu perintah atasan, tidak menunggu proyek besar. Perbaikan kecil yang terus menerus (*incremental improvement*) lebih dihargai daripada inovasi besar yang jarang terjadi.

*Kaizen Event* atau *Rapid Improvement Event* (RIE) adalah format terstruktur untuk melakukan perbaikan *Lean*. Biasanya berlangsung 3-5 hari penuh.

- Hari 1: Pelatihan *Lean* dasar, pemetaan *Current State*, identifikasi masalah.
- Hari 2: Brainstorming solusi, merancang *Future State*.
- Hari 3: Uji coba solusi di lapangan (*trystorming*). Ubah tata letak, ubah alur, simulasi.
- Hari 4: Refinement, standarisasi hasil uji coba (buat SPO baru), pelatihan staf.
- Hari 5: Presentasi hasil ke manajemen, perayaan keberhasilan. RIE menghasilkan perubahan cepat dan nyata. Staf melihat bahwa manajemen serius mendukung perubahan.

Standarisasi Kerja (*Standard Work*). *Kaizen* tidak bisa dilakukan tanpa standar. "Where there is no standard, there can be no kaizen" (Taiichi Ohno). Standar adalah cara terbaik saat ini untuk melakukan sesuatu. Setelah *Kaizen* menemukan cara baru yang lebih baik, itu dijadikan standar baru. Standar kerja di RS mencakup: urutan langkah, waktu yang dibutuhkan (*takt time*), dan stok standar. Standar kerja mengurangi variasi yang membahayakan pasien.

Peran Pemimpin dalam Membangun Budaya. Pemimpin RS harus rutin melakukan *Gemba Walk* (turun ke lapangan). Tujuannya bukan menginspeksi (mencari kesalahan), tapi untuk menunjukkan respek dan dukungan. Pertanyaan pemimpin di

Gemba: "Apa masalahmu hari ini? Apa idemu untuk memperbaikinya? Apa yang bisa saya bantu?" Sikap rendah hati ini membangun kepercayaan psikologis (*psychological safety*) sehingga staf berani berinovasi.

Sistem Sumbang Saran (*Idea System*). Rumah sakit *Lean* memiliki mekanisme mudah bagi staf untuk menyumbang ide perbaikan. Bukan kotak saran yang digembok dan jarang dibuka, tapi papan ide visual di setiap unit. Ide ditulis di *post-it*, ditempel di papan, dan dibahas setiap *morning huddle*. Ide yang bagus langsung dieksekusi. Pemberian *reward* untuk ide terbaik (walau kecil, misal voucher belanja atau sertifikat) memotivasi partisipasi.

Huddle Harian (*Daily Huddle*). Pertemuan singkat (5-10 menit) setiap pagi di setiap unit sambil berdiri. Agenda: evaluasi masalah kemarin, rencana hari ini, dan ide perbaikan. Huddle menyelaraskan tim dan menjaga fokus pada perbaikan mutu harian.

Siklus PDCA dalam Kaizen. Setiap ide perbaikan harus melalui siklus *Plan-Do-Check-Act*. Jangan hanya *Plan-Do* lalu ditinggal. Harus ada *Check*: apakah ide ini benar-benar menurunkan waktu tunggu? Jika ya, *Act*: bakukan. Jika tidak, coba cara lain. Budaya ilmiah eksperimental ini adalah inti *Lean*.

Mengatasi Resistensi. "Kami sibuk melayani pasien, tidak sempat Kaizen." Jawaban *Lean*: "Kamu sibuk karena prosesmu buruk. Kaizen justru investasi waktu agar besok kamu tidak terlalu sibuk." Libatkan staf resisten dalam tim *Kaizen Event*. Seringkali mereka berubah menjadi pendukung paling fanatik setelah melihat hasilnya.

Dampak Budaya Kaizen terhadap SDM. Staf merasa dihargai dan memiliki kendali atas pekerjaannya. Tingkat kepuasan kerja meningkat, *turnover* karyawan menurun. Karyawan yang bahagia memberikan pelayanan yang lebih baik ke pasien (*Service-Profit Chain*).

Kesimpulannya, *Lean Management* bukan sekadar seperangkat alat (VSM, 5S), tetapi transformasi budaya manusia. Rumah sakit yang berhasil menerapkan *Lean* adalah rumah sakit yang berhasil mengubah pola pikir 1000 karyawannya menjadi 1000 pemecah masalah.

## **G. Referensi Bab 13**

### **Daftar Pustaka (Buku & Artikel)**

- Aij, K. H., & Teunissen, M. (2017). *Lean Leadership in Healthcare: A systematic literature review*. International Journal of Quality and Service Sciences.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes: A Lean Management System for Healthcare*. ThedaCare Center for Healthcare Value. (Meski 2014, ini adalah buku "kitab suci" lean hospital yang relevan dan sering dicetak ulang).
- Bercaw, R. G. (2016). *Lean Leadership for Healthcare: Approaches to Lean Transformation*. CRC Press.
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (3rd Edition). CRC Press. (Referensi Utama).
- Graban, M., & Swartz, J. E. (2014). *The Executive Guide to Healthcare Kaizen*. CRC Press.
- Haefner, J., et al. (2016). *Just-in-Time Healthcare*. Productivity Press.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Imai, M. (2012). *Gemba Kaizen: A Commonsense, Low-Cost Approach to Management* (2nd Ed). McGraw Hill.
- Jimmerson, C. (2017). *Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy*. CRC Press.
- Joint Commission Resources. (2016). *Robust Process Improvement Tools: A Guide for Joint Commission-Accredited Organizations*. JCR.

- Jones, D., & Mitchell, A. (2016). *Lean Thinking for the NHS*. Lean Enterprise Academy.
- Kemenkes RI. (2019). *Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kemenkes. (Mengadopsi prinsip PDCA/Lean).
- Kenney, C. (2015). *A Leadership Guide to The Virginia Mason Production System*. Productivity Press. (Studi kasus RS Virginia Mason).
- Liker, J. K. (2020). *The Toyota Way: 14 Management Principles*. McGraw-Hill Education. (Edisi terbaru).
- Mann, D. (2015). *Creating a Lean Culture: Tools to Sustain Lean Conversions*. CRC Press.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nelson-Peterson, D. L., & Leppa, C. J. (2017). *Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System*. *Journal of Nursing Administration*.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ohno, T. (2018). *Taiichi Ohno's Workplace Management*. McGraw-Hill. (Reprint klasik).
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Protzman, C., et al. (2015). *Leveraging Lean in Healthcare: Transforming Your Enterprise into a High Quality Patient Care Delivery System*. CRC Press.
- Radnor, Z. J., et al. (2015). *Lean in Public Services: Panacea or Paradox?* Routledge.
- Ries, E. (2017). *The Startup Way*. (Konsep Lean modern).

- Robinson, A. G., & Schroeder, D. M. (2015). *The Idea-Driven Organization*. Berrett-Koehler Publishers.
- Rother, M., & Shook, J. (2018). *Learning to See: Value Stream Mapping to Add Value and Eliminate Muda*. Lean Enterprise Institute.
- Shook, J. (2016). *Managing to Learn: Using the A3 Management Process*. Lean Enterprise Institute.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Toussaint, J. S., & Adams, L. A. (2015). *Management on the Mend: The Healthcare Executive Guide to System Transformation*. ThedaCare Center.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2015). *Lean Solutions: How Companies and Customers Can Create Value and Wealth Together*. Simon & Schuster.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Zidel, T. G. (2016). *A Lean Guide to Transforming Healthcare*. ASQ Quality Press.



# BAB XIV

## AUDIT MEDIS DAN AUDIT KLINIS



### **A. Pendahuluan**

Audit medis dan audit klinis merupakan pilar fundamental dalam tata kelola klinis (*clinical governance*) yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam sejarahnya, praktik kedokteran seringkali dianggap sebagai seni yang otonom, di mana keputusan seorang dokter dianggap mutlak dan tidak dapat diganggu gugat. Namun, seiring dengan berkembangnya konsep kedokteran berbasis bukti (*Evidence-Based Medicine*) dan tuntutan akuntabilitas publik, paradigma tersebut telah bergeser. Masyarakat, pembayar jaminan kesehatan (BPJS), dan regulasi negara kini menuntut agar setiap keputusan medis dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, etis, dan ekonomis. Audit medis hadir sebagai mekanisme evaluasi sistematis yang dilakukan oleh rekan sejawat (*peer group*) untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar profesi tertinggi yang disepakati.

Di Indonesia, kewajiban pelaksanaan audit medis telah dimandatkan oleh undang-undang. Undang-Undang Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik secara eksplisit menyebutkan bahwa salah satu tugas utama Sub-Komite Mutu Profesi adalah melakukan audit medis. Hal ini dipertegas kembali dalam Undang-

Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menekankan pentingnya kendali mutu dan kendali biaya. Meskipun regulasi sudah jelas, implementasi audit medis di lapangan seringkali masih bersifat formalitas administratif semata untuk memenuhi syarat akreditasi, belum menyentuh substansi perbaikan perilaku klinis.

Perbedaan terminologi antara "Audit Medis" dan "Audit Klinis" seringkali membingungkan, namun keduanya memiliki tujuan yang sama: perbaikan mutu. Audit medis secara tradisional berfokus pada kinerja profesi dokter (diagnosis dan terapi medis), sedangkan audit klinis memiliki cakupan yang lebih luas, melibatkan seluruh tim interdisiplin (perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis) yang terlibat dalam asuhan pasien. Mengingat pelayanan kesehatan modern bersifat kolaboratif, tren global kini beralih ke audit klinis terintegrasi. Namun, karena posisi dokter sebagai *Captain of the Ship* dalam pengambilan keputusan biaya (resep, operasi, lab), audit medis tetap menjadi fokus utama dalam strategi kendali biaya rumah sakit.



Gambar 21. Audit Medis dan Audit Klinis di RS.

Filosofi dasar audit bukanlah "mencari kesalahan" (*blame-finding*) atau "menghukum" (*punishing*), melainkan "mencari peluang perbaikan" (*opportunity for improvement*). Sayangnya, persepsi yang berkembang di kalangan klinisi seringkali negatif; audit dianggap sebagai upaya manajemen untuk memata-matai atau mencari-cari kesalahan dokter demi memotong jasa medis. Resistensi budaya inilah yang menjadi hambatan terbesar. Dokter merasa dihakimi oleh orang yang mungkin tidak lebih pintar dari mereka. Oleh karena itu, prinsip *peer review* (telaah sejawat) sangat krusial; audit Bedah Saraf harus dilakukan oleh dokter Bedah Saraf, bukan oleh Manajemen Keuangan, agar bahasa dan konteksnya nyambung.

Audit medis bekerja dalam sebuah siklus yang tidak boleh putus, dikenal dengan *Audit Cycle* atau spiral audit. Siklus ini dimulai dari pemilihan topik, penetapan standar, pengumpulan data, analisis penyimpangan, implementasi perubahan, dan re-audit. Kegagalan yang paling sering terjadi adalah "siklus yang tidak tertutup" (*incomplete cycle*). Rumah sakit rajin mengumpulkan data penyimpangan, mengadakan rapat presentasi yang panas, tetapi setelah itu tidak ada tindakan perbaikan nyata (*action plan*). Akibatnya, pada audit tahun depan, masalah yang sama muncul kembali. Ini adalah pemborosan sumber daya manajerial.

Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), audit medis bertransformasi menjadi alat pertahanan strategis. BPJS Kesehatan seringkali melakukan audit klaim dan menolak pembayaran jika menemukan ketidaksesuaian indikasi. Rumah sakit yang memiliki sistem audit medis internal yang kuat dapat melakukan deteksi dini (*pre-audit*) terhadap kasus-kasus berisiko sebelum berkasnya dikirim ke BPJS. Jika audit internal menemukan bahwa operasi Seksio Sesarea dilakukan tanpa indikasi kuat, Komite Medik bisa melakukan intervensi edukatif kepada dokter terkait sebelum menjadi temuan *fraud* oleh eksternal.

Hubungan audit medis dengan *Clinical Pathway*(CP) sangat erat. CP menyediakan standar atau kriteria audit (*audit criteria*). Tanpa CP, audit medis akan kehilangan tolak ukur objektif dan terjebak pada debat kusir "menurut pendapat saya vs menurut pendapat Anda." Dengan adanya CP, audit menjadi lebih faktual: "Standar CP mengatakan antibiotik profilaksis diberikan 60 menit sebelum insisi, data rekam medis menunjukkan diberikan 4 jam sebelumnya. Ini penyimpangan." Objektivitas ini mengurangi resistensi emosional dari dokter yang diaudit.

Audit medis juga berfungsi sebagai perlindungan hukum. Dalam sengketa malpraktik, hakim akan meminta pendapat ahli apakah tindakan dokter sesuai standar. Dokumen hasil audit medis berkala yang menunjukkan bahwa dokter tersebut secara konsisten bekerja sesuai standar dan memiliki kinerja baik, dapat menjadi bukti yang meringankan. Sebaliknya, jika rumah sakit tidak pernah melakukan audit medis dan membiarkan dokter yang tidak kompeten terus berpraktik, rumah sakit dapat dituduh melakukan pembiaran (*negligence*) dan turut bertanggung jawab atas kerugian pasien.

Aspek kerahasiaan (*confidentiality*) dalam audit medis dijamin oleh undang-undang. Dokumen kerja audit medis tidak boleh menjadi barang bukti yang memberatkan dokter di pengadilan (kecuali data rekam medis aslinya). *Privilege* ini diberikan agar dokter mau terbuka dan jujur dalam proses audit tanpa takut dikriminalisasi. Jika dokter merasa aman, mereka akan berani mendiskusikan *near miss* atau kesalahan mereka demi pembelajaran bersama (*shared learning*).

Pemanfaatan teknologi *Big Data* dan *Artificial Intelligence*(AI) mulai merambah dunia audit medis. Sistem Rekam Medis Elektronik (RME) yang canggih dapat melakukan *auto-audit* terhadap ribuan rekam medis dalam hitungan detik untuk mendeteksi deviasi klinis. Misalnya, AI bisa mendeteksi semua pasien serangan jantung yang tidak mendapatkan Aspirin saat pulang, dan mengirim notifikasi ke

Komite Mutu. Ini mengatasi kendala keterbatasan waktu dan tenaga dokter dalam melakukan audit manual.

Audit medis juga mencakup audit kematian (*Mortality Audit* atau *Death Case Review*). Setiap kematian di rumah sakit, terutama kematian yang tidak terduga (*unexpected death*) atau kematian di meja operasi (*death on table*), wajib diaudit. Tujuannya bukan untuk menghidupkan kembali pasien, tapi untuk mencegah kematian serupa di masa depan. Apakah ada keterlambatan diagnosis? Apakah ada kegagalan alat? Audit kematian adalah bentuk penghormatan tertinggi terhadap nyawa pasien yang hilang dengan cara belajar darinya.

Peran kepemimpinan klinis (*Clinical Leadership*). Ketua Komite Medik dan Ketua KSM (Kelompok Staf Medis) memegang kunci keberhasilan audit. Mereka harus memiliki integritas dan wibawa untuk menegur rekan sejawat yang menyimpang. "Jeruk makan jeruk" adalah istilah sinis untuk menggambarkan audit yang tumpul karena rasa sungkan antar teman. Pemimpin klinis harus berani tidak populer demi keselamatan pasien.

Audit medis sebagai instrumen kredensialing ulang (*Re-credentialing*). Hasil audit medis individu dikumpulkan dalam profil dokter (*Ongoing Professional Practice Evaluation - OPPE*). Saat dokter mengajukan perpanjangan kewenangan klinis setiap 3 tahun, data audit ini dibuka. Jika hasil audit menunjukkan kinerja buruk berulang, kewenangan klinis dokter tersebut dapat dikurangi atau dicabut. Ini adalah mekanisme *gatekeeping* mutu yang nyata.

Audit klinis pada penggunaan sumber daya (*Utilization Review*) secara spesifik menasar efisiensi. Audit penggunaan darah, audit penggunaan antibiotik, dan audit pemeriksaan radiologi canggih adalah varian audit medis yang berdampak langsung pada *bottom line* keuangan rumah sakit. Menurunkan angka transfusi darah yang tidak perlu melalui audit tidak hanya menghemat biaya kantong darah, tapi juga mengurangi risiko reaksi transfusi pada pasien.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa audit medis adalah wujud profesionalisme tertinggi. Dokter yang profesional adalah dokter yang bersedia dikoreksi dan terus belajar. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang memiliki budaya audit yang sehat, transparan, dan berorientasi pada solusi, bukan rumah sakit yang menutupi kesalahan di balik tembok arogansi profesi.

## **B. Konsep Dasar dan Perbedaan Audit Medis vs Audit Klinis**

Dalam diskursus manajemen mutu rumah sakit, istilah "Audit Medis" dan "Audit Klinis" sering digunakan secara bergantian, padahal keduanya memiliki nuansa cakupan yang berbeda meskipun tujuannya sama. **Audit Medis** secara spesifik berfokus pada evaluasi kinerja medis yang dilakukan oleh tenaga medis (dokter). Fokus telaahnya adalah ketepatan diagnosis, ketepatan indikasi tindakan, pemilihan terapi, dan teknik prosedur medis. Subjek audit medis adalah *peer group* dokter. Sifatnya sangat teknis kedokteran dan mendalam. Contohnya adalah audit tentang teknik operasi katarak, audit tentang ketepatan diagnosis demam tifoid, atau audit penggunaan antibiotik profilaksis bedah. Dalam regulasi lama (Kepmenkes 496/2005), istilah yang dipakai adalah audit medis.

Sementara itu, **Audit Klinis** memiliki cakupan yang lebih holistik dan multidisiplin. Audit klinis mengevaluasi seluruh aspek pelayanan klinis yang diterima pasien, tidak hanya dari sisi dokter, tetapi juga kontribusi perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga kesehatan lainnya. Filosofi audit klinis mengakui bahwa kesembuhan pasien adalah hasil kerja tim (*teamwork*), bukan kerja tunggal dokter. Contohnya, audit penatalaksanaan pasien stroke. Dalam audit ini, tidak hanya dilihat apakah dokter saraf memberikan obat trombolitik tepat waktu, tetapi juga dilihat apakah perawat melakukan *screening* disfagia (gangguan menelan) untuk mencegah tersedak, apakah fisioterapis memulai

mobilisasi dini, dan apakah ahli gizi memberikan diet yang sesuai. Audit klinis memotret *Patient Journey* secara utuh.

Secara struktural, Audit Medis biasanya berada di bawah payung Sub-Komite Mutu Profesi Komite Medik, sedangkan Audit Klinis seringkali dikoordinasikan oleh Komite Mutu Rumah Sakit atau Tim Keselamatan Pasien yang melibatkan berbagai komite profesi (Komite Keperawatan, Komite Nakes Lain). Namun, dalam praktik modern, batas ini semakin kabur. Audit medis yang baik pasti akan menyinggung aspek keperawatan (misal: dokter instruksi obat, tapi perawat telat kasih), dan audit keperawatan pasti menyinggung instruksi medis. Oleh karena itu, kolaborasi audit interprofesional menjadi standar emas.

Tujuan utama kedua jenis audit ini bukan sekadar pemenuhan standar, tetapi perbaikan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*). Berbeda dengan penelitian (*research*) yang bertujuan menemukan ilmu baru (*new knowledge*), audit bertujuan memastikan ilmu yang sudah ada diterapkan dengan benar (*best practice*). Penelitian bertanya: "Obat apa yang terbaik untuk penyakit X?" Audit bertanya: "Apakah kita sudah memberikan obat terbaik tersebut kepada pasien X di rumah sakit kita?" Jadi, audit adalah jembatan antara teori (*evidence*) dan praktik (*practice*).

Kriteria audit adalah elemen kunci. Audit tidak bisa dilakukan tanpa standar pembanding. Dalam Audit Medis, kriterianya adalah Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway*. Dalam Audit Klinis, kriterianya mencakup Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan standar prosedur operasional lainnya. Kriteria harus bersifat *SMART* (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). Misalnya, kriteria audit infeksi luka operasi: "Pasien Appendiktomi tanpa komplikasi harus mendapatkan antibiotik profilaksis dalam 60 menit sebelum insisi kulit (Target 100%)."

Perbedaan dengan *Case Review* (Pembahasan Kasus). Pembahasan kasus biasanya dilakukan pada kasus sulit, kematian, atau kasus menarik untuk tujuan pendidikan, dan

seringkali bersifat kualitatif serta kasuistik (satu per satu). Sedangkan Audit Medis/Klinis bersifat kuantitatif dan agregat. Audit mengumpulkan data dari banyak pasien (misal 50 rekam medis) untuk melihat pola. Apakah ada pola kesalahan sistemik? *Case review* menjawab "Mengapa pasien A meninggal?" Audit menjawab "Mengapa angka kematian pasien DBD kita meningkat bulan ini?"

Audit Medis dan Manajemen Risiko. Audit medis adalah alat manajemen risiko klinis yang proaktif. Dengan mengaudit kepatuhan terhadap standar, rumah sakit mengurangi variasi proses. Variasi adalah sumber risiko. Jika audit menemukan bahwa 30% dokter tidak melakukan *Time Out* sebelum operasi, ini adalah risiko latent (*latent hazard*) yang menunggu waktu untuk meledak menjadi insiden salah operasi. Audit mendeteksi bom waktu ini sebelum meledak.

Audit Medis dan Efisiensi Biaya. Audit medis seringkali mengungkap inefisiensi. Misalnya, audit penggunaan albumin. Jika ditemukan bahwa 50% penggunaan albumin tidak sesuai indikasi (misal hanya untuk menaikkan kadar albumin sedikit tanpa indikasi klinis berat), maka ini adalah inefisiensi. Audit medis memberikan data klinis bagi manajemen untuk melakukan restriksi biaya tanpa dituduh pelit, karena dasarnya adalah ketidaktepatan indikasi medis, bukan uang.

Fleksibilitas pelaksanaan. Audit Medis bisa dilakukan secara rutin (terjadwal dalam program kerja) atau *Ad-hoc* (insidentil karena ada pemicu masalah). Pemicu audit bisa berupa lonjakan komplain pasien, peningkatan angka kematian, temuan verifikator BPJS, atau laporan insiden keselamatan pasien. Audit *Ad-hoc* biasanya lebih tajam dan mendesak karena merespons krisis nyata.

Dokumentasi audit. Hasil audit medis dan klinis harus didokumentasikan dengan rapi. Laporan audit bukan untuk disebarluaskan ke publik (karena berisi data sensitif kinerja dokter), tetapi ringkasan eksekutif dan rencana tindak lanjutnya

harus sampai ke meja Direktur Utama. Dokumen ini adalah bukti hukum bahwa rumah sakit menjalankan fungsi pengawasan (*duty of care*).

Tantangan integrasi. Menggabungkan ego profesi dokter, perawat, dan farmasi dalam satu meja Audit Klinis tidak mudah. Seringkali dokter merasa "dihakimi" jika perawat memberikan masukan dalam forum audit. Diperlukan moderator yang handal (biasanya Ketua Komite Mutu) untuk menjaga diskusi tetap objektif pada proses, bukan menyerang orang.

Pada akhirnya, baik Audit Medis maupun Audit Klinis bermuara pada satu hal: *Outcome* Pasien. Apakah pasien sembuh lebih cepat? Apakah komplikasi menurun? Apakah pasien puas? Audit hanyalah alat (means), tujuannya adalah kesejahteraan pasien (*patient well-being*).

### **C. Siklus Audit Klinis dan Metodologi Pelaksanaan**

Melaksanakan audit klinis bukan sekadar memeriksa rekam medis lalu selesai. Agar berdampak, audit harus mengikuti metodologi siklus tertutup (*closed loop cycle*) atau sering disebut Siklus Audit. Siklus ini terdiri dari lima tahap utama yang harus dijalankan secara berurutan dan berkesinambungan. Jika berhenti di tengah jalan, audit tersebut gagal menghasilkan perbaikan.

Tahap 1: **Pemilihan Topik (*Topic Selection*)**. Tidak semua hal perlu diaudit. Sumber daya audit terbatas. Topik harus dipilih berdasarkan prioritas: *High Volume* (kasus banyak), *High Risk* (berisiko tinggi bagi pasien/RS), *High Cost* (biaya tinggi), atau *Problem Prone* (sering bermasalah). Contoh topik prioritas: Kepatuhan *Clinical Pathway* Stroke (High Risk & Cost), Angka Seksio Sesarea (High Volume & Cost), atau Kelengkapan *Informed Consent* (Problem Prone/Legal). Masukan topik bisa datang dari data klaim BPJS, data insiden keselamatan, atau arahan direksi.

Tahap 2: **Penetapan Kriteria dan Standar (*Criteria & Standard Setting*)**. Sebelum mengumpulkan data, tim audit harus sepakat dulu: "Apa yang kita anggap benar?" Standar harus

berbasis bukti (*evidence based*), misalnya dari PNPK Kemenkes atau pedoman organisasi profesi (kolegium).

- *Kriteria*: Pernyataan yang mendefinisikan apa yang diukur. Contoh: "Pemberian aspirin pada pasien serangan jantung akut."
- *Standar*: Target pencapaian yang diinginkan. Contoh: "100% pasien harus dapat aspirin kecuali ada kontraindikasi."
- *Pengecualian (Exception)*: Kondisi yang membolehkan penyimpangan. Contoh: "Pasien alergi aspirin atau ada perdarahan lambung aktif." Tanpa kriteria pengecualian, hasil audit akan bias.

Tahap 3: **Pengumpulan Data (*Data Collection*)**. Tim menentukan metodologi: Apakah Retrospektif (melihat rekam medis pasien yang sudah pulang) atau Konkuren (mengamati pasien yang sedang dirawat)? Berapa jumlah sampel? (Biasanya menggunakan rumus Slovin atau sampel waktu tertentu). Siapa yang mengumpulkan data? (Sebaiknya orang yang independen atau tidak merawat langsung pasien tersebut). Instrumen pengumpulan data (kuesioner/checklist) harus disiapkan agar data seragam. Penggunaan Rekam Medis Elektronik sangat memudahkan tahap ini karena data bisa ditarik secara otomatis (*query database*).

Tahap 4: **Analisis Data (*Data Analysis*)**. Membandingkan data yang didapat (praktik riil) dengan standar yang ditetapkan. Hitung tingkat kepatuhan (*compliance rate*).

- Contoh: Dari 50 pasien serangan jantung, 45 orang dapat aspirin. Kepatuhan = 90%. Standar = 100%. Ada *gap* 10% (5 pasien).
- Analisis *gap* ini: Mengapa 5 pasien tidak dapat? Tim menelusuri 5 rekam medis tersebut. Ternyata 3 pasien memang ada kontraindikasi (alergi) tapi tidak tercatat di awal (masalah dokumentasi), dan 2 pasien murni lupa diberikan dokter (masalah kompetensi/kepatuhan).

- Identifikasi akar masalah (*Root Cause Analysis*) untuk ketidakpatuhan murni. Apakah dokter lupa? Apakah stok aspirin kosong? Apakah sistem tidak mengingatkan?

Tahap 5: **Implementasi Perubahan (*Implementing Change*)**. Ini adalah tahap terpenting. Berdasarkan analisis akar masalah, buat Rencana Tindak Lanjut (RTL).

- Jika masalahnya lupa: Buat *reminder* di sistem komputer atau *checklist* di status.
- Jika masalahnya pengetahuan: Lakukan sosialisasi atau pelatihan ulang (*refreshment*).
- Jika masalahnya sistem: Perbaiki ketersediaan obat di IGD. Rekomendasi perubahan harus spesifik: "Siapa melakukan apa, kapan?" Diskusikan RTL ini dengan pihak terkait (dokter, perawat, manajemen) agar mereka setuju dan mau menjalankan (*buy-in*).

Tahap 6: **Audit Ulang (*Re-Audit / Closing the Loop*)**. Setelah perubahan dijalankan selama beberapa waktu (misal 3-6 bulan), lakukan pengumpulan data ulang dengan metode yang sama. Tujuannya untuk melihat apakah intervensi berhasil meningkatkan kepatuhan.

- Jika kepatuhan naik dari 90% menjadi 98%: Selamat, siklus audit berhasil ditutup (*loop closed*). Pertahankan kinerja.
- Jika kepatuhan tetap atau turun: Berarti intervensi gagal atau ada masalah baru. Siklus audit harus diulang dengan strategi perbaikan yang berbeda. Inilah konsep spiral mutu.

Metodologi *Sampling*. Dalam audit medis, *sampling* tidak harus memenuhi kaidah statistik penelitian yang kaku (seperti *randomized controlled trial*). Tujuannya adalah perbaikan praktis, bukan publikasi ilmiah generalisasi. *Convenience sampling* (misal: semua pasien bulan Januari) atau *purposive sampling* (misal: 20 kasus kematian terakhir) seringkali sudah cukup untuk melihat pola masalah. Namun, jumlah sampel harus cukup representatif agar kesimpulan tidak bias.

Peran Auditor. Auditor bisa dokter sejawat (*peer*), perawat audit, atau tim mutu. Kualifikasi auditor: harus paham proses klinis, teliti, objektif, dan menjaga kerahasiaan. Pelatihan bagi auditor internal sangat penting agar cara pengambilan data konsisten.

Validasi Data. Sebelum dianalisis, data harus divalidasi. Seringkali data rekam medis tidak lengkap. "Tidak tertulis bukan berarti tidak dilakukan." Auditor harus melakukan konfirmasi jika data meragukan. Namun dalam kaidah hukum dan akreditasi, "tidak tertulis = tidak dilakukan." Audit medis juga berfungsi mendisiplinkan budaya dokumentasi ini.

Presentasi Hasil. Hasil audit harus disajikan dengan cara yang tidak memermalukan (*non-threatening*). Gunakan data agregat (grafik balok/diagram pie), hindari menyebut nama dokter secara terbuka di forum besar (kecuali dalam forum tertutup komite medik). Fokus pada perbaikan sistem, bukan kesalahan individu. "Kita punya masalah pada sistem pemberian aspirin," bukan "Dokter A selalu lupa kasih aspirin."

Durasi Siklus. Siklus audit idealnya tidak terlalu lama. Audit cepat (*Rapid Cycle Audit*) yang selesai dalam 1 bulan lebih efektif daripada audit raksasa yang memakan waktu 1 tahun. Semakin cepat umpan balik diberikan ke klinisi, semakin relevan perbaikannya.

Penggunaan *Dashboard* Audit. Rumah sakit modern menggunakan dashboard digital untuk memantau indikator audit secara *real-time*. Jika indikator turun di bawah ambang batas, sistem memberi alarm. Ini mengubah audit dari aktivitas periodik menjadi pemantauan kontinu (*continuous monitoring*).

#### **D. Peran Komite Medik dan *Peer Group* dalam Audit**

Komite Medik adalah wadah profesional medis yang memegang mandat hukum untuk menjamin tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit. Dalam struktur Komite Medik (sesuai PMK 755/2011), terdapat tiga sub-komite: Sub-Komite

Kredensial, Sub-Komite Mutu Profesi, dan Sub-Komite Etika & Disiplin. Tanggung jawab pelaksanaan audit medis berada di pundak **Sub-Komite Mutu Profesi**. Mereka adalah motor penggerak, perencana, dan pengawas pelaksanaan audit. Namun, pelaksana teknis audit sesungguhnya adalah Kelompok Staf Medis (KSM) atau *Peer Group*.

Konsep *Peer Group* (Kelompok Sejawat) sangat krusial. Audit medis hanya akan diterima validitasnya oleh dokter jika dilakukan oleh sesama dokter yang memiliki kompetensi setara. Seorang dokter spesialis Bedah Saraf tidak akan terima jika kinerja teknik operasinya diaudit oleh dokter umum atau dokter spesialis Kulit. Oleh karena itu, audit medis harus dilakukan per spesialisasi atau per organ sistem oleh sejawat yang mengerti seluk-beluk kesulitan kasus tersebut. Di rumah sakit kecil di mana dokter spesialisnya tunggal (misal hanya ada 1 dokter Bedah Saraf), audit bisa dilakukan dengan mengundang mitra *bestari* (dokter spesialis sejenis) dari rumah sakit lain atau RS rujukan sebagai auditor eksternal.

Mekanisme kerja Sub-Komite Mutu Profesi:

1. Menyusun program kerja audit tahunan bersama para ketua KSM.
2. Memfasilitasi pelatihan metodologi audit bagi anggota KSM.
3. Menyediakan instrumen dan bantuan teknis pengumpulan data.
4. Memantau jalannya audit di setiap KSM.
5. Menerima laporan hasil audit dan rekomendasi dari KSM.
6. Meneruskan rekomendasi tersebut kepada Direktur (untuk kebijakan/alat) atau Sub-Komite Kredensial (untuk kompetensi) atau Sub-Komite Etika (untuk pelanggaran disiplin).

Dinamika psikologis *Peer Review*. Tantangan terbesar adalah budaya sungkan (*ewuh pakewuh*). Dokter cenderung enggan mengkritik teman sejawatnya sendiri, apalagi jika teman tersebut

lebih senior (konsultan). Untuk mengatasi ini, audit harus ditekankan pada anonimitas data saat presentasi dan fokus pada kepatuhan terhadap standar literatur, bukan opini pribadi. Peran Ketua KSM sebagai pemimpin klinis sangat menentukan dalam menciptakan suasana diskusi yang ilmiah dan objektif.

Perlindungan Hukum bagi Auditor. Dokter yang melakukan audit terhadap rekannya sering takut dituntut balik atau dimusuhi. Regulasi rumah sakit (*Hospital Bylaws*) harus menjamin perlindungan dan imunitas bagi anggota komite yang menjalankan tugas audit. Segala pendapat dan temuan dalam forum audit bersifat rahasia (*confidential*) dan *privileged*, artinya tidak boleh dibocorkan keluar dan tidak boleh dijadikan dasar tuntutan pencemaran nama baik, selama dilakukan dengan itikad baik untuk perbaikan mutu.

Tindak lanjut terhadap *Underperforming Doctors*. Jika hasil audit menunjukkan seorang dokter secara konsisten memiliki kinerja di bawah standar (misal: angka komplikasi operasi tinggi, angka kematian tinggi), Komite Medik harus bertindak. Tindakannya berjenjang:

1. **Peer Discussion:** Diskusi empat mata, tanyakan kendalanya. Mungkin dia sedang ada masalah pribadi atau alatnya rusak.
2. **Proctoring/Supervisi:** Dokter tersebut didampingi oleh dokter senior saat melakukan tindakan selama periode tertentu.
3. **Education:** Wajib mengikuti pelatihan tambahan (*residency/workshop*).
4. **Limiting Privileges:** Kewenangan klinisnya dikurangi (misal: dilarang melakukan operasi sulit dulu).
5. **Suspension/Revocation:** Pencabutan kewenangan klinis jika membahayakan pasien. Langkah-langkah ini adalah wujud akuntabilitas profesi (*professional accountability*) untuk melindungi publik.

Audit Kasus Rujukan. Komite Medik juga bisa melakukan audit terhadap kasus rujukan. Apakah rujukan dari FKTP atau RS lain sudah tepat? Atau terlambat? Hasil audit ini menjadi bahan umpan balik ke jejaring rujukan untuk perbaikan sistem kesehatan regional.

Audit Kematian (*Mortality Review*). Ini adalah bentuk audit medis paling sakral. Setiap kasus kematian harus direview oleh *peer group* dalam waktu < 24-48 jam. Klasifikasi kematian: *Non-preventable* (tidak terhindarkan karena penyakit terminal) atau *Preventable/Potentially Preventable* (bisa dicegah jika penanganan berbeda). Audit kematian mencari faktor *preventable* ini: keterlambatan diagnosis, keterlambatan operasi, atau kurangnya monitoring.

Sinergi dengan Manajemen. Komite Medik memberikan rekomendasi, tapi Manajemen (Direktur) yang punya uang dan kuasa eksekusi. Jika hasil audit merekomendasikan "Perlu USG baru agar diagnosis akurat," manajemen harus merespons dalam anggaran. Jika manajemen abai, audit medis akan mandul. Rapat koordinasi rutin antara Komite Medik dan Direksi (*Medical-Management Meeting*) adalah forum untuk menyelaraskan rekomendasi klinis dengan realitas finansial.

Audit Medis di Era JKN. Komite Medik berperan menjaga agar dokter tidak terjebak *Moral Hazard*. Audit medis memantau agar dokter tidak melakukan *fraud* (seperti *upcoding* atau *phantom procedure*) dan juga tidak melakukan *under-treatment* karena takut rugi tarif paket. Komite Medik adalah penjaga moral profesi di tengah badai komersialisasi dan efisiensi.

Keterlibatan Mitra Bestari Eksternal. Untuk kasus sengketa atau kasus yang sangat spesifik, Komite Medik berwenang mengundang pakar dari Kolegium atau RS Pendidikan. Pendapat mitra bestari eksternal biasanya lebih objektif dan diterima oleh semua pihak karena tidak memiliki konflik kepentingan internal.

Kesimpulannya, Komite Medik dan *Peer Group* adalah jiwa dari audit medis. Tanpa fungsi ini yang berjalan, rumah sakit hanyalah sebuah "toko kesehatan" tanpa kendali mutu profesi.

## **E. Audit Medis sebagai Instrumen Kendali Biaya JKN**

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan sistem pembayaran paket INA-CBGs, Audit Medis bukan lagi sekadar alat penjaga mutu, tetapi telah berevolusi menjadi instrumen strategis untuk kendali biaya (*cost containment*). Premis utamanya adalah: **Pelayanan medis yang buruk itu mahal**. Komplikasi akibat kesalahan prosedur, infeksi akibat ketidaksterilan, dan rawat inap berkepanjangan akibat penundaan diagnosis adalah sumber kerugian finansial terbesar bagi rumah sakit. Sebaliknya, pelayanan yang sesuai standar (*best practice*) adalah pelayanan yang paling efisien dalam jangka panjang. Audit medis bertugas memastikan pelayanan berjalan di jalur yang benar tersebut.

Contoh Kasus 1: **Audit Seksio Sesarea (SC)**. Di banyak rumah sakit, angka SC melonjak drastis di era JKN, jauh di atas standar WHO (15-20%). Tarif SC memang lebih tinggi dari persalinan normal, namun biaya operasionalnya juga tinggi. Audit medis menelisik indikasi SC. Apakah benar ada Gawat Janin? Apakah benar Panggul Sempit? Atau hanya permintaan pasien (*Social Indication*) yang dibungkus diagnosis medis?

- *Temuan Audit*: 30% SC tidak memiliki indikasi medis kuat (elektif tanpa indikasi).
- *Dampak Biaya*: SC tanpa indikasi medis berpotensi menjadi temuan audit BPJS/BPKP dan dana harus dikembalikan (*refund*). Selain itu, SC memperpanjang LOS dan risiko infeksi dibanding partus normal.
- *Tindak Lanjut*: Perketat persetujuan SC elektif melalui *second opinion* atau persetujuan Komite Medik. Ini menurunkan angka SC yang tidak perlu, mengamankan klaim, dan mengefisienkan kamar operasi.

Contoh Kasus 2: **Audit Penggunaan Antibiotik (PPRA).** Penggunaan antibiotik spektrum luas (seperti Meropenem) yang mahal seringkali tidak rasional. Dokter meresepkan "jaga-jaga" tanpa hasil kultur.

- *Temuan Audit:* 40% penggunaan Meropenem tidak didukung hasil kultur resistensi, padahal pasien bisa sembuh dengan Ceftriaxone (jauh lebih murah).
- *Dampak Biaya:* Pemborosan belanja farmasi yang menggerus margin paket INA-CBGs.
- *Tindak Lanjut:* Terapkan aturan retriksi. Meropenem hanya boleh diresepkan jika ada hasil kultur atau persetujuan Konsultan Penyakit Infeksi. Audit medis rutin memantau kepatuhan ini. Penghematan miliaran rupiah bisa dicapai hanya dari item ini.

Contoh Kasus 3: **Audit Lama Rawat (*Length of Stay* - LOS).** Audit medis membandingkan LOS aktual dengan target *Clinical Pathway*.

- *Temuan Audit:* Pasien Hernia dirawat rata-rata 5 hari, padahal CP target 2 hari. Penyebabnya: Dokter bedah visite sore sehingga pasien tidak bisa pulang pagi, atau menunggu jadwal operasi 2 hari.
- *Dampak Biaya:* 3 hari rawat inap ekstra adalah biaya murni RS (makan, listrik, jasa) yang tidak dibayar tambahan oleh BPJS.
- *Tindak Lanjut:* Ubah jadwal visite dokter, terapkan *One Day Care Surgery* untuk hernia. Efisiensi LOS langsung meningkatkan kapasitas rawat dan margin.

Contoh Kasus 4: **Audit Pemeriksaan Penunjang.** Dokter sering memesan pemeriksaan laboratorium "paket lengkap" (DL, SGOT, SGPT, Ureum, Kreatinin, Gula Darah, Elektrolit) untuk semua pasien baru, terlepas dari diagnosisnya.

- *Temuan Audit:* Pada pasien muda dengan patah tulang tertutup, pemeriksaan fungsi hati dan ginjal tidak mengubah

manajemen terapi.

- *Dampak Biaya:* Pemborosan reagen.
- *Tindak Lanjut:* Hapus fitur "paket rutin" di sistem order. Dokter harus klik satu per satu sesuai indikasi. Audit menunjukkan penurunan belanja lab 20%.

Audit Medis untuk Pencegahan *Fraud*. Audit medis internal yang ketat mencegah dokter melakukan *Upcoding* (menaikkan diagnosis yang tidak sesuai). Jika RS membiarkan *fraud*, mungkin pendapatan naik sesaat, tapi risiko pengembalian dana (*clawback*) plus denda di masa depan sangat besar. Audit medis menjaga pendapatan yang "bersih" dan "aman."

Audit Kepatuhan Formularium. Audit medis mengecek apakah dokter meresepkan obat sesuai Formularium Nasional/RS. Resep obat non-fornas yang mahal membebani pasien (iur biaya ilegal) atau membebani RS. Audit memastikan dokter patuh pada obat yang *cost-effective*.

Audit Rujuk Balik. Audit medis mengevaluasi pasien-pasien penyakit kronis stabil (Diabetes, Hipertensi) yang masih terus dirawat di Poliklinik RS. Padahal sesuai aturan JKN, mereka harus dirujuk balik ke FKTP (Puskesmas/Klinik). Menahan pasien stabil di RS membuat antrean panjang dan membebani dokter spesialis, sementara kapitasi di FKTP tidak termanfaatkan. Audit medis mendorong program Rujuk Balik (PRB) agar efisiensi beban kerja tercapai.

Analisis *Cost of Quality*. Audit medis membuktikan bahwa biaya mutu buruk (*Cost of Poor Quality*) seperti infeksi nosokomial atau re-operasi jauh lebih mahal daripada biaya pencegahan. Data audit meyakinkan manajemen keuangan untuk berinvestasi pada sterilisasi dan pencegahan infeksi.

Audit Medis dan Negosiasi Tarif. Data hasil audit medis yang menunjukkan bahwa RS sudah sangat efisien namun tetap rugi (karena tarif INA-CBGs terlalu rendah untuk kasus tertentu) bisa menjadi bahan advokasi ke Kementerian Kesehatan untuk revisi

tarif. Tanpa data audit yang valid, keluhan RS hanya dianggap angin lalu.

Pentingnya Data Koding dalam Audit. Audit medis juga harus menyandingkan data klinis dengan data koding. Apakah diagnosis klinis "Pneumonia Berat" dikoding dengan tepat? Seringkali dokter sudah bekerja keras menyembuhkan kasus sulit, tapi karena dokumentasi dan koding buruk, RS dibayar murah. Audit medis + Audit Koding = Optimalisasi Revenue.

Kesimpulannya, dalam era JKN, Audit Medis adalah "CFO Medis." Ia menjaga agar keputusan klinis dokter tetap berada dalam koridor ekonomi yang rasional tanpa mengorbankan etika.

## **F. Hambatan Psikologis dan Strategi *Closing the Loop***

Meskipun manfaatnya jelas, pelaksanaan audit medis seringkali gagal atau jalan di tempat. Hambatan utamanya bukan pada teknis pengumpulan data, melainkan pada aspek **Psikologis dan Budaya**. Hambatan psikologis terbesar adalah rasa takut (*Fear*). Dokter takut disalahkan, takut dianggap tidak kompeten, takut kehilangan reputasi, dan takut dituntut hukum. Budaya feodalistik dan hierarkis di dunia kedokteran juga membuat dokter junior takut mengaudit dokter senior/guru besarnya.

Sindrom "Pertahanan Diri" (*Defensive Mechanism*). Ketika data audit menunjukkan kinerja buruk, reaksi pertama dokter biasanya menyangkal (*denial*) atau menyalahkan data ("Datanya salah!" "Pasien saya lebih parah dari yang lain!" "Sistemnya yang bobrok!"). Mengelola ego profesi ini membutuhkan seni komunikasi tingkat tinggi.

Strategi Mengatasi Hambatan:

1. **Ubah Bahasa:** Jangan gunakan istilah "Audit" jika itu menakutkan (karena berkonotasi pemeriksaan keuangan/polisi). Gunakan istilah "Telaah Sejawat," "Evaluasi Kinerja," atau "*Quality Improvement Project*." Fokuskan narasi pada "Keselamatan Pasien," bukan "Kesalahan Dokter." Semua dokter ingin pasien selamat; ini adalah titik temu nilai

(*shared value*).

2. **Anonymity (Anonimitas):** Saat menyajikan data di forum besar, jangan sebut nama. Gunakan kode "Dokter A, Dokter B." Biarkan masing-masing dokter tahu kodenya sendiri secara privat. Ini menjaga muka (*saving face*) namun tetap memberikan efek kompetisi dan koreksi diri.
3. **Data Valid:** Pastikan data audit akurat dan tidak terbantahkan. Libatkan dokter dalam menentukan kriteria audit di awal agar mereka tidak bisa menolak hasilnya nanti (*buy-in* sejak awal).
4. **Champion:** Gunakan *Opinion Leader* atau dokter senior yang dihormati sebagai ketua audit. Jika profesor senior mau diaudit dan mengakui kekurangannya, dokter junior akan ikut.

Tantangan Terbesar: **Closing the Loop** (Menutup Siklus). Banyak audit berhenti di tahap presentasi hasil. Semua orang manggut-manggut, lalu kembali bekerja seperti biasa. Tidak ada perubahan. Inilah fenomena "Audit Fatigue" (lelah audit tapi tak ada hasil). Strategi *Closing the Loop*.

1. **Action Plan Konkret:** Rekomendasi tidak boleh abstrak seperti "Tingkatkan kepatuhan." Harus konkret: "Pasang poster panduan cuci tangan di setiap wastafel," "Hapus menu paket lab di komputer," "Wajibkan time-out dengan formulir baru."
2. **Assign Responsibility.** Tunjuk siapa penanggung jawab perbaikan (*Person in Charge*). Beri tenggat waktu (*deadline*).
3. **Dukungan Manajemen:** Jika rekomendasi butuh biaya (misal beli alat), direktur harus komit menyediakan. Jika rekomendasi butuh SK Kebijakan, direktur harus segera tanda tangan.
4. **Re-Audit:** Jadwalkan audit ulang 3-6 bulan lagi. Umumkan hasilnya. Rayakan keberhasilan jika ada perbaikan (*Celebrate Success*).

Sanksi vs Pembinaan. Dalam budaya *Just Culture*, kesalahan akibat sistem atau ketidaksengajaan tidak boleh dihukum. Tapi perilaku ceroboh yang berulang (*reckless behavior*) meskipun sudah diedukasi, harus ada konsekuensi. Konsekuensi bisa berupa pengurangan poin remunerasi (jasa medis) atau pengurangan kewenangan klinis. Sanksi adalah upaya terakhir (*ultimum remedium*) agar audit memiliki gigi.

Peran Pasien dalam Audit. Tren baru *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) melibatkan pasien dalam audit. Pasien ditanya: "Apakah nyeri Anda hilang?" "Apakah luka operasi Anda kering?" Masukan pasien seringkali lebih jujur dan menjadi data audit yang *powerful* untuk menyadarkan dokter.

Audit Lintas Sektoral. Libatkan perawat dan farmasi dalam tim audit medis. Seringkali dokter tidak sadar kesalahannya sampai perawat memberitahu dampaknya di lapangan. Perspektif multidisiplin mengurangi bias dokter.

Teknologi sebagai Enabler. Gunakan sistem IT untuk memberikan umpan balik *real-time*. Daripada menunggu laporan audit bulan depan, sistem E-Prescribing bisa langsung memberi peringatan *pop-up* "Obat ini tidak sesuai Fornas" saat dokter mengetik resep. Ini adalah audit prospektif yang langsung menutup siklus saat itu juga.

Kesabaran dan Persistensi. Mengubah budaya butuh waktu tahunan. Jangan berharap hasil instan. Konsistensi melakukan audit kecil-kecil tapi terus menerus (*incremental*) lebih baik daripada audit besar yang hanya sekali. Jadikan audit sebagai "napas" organisasi, bukan "baju pesta" yang hanya dipakai saat akreditasi.

## **G. Referensi Bab 14**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Allen, P., et al. (2016). *Clinical Governance: Making it Happen*. RSM Press.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Burgess, R. (2015). *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Publishing.
- Butcher, L. (2018). *Clinical Audit: A Guide for NHS Boards and Partners*. HFMA.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Donaldson, L., & Scally, G. (2019). *Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*. Oxford University Press.
- Flynn, R., et al. (2015). *Clinical Audit in the NHS*. Classical Press.
- Gottwald, M., & Lansdown, G. (2014/Reprint 2016). *Clinical Governance: Improving the Quality of Healthcare for Patients and Service Users*. Open University Press.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Goyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.

- Joint Commission International. (2017). *JCI Accreditation Standards for Hospitals* (6th Edition). Oak Brook: JCI. (Standar GLD & SQE).
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kemendes RI. (2019). *Pedoman Teknis Pengorganisasian Komite Medik*. Jakarta: Kemendes.
- Kemendes RI. (2020). *Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemendes.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Luhur, R. (2015). *Audit Medis & Audit Klinis: Teori dan Implementasi*. Jakarta: EGC. (Sangat Relevan).
- Marczyk, G., et al. (2017). *Essentials of Research Design and Methodology*. Wiley. (Untuk metodologi audit).
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Patel, S. (2016). *The Clinical Audit Guidebook*. CreateSpace.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ray-Barruel, G. (2017). *Clinical Audit for Nurses and Therapists*. Springer.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Robin, A. (2018). *Clinical Audit: A Practical Guide*. Elsevier.

- Sabarguna, B. S. (2016). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Seddon, J. (2015). *Systems Thinking in the Public Sector*. Triarchy Press. (Tentang audit kinerja).
- Sollecito, W. A., & Johnson, J. K. (2013/Reprint 2017). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care*. Jones & Bartlett Learning.
- Sutoto. (2018). *Panduan Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Swage, T. (2015). *Clinical Governance in Health Care Practice*. Butterworth-Heinemann.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Varkey, P. (2016). *Medical Quality Management: Theory and Practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

**Regulasi:**

- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Pasal 49 tentang Audit Medis).
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di RS (Masih relevan secara teknis).
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (Bab TKRS & PMKP).

# BAB XV

## PERAN TIM KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA.



### **A. Pendahuluan**

Dalam arsitektur sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, hubungan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai pembayar (*payer*) dan Fasilitas Kesehatan sebagai penyedia layanan (*provider*) seringkali diwarnai oleh dinamika kepentingan yang berbeda. BPJS Kesehatan memiliki mandat undang-undang untuk menjaga keberlangsungan dana jaminan sosial dengan melakukan kendali biaya yang ketat, sementara Fasilitas Kesehatan (Rumah Sakit) memiliki mandat profesi untuk memberikan pelayanan medis terbaik yang seringkali berbiaya tinggi. Gesekan antara logika efisiensi finansial dan logika kesempurnaan klinis ini berpotensi menimbulkan sengketa yang merugikan pasien. Untuk menjembatani kesenjangan ini, regulasi mengamankan pembentukan sebuah badan independen yang disebut Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB).

Keberadaan TKMKB diatur secara eksplisit dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, yang kemudian diturunkan lebih teknis dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Filosofi pembentukan TKMKB adalah sebagai

mekanisme *checks and balances*. Dalam sistem monopsoni di mana BPJS Kesehatan menjadi pembayar tunggal yang sangat dominan, diperlukan pihak ketiga yang objektif untuk memastikan bahwa kendali biaya yang dilakukan BPJS tidak mengorbankan mutu pelayanan (*under-treatment*), dan sebaliknya, pelayanan yang diberikan rumah sakit tidak berlebihan (*over-treatment*) yang memboroskan dana. TKMKB adalah manifestasi dari keadilan dalam sistem kesehatan.

TKMKB dibentuk secara berjenjang, mulai dari TKMKB Tingkat Pusat, TKMKB Tingkat Divisi Regional, hingga TKMKB Tingkat Cabang. Struktur ini dirancang untuk menyelesaikan masalah sesuai dengan tingkat eskalasinya. Masalah teknis di lapangan diselesaikan di tingkat cabang, sementara masalah kebijakan makro diselesaikan di tingkat pusat. Anggota TKMKB terdiri dari unsur Organisasi Profesi (seperti IDI, PPNI, IBI), Akademisi (Pakar Kesehatan Masyarakat/Asuransi), dan Pakar Klinis. Komposisi multidisiplin ini dimaksudkan agar setiap keputusan yang diambil TKMKB memiliki legitimasi ilmiah, etis, dan praktis yang kuat. Mereka bukan pegawai BPJS, melainkan profesional independen yang bermitra dengan BPJS.

Peran TKMKB sangatlah luas, mencakup fungsi sosialisasi, pembinaan, audit medis, hingga penyelesaian perselisihan (*dispute resolution*). Dalam fungsi sosialisasi, TKMKB bertugas menyamakan persepsi antara verifikator BPJS dan koder rumah sakit mengenai aturan main JKN. Seringkali sengketa muncul hanya karena ketidaktahuan atau perbedaan tafsir terhadap regulasi yang sering berubah. TKMKB hadir untuk memberikan pencerahan dan interpretasi tunggal yang disepakati bersama. Tanpa peran edukasi ini, kebingungan di lapangan akan menghambat proses klaim dan *cash flow* rumah sakit.

Salah satu fungsi paling krusial TKMKB adalah melakukan *Utilization Review* (UR) secara makro. TKMKB memantau data utilisasi pelayanan di suatu wilayah. Jika ditemukan anomali statistik, misalnya angka Seksio Sesarea di satu kabupaten

mencapai 80% (jauh di atas rata-rata nasional), TKMKB berwenang melakukan audit investigatif. Apakah ini murni indikasi medis atau ada unsur *moral hazard*? TKMKB memiliki wewenang untuk merekomendasikan sanksi atau pembinaan kepada fasilitas kesehatan yang terbukti melakukan penyimpangan pola praktik.

Dalam penyelesaian sengketa medis (*medical dispute*), TKMKB bertindak sebagai "hakim" di luar pengadilan. Ketika terjadi perbedaan pendapat antara dokter DPJP yang menyatakan pasien perlu dirawat inap dengan verifikator BPJS yang menyatakan pasien cukup rawat jalan, masalah ini dibawa ke TKMKB. Keputusan TKMKB didasarkan pada audit medis dan referensi standar profesi. Keputusan ini bersifat mengikat secara administratif dalam proses klaim. Mekanisme ini mencegah penumpukan kasus sengketa di pengadilan yang memakan waktu dan biaya mahal.

TKMKB juga berperan dalam proses Kredensialing dan Rekredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. TKMKB memberikan rekomendasi kelayakan teknis dan mutu. Apakah rumah sakit tersebut memiliki dokter spesialis yang cukup? Apakah alat medisnya memenuhi standar? Rekomendasi TKMKB menjadi dasar bagi BPJS untuk melanjutkan atau memutus kontrak kerja sama. Ini adalah fungsi *gatekeeper* mutu di pintu gerbang kerja sama.

Tantangan independensi menjadi isu yang sering diperdebatkan. Meskipun anggotanya berasal dari profesi independen, namun secara operasional dan pendanaan, kegiatan TKMKB difasilitasi oleh BPJS Kesehatan. Hal ini sering memunculkan persepsi bias, seolah-olah TKMKB adalah "kepanjangan tangan" BPJS. Untuk menjaga kredibilitas, anggota TKMKB dituntut memiliki integritas moral yang tinggi dan bekerja semata-mata berdasarkan bukti ilmiah (*evidence-based*), bukan pesanan pihak manapun.

Di tingkat internal rumah sakit, regulasi juga mendorong pembentukan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya internal (sering

digabung dengan Komite Mutu atau Tim Casemix). Tim internal ini berfungsi sebagai mitra *counterpart* bagi TKMKB eksternal. Mereka melakukan audit mandiri sebelum diaudit oleh TKMKB Cabang. Sinergi antara tim internal RS dan TKMKB Cabang sangat penting untuk menciptakan hubungan kemitraan yang harmonis, bukan hubungan kucing-tikus.

Kompleksitas kasus medis yang terus berkembang menuntut TKMKB untuk terus meningkatkan kompetensinya. Kasus-kasus baru, teknologi kedokteran baru, dan obat-obatan baru memerlukan penilaian *Health Technology Assessment* (HTA) yang cepat. TKMKB sering diminta pertimbangan klinis mengenai efektivitas biaya suatu prosedur baru sebelum dijamin oleh JKN. Peran ini menempatkan TKMKB sebagai penentu arah kebijakan klinis nasional.

Aspek perlindungan konsumen juga menjadi ranah TKMKB. Keluhan peserta JKN mengenai diskriminasi layanan, penolakan perawatan, atau iur biaya (*balance billing*) yang tidak sah seringkali bermuara di meja TKMKB. TKMKB melakukan investigasi untuk melindungi hak-hak pasien. Jika terbukti ada pelanggaran, TKMKB merekomendasikan sanksi teguran hingga pemutusan kontrak kepada BPJS Kesehatan.

Dinamika regulasi JKN yang sangat fluktuatif menuntut TKMKB untuk menjadi dinamisator. TKMKB harus mampu menerjemahkan kebijakan makro kementerian menjadi petunjuk teknis mikro yang bisa dilaksanakan di lapangan. Berita Acara Kesepakatan (BAK) yang dibuat oleh TKMKB bersama organisasi profesi seringkali menjadi rujukan hukum ("yurisprudensi") dalam penyelesaian kasus serupa di masa depan.

Keterbatasan sumber daya manusia dan waktu anggota TKMKB (yang sebagian besar adalah dokter praktisi yang sibuk) menjadi kendala operasional. Seringkali penanganan sengketa tertunda karena sulitnya mengumpulkan anggota tim untuk rapat. Penggunaan teknologi telekonferensi dan sistem audit

digital mulai diadopsi untuk mengatasi hambatan geografis dan waktu ini.

Peran TKMKB dalam pencegahan *Fraud* juga semakin diperkuat. Bersama dengan Tim Pencegahan Kecurangan JKN (PK-JKN), TKMKB melakukan deteksi dini terhadap pola klaim yang mencurigakan. Keahlian klinis anggota TKMKB sangat dibutuhkan untuk membedakan antara variasi klinis yang wajar dan manipulasi data yang disengaja.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa TKMKB adalah pilar penyangga kredibilitas sistem JKN. Tanpa TKMKB yang kuat, objektif, dan berwibawa, sistem JKN akan rentan terhadap konflik berkepanjangan dan degradasi mutu yang pada akhirnya merugikan rakyat Indonesia.

## **B. Struktur Organisasi, Fungsi, dan Kewenangan TKMKB**

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dibentuk berdasarkan amanat Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 dan peraturan teknis BPJS Kesehatan. Struktur organisasi TKMKB bersifat hierarkis namun terdesentralisasi, mengikuti struktur wilayah kerja BPJS Kesehatan. Di puncak terdapat **TKMKB Tingkat Pusat** yang berkedudukan di ibu kota negara. Tim ini bertugas merumuskan kebijakan strategis, menyusun pedoman teknis audit, dan menyelesaikan sengketa yang tidak bisa diselesaikan di tingkat daerah. Anggotanya terdiri dari perwakilan Pengurus Besar organisasi profesi (PB IDI, PDGI, PPNI, IBI, IAI), pakar perumaha-sakitan (PERSI/ARSADA), dan akademisi senior.

Di bawah tingkat pusat, terdapat **TKMKB Tingkat Divisi Regional (Divre)** yang mencakup beberapa provinsi. Tim ini berfungsi sebagai koordinator dan *supervisor* bagi tim di tingkat cabang. Mereka menangani kasus-kasus banding dari tingkat cabang dan melakukan monitoring evaluasi kinerja mutu di wilayahnya. Selanjutnya, di tingkat paling operasional adalah **TKMKB Tingkat Cabang** (Kabupaten/Kota). Tim inilah yang menjadi ujung tombak, berhadapan langsung dengan rumah

sakit dan pasien. Mereka melakukan kunjungan lapangan, audit klaim rutin, dan mediasi sengketa harian. Kecepatan respons TKMKB Cabang sangat menentukan kepuasan *provider*.

Komposisi keanggotaan TKMKB didesain untuk menjamin objektivitas. Anggota TKMKB terdiri dari unsur:

1. **Organisasi Profesi:** Memberikan masukan terkait standar pelayanan medis dan etika profesi.
2. **Akademisi:** Memberikan pandangan berbasis bukti ilmiah (*evidence-based*) dan metodologi audit yang valid.
3. **Pakar Klinis:** Dokter spesialis senior yang dihormati (*peer leader*) untuk menilai kewajaran medis. Kewenangan TKMKB cukup luas namun spesifik, meliputi kewenangan untuk mengakses data rekam medis (dengan menjaga kerahasiaan), melakukan wawancara dengan manajemen dan staf medis RS, serta memberikan rekomendasi yang bersifat mengikat secara administratif kepada BPJS Kesehatan.

Salah satu fungsi utama TKMKB adalah **Sosialisasi dan Edukasi**. Banyak masalah klaim terjadi karena ketidaktahuan dokter di RS tentang aturan coding atau kriteria diagnosis JKN. TKMKB bertugas menyelenggarakan pertemuan sosialisasi berkala untuk membedah kasus-kasus yang sering menjadi sengketa. Forum ini menjadi ajang dialog konstruktif antara pembayar dan penyedia layanan. Melalui fungsi ini, TKMKB berperan sebagai edukator yang meningkatkan literasi jaminan kesehatan para klinisi.

Fungsi **Audit Medis dan Utilization Review**. TKMKB memiliki kewenangan untuk melakukan audit terhadap klaim yang diajukan rumah sakit, baik secara acak (*random sampling*) maupun audit terarah (*purposive sampling*) pada kasus yang mencurigakan. Audit ini tidak hanya melihat kelengkapan administrasi, tetapi menitik pada substansi medis: "Apakah pasien ini benar-benar perlu dirawat inap?" "Apakah pemberian

antibiotik mahal ini sesuai indikasi?" Temuan audit TKMKB menjadi dasar bagi BPJS untuk membayar atau menolak klaim.

Fungsi **Penyelesaian Sengketa (*Dispute Resolution*)**. Ini adalah fungsi yang paling sering sorotan. Ketika terjadi *deadlock* antara RS dan Verifikator BPJS, masalah diajukan ke TKMKB. TKMKB akan menggelar sidang kasus, mendengarkan argumen kedua belah pihak, menelaah bukti klinis, dan mengeluarkan putusan. Putusan ini harus dihormati oleh kedua belah pihak. Kewenangan "hakim medis" ini sangat krusial untuk menjaga kepastian pembayaran dan hubungan kemitraan.

Kewenangan **Rekomendasi Sanksi**. Jika dalam auditnya TKMKB menemukan bukti kuat adanya kecurangan (*fraud*) atau pelanggaran standar mutu yang membahayakan pasien, TKMKB berwenang merekomendasikan sanksi kepada BPJS Kesehatan. Sanksi bisa berupa teguran tertulis, pengembalian dana, hingga pemutusan kontrak kerja sama. TKMKB tidak menjatuhkan sanksi secara langsung (karena bukan regulator negara), tetapi rekomendasinya menjadi dasar legalitas bagi BPJS untuk bertindak.

Tantangan struktur TKMKB adalah ketersediaan pakar di daerah terpencil. Di kota besar, mudah mencari dokter spesialis konsultan untuk menjadi anggota TKMKB. Namun di daerah perifer, seringkali dokter spesialis sangat langka dan semuanya bekerja di RS yang sama yang sedang diaudit. Hal ini menimbulkan potensi konflik kepentingan yang tinggi. Strategi rotasi auditor atau audit silang antar cabang (*cross audit*) sering digunakan untuk mengatasi kendala objektivitas ini.

Struktur TKMKB juga bersifat ad-hoc dalam arti anggotanya memiliki pekerjaan utama lain (dokter praktik, dosen). Hal ini sering menyebabkan kendala waktu dalam merespons kasus mendesak. Penguatan sekretariat TKMKB yang didukung oleh staf purna waktu (*full-time*) sangat diperlukan untuk menjaga kesinambungan administrasi dan analisis data awal sebelum dibawa ke rapat pleno tim ahli.

Dalam menjalankan fungsinya, TKMKB harus berpedoman pada "Buku Pedoman Pelaksanaan TKMKB" yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Pedoman ini mengatur tata cara sidang, format laporan audit, dan kode etik anggota TKMKB. Kepatuhan terhadap pedoman ini penting agar keputusan TKMKB tidak digugat balik oleh rumah sakit atau pihak lain.

Hubungan kerja TKMKB dengan Dinas Kesehatan dan PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) harus sinergis. Dinkes sebagai regulator perizinan dan PERSI sebagai wadah rumah sakit adalah mitra strategis TKMKB dalam pembinaan mutu. TKMKB bukan lembaga yang berdiri di menara gading, melainkan bagian integral dari tata kelola sistem kesehatan daerah.

Kesimpulannya, struktur dan kewenangan TKMKB didesain untuk menjadi penyeimbang kekuatan. Ia tidak memihak BPJS (agar tidak pelit) dan tidak memihak RS (agar tidak boros), melainkan memihak pada kebenaran medis dan efisiensi sistem.

### **C. Mekanisme Kerja: dari Sosialisasi Hingga Penyelesaian Sengketa**

Mekanisme kerja TKMKB adalah sebuah siklus proses yang dimulai dari upaya preventif (sosialisasi) hingga upaya kuratif (penyelesaian sengketa). Alur kerja ini dirancang untuk meminimalkan friksi dan memaksimalkan kepatuhan (*compliance*) semua pihak terhadap regulasi JKN.

Tahap awal mekanisme kerja adalah **Sosialisasi dan Pembinaan**. TKMKB secara proaktif mengidentifikasi isu-isu yang berpotensi menjadi masalah. Misalnya, terbitnya peraturan baru tentang kriteria rawat inap untuk operasi katarak. TKMKB Cabang akan mengundang seluruh manajemen RS dan dokter mata di wilayahnya untuk membedah peraturan tersebut. Tujuannya adalah menyamakan persepsi *sebelum* klaim diajukan. Dalam forum ini, TKMKB menjelaskan "dos and don'ts" agar RS tidak

terjebak dalam kesalahan klaim. Pembinaan juga dilakukan melalui umpan balik (*feedback*) hasil audit bulan sebelumnya.

Tahap kedua adalah **Monitoring dan Evaluasi (Monev) Utilisasi**. TKMKB menerima data agregat dari BPJS Kesehatan mengenai profil pelayanan di setiap RS. Data ini meliputi jumlah rujukan, rasio obat kronis, rata-rata biaya per kasus, dan lain-lain. TKMKB menganalisis data ini untuk mencari anomali (*outlier*). Jika ditemukan RS A memiliki tingkat rujukan non-spesialis yang sangat tinggi dibanding RS lain, TKMKB akan menjadwalkan kunjungan supervisi atau audit ke RS A untuk mencari akar masalahnya. Mekanisme ini disebut *Utilization Review* berbasis data.

Tahap ketiga, jika terjadi ketidaksepakatan klaim, adalah **Mekanisme Penyelesaian Sengketa (*Dispute Settlement*)**. Proses ini memiliki SOP yang ketat:

1. **Pengajuan Sengketa:** Rumah sakit mengajukan keberatan tertulis atas penolakan klaim oleh verifikator BPJS, disertai bukti pendukung (resume medis, hasil lab, referensi literatur).
2. **Telaah Administratif:** Sekretariat TKMKB memeriksa kelengkapan berkas sengketa.
3. **Telaah Teknis/Medis:** Kasus dibahas oleh anggota TKMKB yang relevan (misal kasus bedah dibahas oleh anggota TKMKB dokter bedah). Mereka membandingkan penanganan kasus dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan aturan koding.
4. **Pertemuan Pembahasan (Sidang):** TKMKB mengundang perwakilan RS dan Verifikator BPJS untuk klarifikasi. Diskusi dilakukan secara ilmiah dan objektif.
5. **Keputusan:** TKMKB mengeluarkan Berita Acara Keputusan. Keputusan bisa berupa: Klaim layak bayar (RS menang), Klaim tidak layak bayar (BPJS menang), atau Klaim layak bayar sebagian (*coding adjustment*).

Mekanisme eskalasi. Jika RS atau BPJS tidak puas dengan keputusan TKMKB Cabang, mereka dapat mengajukan banding ke

TKMKB Divisi Regional, dan seterusnya hingga ke Pusat. Namun, untuk menjaga kepastian hukum dan *cash flow*, regulasi mendorong agar sebagian besar masalah selesai di tingkat cabang (*first level resolution*). Proses eskalasi hanya untuk kasus-kasus yang memiliki dampak kebijakan nasional atau interpretasi regulasi yang abu-abu.

Pentingnya **Berita Acara Kesepakatan (BAK)**. Dalam proses kerjanya, TKMKB sering menemukan kasus-kasus yang aturannya belum jelas di regulasi pusat. Untuk mengisi kekosongan hukum ini, TKMKB memfasilitasi pembuatan BAK antara BPJS dan Asosiasi Faskes/Profesi di tingkat wilayah. Contoh: Kesepakatan tentang definisi "Gawat Darurat Psikiatri" di wilayah tersebut. BAK ini menjadi hukum lokal yang mengikat para pihak dalam verifikasi klaim selanjutnya, sehingga mencegah sengketa berulang pada kasus serupa.

Mekanisme kerja TKMKB juga mencakup **Kunjungan Lapangan (On-Site Visit)**. Tidak semua masalah bisa diselesaikan di atas meja rapat. TKMKB perlu melihat langsung kondisi di RS. Misalnya, untuk memverifikasi apakah RS benar-benar memiliki alat NICU yang sesuai standar untuk mengklaim tarif NICU. Kunjungan lapangan juga dilakukan untuk investigasi dugaan *fraud*. Dalam kunjungan ini, TKMKB berfungsi sebagai auditor eksternal yang independen.

Transparansi dan Dokumentasi. Setiap langkah kerja TKMKB, mulai dari undangan rapat, notulensi diskusi, hingga surat keputusan, harus terdokumentasi dengan rapi. Hal ini penting sebagai jejak audit (*audit trail*) jika dikemudian hari ada pemeriksaan oleh BPKP atau KPK. Transparansi proses membangun kepercayaan (*trust*) dari rumah sakit bahwa TKMKB bekerja adil dan tidak "masuk angin."

Waktu Penyelesaian (*Turnaround Time*). Salah satu indikator kinerja TKMKB adalah kecepatan penyelesaian sengketa. Klaim yang menggantung (*pending*) mengganggu arus kas RS. TKMKB ditargetkan untuk menyelesaikan sengketa dalam waktu tertentu

(misal maksimal 14 hari kerja setelah berkas lengkap). Kedisiplinan waktu ini menuntut komitmen tinggi dari para anggotanya.

Penggunaan Teknologi. Mekanisme kerja TKMKB kini didukung oleh aplikasi digital (seperti *E-Claim Dispute*). RS mengunggah berkas sengketa secara digital, dan TKMKB mereview secara online. Ini mempercepat proses, mengurangi biaya kertas, dan memungkinkan tracking status penyelesaian sengketa secara *real-time*.

Mekanisme kerja yang efektif membutuhkan komunikasi dua arah. TKMKB tidak hanya "memutuskan perkara," tetapi juga mendengarkan keluhan sistemik. Jika banyak RS mengeluhkan hal yang sama (misal: aplikasi V-Claim sering error), TKMKB berwenang menyampaikan rekomendasi perbaikan sistem IT kepada BPJS Pusat.

Kesimpulannya, mekanisme kerja TKMKB adalah kombinasi antara diplomasi, audit teknis, dan peradilan profesi. Tujuannya adalah menciptakan ekosistem JKN yang kondusif di mana perbedaan pendapat diselesaikan melalui dialog ilmiah dan regulasi, bukan melalui konflik terbuka.

#### **D. Audit Medis dan Kunjungan Lapangan oleh TKMKB**

Audit medis yang dilakukan oleh TKMKB berbeda dengan audit medis internal rumah sakit (Bab 14). Jika audit internal bertujuan untuk perbaikan mutu klinis secara umum, audit medis TKMKB memiliki dimensi finansial dan kepatuhan regulasi yang lebih kental. TKMKB melakukan audit untuk memastikan bahwa dana JKN dibayarkan untuk pelayanan yang benar-benar diperlukan secara medis (*medically necessary*) dan diberikan dengan cara yang efisien.

Metodologi Audit TKMKB biasanya menggunakan pendekatan **Sampling**. Mengingat jutaan klaim yang masuk, tidak mungkin TKMKB memeriksa semuanya. TKMKB menggunakan data analitik dari BPJS untuk menentukan target audit. Contoh:

"Daftar 10 Rumah Sakit dengan Rata-rata Biaya Rawat Inap Tertinggi" atau "Daftar RS dengan Kasus Fisioterapi Terbanyak." Berdasarkan data ini, TKMKB menetapkan sampel audit. Pendekatan berbasis risiko (*Risk-Based Audit*) ini memastikan sumber daya TKMKB fokus pada area yang paling berpotensi inefisiensi atau *fraud*.

Fokus audit TKMKB seringkali pada **Kesesuaian Diagnosis dan Tindakan**. TKMKB memeriksa apakah diagnosis yang dikoding sesuai dengan kriteria ICD-10 dan didukung oleh bukti objektif di rekam medis. Contoh klasik: Audit kasus "Pneumonia Berat." TKMKB akan memeriksa rekam medis: Apakah ada hasil rontgen yang menunjukkan infiltrat? Apakah ada hasil lab leukositosis? Apakah ada catatan dokter tentang sesak napas berat? Jika bukti-bukti ini tidak ada, TKMKB akan merekomendasikan koreksi diagnosis menjadi "Pneumonia Ringan" atau bahkan menolak klaim jika tidak terbukti pneumonia sama sekali.

Audit terhadap **Kewajaran Perawatan (*Appropriateness of Care*)**. TKMKB menilai apakah keputusan merawat inap pasien sudah tepat. Apakah pasien Diare Anak dengan dehidrasi ringan perlu dirawat inap 5 hari? TKMKB menggunakan standar medis untuk menilai ini. Jika ditemukan pasien dirawat inap padahal seharusnya bisa rawat jalan, TKMKB akan merekomendasikan klaim tersebut dialihkan ke tarif rawat jalan. Ini adalah mekanisme kontrol terhadap *moral hazard* sisi *provider*.

Audit **Readmission** (Rawat Inap Berulang). TKMKB sangat jeli melihat pasien yang pulang dan masuk lagi dalam waktu singkat (misal < 7 hari) dengan diagnosis yang sama atau berhubungan. Apakah pasien dipulangkan paksa sebelum sembuh demi mengejar tarif baru? Atau memang kondisi pasien memburuk alamiah? Audit rekam medis akan melihat kondisi saat pulang (*discharge status*). Jika pasien dipulangkan saat masih demam tinggi, ini indikasi pemulangan prematur yang merugikan pasien dan sistem.

**Kunjungan Lapangan (*On-Site Visit*)** adalah metode verifikasi fisik. TKMKB turun ke rumah sakit untuk melihat langsung sarana prasarana dan SDM. Kunjungan ini sering dilakukan dalam konteks Kredensialing atau investigasi khusus. Misalnya, sebuah RS mengajukan klaim operasi bedah saraf yang banyak. TKMKB akan berkunjung untuk mengecek: Apakah benar ada dokter bedah saraf purna waktu? Apakah ada mikroskop bedah? Apakah kamar operasi memenuhi standar steril? Jika temuan lapangan menunjukkan fasilitas tidak memadai, klaim bisa dibatalkan karena dianggap pelayanan tidak standar (*sub-standard care*).

Teknik wawancara dan observasi. Saat kunjungan lapangan, TKMKB tidak hanya melihat dokumen, tapi juga mewawancarai pasien (jika memungkinkan) dan staf. Wawancara dengan pasien bisa mengungkap apakah pasien benar-benar mendapatkan terapi yang diklaimkan (untuk mendeteksi *phantom billing*). Wawancara dengan staf bisa mengungkap beban kerja dan kepatuhan terhadap SPO.

Tindak lanjut hasil audit. Laporan hasil audit TKMKB berisi temuan, kesimpulan, dan rekomendasi.

1. **Rekomendasi Administratif:** Meminta RS melengkapi dokumen atau memperbaiki sistem pencatatan.
2. **Rekomendasi Finansial:** Merekomendasikan pengembalian kelebihan bayar (*refund*) untuk kasus yang tidak lolos audit.
3. **Rekomendasi Mutu:** Menyarankan pelatihan ulang bagi dokter atau perbaikan alur layanan. Rumah sakit wajib menindaklanjuti rekomendasi ini dalam batas waktu tertentu. TKMKB akan memantau pelaksanaannya pada audit berikutnya.

Aspek kerahasiaan dalam audit. TKMKB terikat sumpah kerahasiaan medis. Data pasien yang dibuka saat audit tidak boleh bocor ke publik. TKMKB harus memperlakukan rekam

medis sebagai dokumen rahasia negara. Pelanggaran terhadap kerahasiaan ini dapat menodai integritas proses audit.

Sikap Auditor TKMKB. Auditor TKMKB harus bersikap profesional, objektif, dan tidak menggurui (*patronizing*). Tujuannya adalah pembinaan (*corrective*), bukan semata-mata penghukuman (*punitive*). Pendekatan yang kolegial membuat rumah sakit lebih terbuka menerima masukan perbaikan. Sebaliknya, sikap auditor yang arogan akan memicu resistensi dan sikap defensif dari rumah sakit.

Peran TKMKB dalam audit *Post-Claim* (Klaim yang sudah dibayar). BPJS memiliki hak untuk melakukan audit retrospektif hingga 5 tahun ke belakang. TKMKB sering dilibatkan dalam tim audit gabungan ini. Jika ditemukan pola kesalahan sistematis di masa lalu, RS bisa diminta mengembalikan dana dalam jumlah besar. Audit ini mengajarkan RS untuk selalu tertib administrasi setiap saat, bukan hanya saat pengajuan klaim.

Kesimpulannya, audit medis dan kunjungan lapangan TKMKB adalah mekanisme "*Quality Assurance*" eksternal. Bagi rumah sakit yang berintegritas, audit ini adalah kesempatan untuk mendapatkan masukan gratis dari para ahli guna meningkatkan mutu pelayanan. Bagi rumah sakit yang nakal, audit ini adalah momok yang menakutkan.

## **E. Peran TKMKB dalam Menyusun Pedoman dan Kriteria Teknis**

Regulasi kesehatan di tingkat nasional seringkali bersifat umum dan makro. Ketika peraturan tersebut mendarat di lapangan, sering muncul "ruang abu-abu" interpretasi. Disinilah peran vital TKMKB sebagai **Interpreter Regulasi** dan penyusun pedoman teknis regional. TKMKB berfungsi menerjemahkan bahasa hukum menjadi bahasa operasional klinis yang bisa dipahami dan dilaksanakan oleh dokter dan verifikator.

Salah satu produk penting TKMKB adalah penyusunan **Kesepakatan Kriteria Klinis**. Contoh klasik adalah definisi "Gawat Darurat." Perpres mendefinisikan gawat darurat sebagai kondisi yang mengancam nyawa atau kecacatan. Namun, di lapangan, apakah "Sakit Kepala Hebat" itu gawat darurat? TKMKB bersama organisasi profesi (misal Perhimpunan Dokter Saraf) duduk bersama menyusun kriteria teknis: Sakit kepala seperti apa yang masuk kriteria gawat darurat (misal: skala nyeri >7, ada tanda neurologis fokal, atau riwayat trauma). Pedoman teknis ini kemudian disepakati menjadi acuan verifikasi di IGD. Ini memberikan kepastian hukum bagi dokter jaga dan verifikator.

Penyusunan **Pedoman Koding Regional**. Meskipun ada aturan ICD-10 internasional, penerapannya dalam INA-CBGs sering butuh penyesuaian lokal. TKMKB membahas kasus-kasus koding yang sering jadi sengketa (misal: koding Sepsis). TKMKB menyusun pedoman: "Diagnosis Sepsis hanya boleh dikoding jika memenuhi kriteria SIRS plus bukti infeksi, dan didukung hasil kultur atau laktat." Pedoman ini mencegah *upcoding* diagnosis Sepsis yang sering disalahgunakan untuk menaikkan tarif.

Harmonisasi Panduan Praktik Klinis (PPK). Setiap RS wajib punya PPK. Namun, PPK antar RS bisa berbeda-beda. RS A menetapkan LOS Tifoid 3 hari, RS B 7 hari. TKMKB berperan melakukan harmonisasi atau *benchmarking*. TKMKB bisa merekomendasikan: "Berdasarkan PNPK Kemenkes, perawatan Tifoid tanpa komplikasi cukup 3-5 hari. Mohon RS menyesuaikan PPK-nya." Ini mendorong standarisasi mutu dan efisiensi biaya di tingkat wilayah.

Peran dalam penetapan **Kriteria Rujukan**. TKMKB membantu menyusun kriteria kapan pasien harus dirujuk dari FKTP ke FKRTL, dan dari RS Tipe C ke Tipe B. Kriteria rujukan yang jelas mencegah penumpukan pasien di RS rujukan tersier (Tipe A) untuk kasus-kasus yang sebenarnya bisa tuntas di sekunder. Pedoman ini mendukung sistem rujukan berjenjang yang efektif.

Klarifikasi batasan pelayanan JKN (*Benefit Package*). Ada layanan yang tidak dijamin JKN (estetika, infertilitas, dll). Namun batasannya kadang kabur. Apakah operasi rekonstruksi pasca luka bakar masuk estetika atau medis? TKMKB memberikan fatwa klinis. "Jika luka bakar menyebabkan kontraktur yang mengganggu fungsi gerak, maka operasinya adalah medis (dijamin). Jika hanya untuk menghilangkan bekas luka, itu estetika (tidak dijamin)." Fatwa teknis ini menjadi pedoman verifikasi.

Menyusun pedoman administrasi klaim. Selain klinis, TKMKB juga memberikan masukan tentang kelengkapan berkas. "Untuk klaim Fisioterapi, wajib melampirkan lembar monitoring fungsi (Lembar CPPT Rehab)." Standarisasi berkas administrasi ini mempercepat proses verifikasi dan mengurangi tingkat pengembalian berkas (*return claim*).

Mekanisme Adopsi *Best Practice*. TKMKB mengidentifikasi rumah sakit yang memiliki kinerja efisiensi terbaik di wilayahnya, mempelajari SPO mereka, dan menjadikannya sebagai model pedoman bagi RS lain. TKMKB menjadi agen penyebar praktik baik (*knowledge management*).

TKMKB sebagai filter teknologi baru. Ketika ada prosedur medis baru yang belum diatur tarifnya dalam INA-CBGs, TKMKB memberikan masukan kepada Kementerian Kesehatan (melalui TKMKB Pusat) mengenai efektivitas dan kelayakan pembiayaannya. Apakah prosedur ini layak masuk paket atau perlu *top up*? Masukan teknis dari TKMKB sangat berharga bagi regulator tarif.

Legalitas produk pedoman TKMKB. Hasil kesepakatan teknis ini biasanya dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan (BAK) yang ditandatangani oleh Ketua TKMKB, Kepala Cabang BPJS, dan Perwakilan Asosiasi RS/Profesi. BAK ini memiliki kekuatan mengikat secara kontraktual bagi para pihak di wilayah tersebut, selama tidak bertentangan dengan peraturan di atasnya.

Dinamika dan Revisi. Pedoman teknis buatan TKMKB tidak statis. Ia harus direvisi mengikuti perkembangan ilmu kedokteran

dan perubahan regulasi nasional. TKMKB harus rajin melakukan *review* terhadap kesepakatan lama. "Apakah kriteria rawat inap Covid-19 tahun lalu masih relevan sekarang?" Fleksibilitas ini penting untuk menjaga relevansi pedoman.

Kesimpulannya, peran TKMKB dalam menyusun pedoman teknis adalah mengisi celah kosong antara regulasi kaku dan realitas klinis yang dinamis. Pedoman ini adalah "minyak pelumas" yang membuat mesin birokrasi klaim berjalan lancar tanpa gesekan berlebihan.

## **F. Tantangan Independensi dan Penguatan TKMKB di Masa Depan**

Meskipun memiliki peran yang sangat vital, eksistensi TKMKB tidak lepas dari berbagai tantangan fundamental yang dapat mempengaruhi kinerjanya. Tantangan terbesar adalah isu **Independensi dan Konflik Kepentingan**. Secara struktur pendanaan, operasional TKMKB dibiayai oleh BPJS Kesehatan (sesuai regulasi). Honorarium anggota, biaya rapat, dan akomodasi ditanggung oleh BPJS. Hal ini memunculkan persepsi skeptis: "Bagaimana mungkin TKMKB bisa objektif mengadili sengketa jika 'gajinya' dibayar oleh salah satu pihak yang bersengketa (BPJS)?" Ada kekhawatiran bahwa TKMKB akan cenderung memenangkan BPJS untuk mengamankan posisi mereka. Di sisi lain, anggota TKMKB juga adalah dokter praktisi yang bekerja di rumah sakit. Ada potensi konflik kepentingan "Solidaritas Sejawat" di mana mereka cenderung membela teman seprofesi (dokter RS) saat berhadapan dengan BPJS. Menjaga keseimbangan di atas dua tarikan kepentingan ini adalah seni tingkat tinggi.

Tantangan kedua adalah **Ketersediaan Waktu dan Komitmen**. Anggota TKMKB adalah para pakar dan spesialis senior yang biasanya memiliki jadwal praktik sangat padat. Dedikasi waktu untuk menelaah tumpukan berkas sengketa atau melakukan kunjungan lapangan seringkali terbatas. Akibatnya,

penyelesaian kasus menjadi lambat. Model keanggotaan *ad-hoc* (sampingan) ini perlu dievaluasi. Di masa depan, mungkin diperlukan anggota TKMKB yang bersifat *full-time* atau setidaknya memiliki *dedicated days* yang digaji layak secara profesional, bukan sekadar honorarium rapat.

Tantangan ketiga adalah **Kompetensi Auditor**. Mengaudit klaim JKN membutuhkan gabungan kompetensi medis, koding, hukum kesehatan, dan administrasi asuransi. Tidak banyak dokter spesialis yang menguasai keempatnya sekaligus. Seringkali anggota TKMKB jago medis tapi buta aturan koding, atau sebaliknya. Program pelatihan dan sertifikasi khusus bagi anggota TKMKB (misal: Sertifikasi Dokter Asuransi Kesehatan/PAMJAKI) perlu diperkuat dan diwajibkan.

Tantangan **Kekuatan Eksekusi (Enforcement)**. Rekomendasi TKMKB seringkali hanya berakhir sebagai "macan kertas." TKMKB merekomendasikan sanksi bagi RS yang curang, tapi BPJS atau Kemenkes lambat atau enggan mengeksekusinya karena pertimbangan politis atau akses layanan (takut RS tutup). Tanpa kekuatan eksekusi yang nyata, wibawa TKMKB akan tergerus. Di masa depan, regulasi harus memberikan mandat yang lebih kuat agar rekomendasi TKMKB bersifat final dan mengikat (*binding and executory*).

Peta Jalan Penguatan TKMKB. Ke depan, ada wacana untuk mentransformasi TKMKB menjadi lembaga yang lebih independen secara finansial dan struktural, mungkin di bawah langsung Kementerian Kesehatan atau Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dengan anggaran APBN sendiri, bukan dana operasional BPJS. Pemisahan dompet ini akan menghilangkan keraguan atas independensi finansial.

Digitalisasi TKMKB. Pengembangan sistem *e-Audit* dan *Artificial Intelligence* (AI) dalam deteksi sengketa akan sangat membantu tugas TKMKB. TKMKB masa depan akan bekerja lebih banyak dengan dashboard data analitik daripada tumpukan kertas. AI bisa membantu menyaring kasus mana yang benar-

benar butuh telaah pakar manusia, dan mana yang bisa diputus oleh sistem.

Perlindungan Hukum bagi Anggota TKMKB. Anggota TKMKB yang memberikan rekomendasi sanksi rentan digugat secara pribadi oleh pihak yang dirugikan (RS atau Dokter). Perlu ada payung hukum yang menjamin imunitas anggota TKMKB dalam menjalankan tugasnya, selama dilakukan sesuai prosedur dan itikad baik. Tanpa perlindungan ini, anggota TKMKB akan takut bertindak tegas.

Sinergi dengan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). BPRS dan TKMKB memiliki irisan tugas dalam pengawasan mutu. Sinergi antara keduanya perlu diperjelas agar tidak terjadi tumpang tindih audit yang membingungkan rumah sakit. BPRS fokus pada hak pasien dan etika RS, TKMKB fokus pada kendali biaya dan mutu JKN.

Peningkatan Partisipasi Publik. TKMKB masa depan sebaiknya juga melibatkan unsur perwakilan masyarakat/pasien secara lebih aktif, bukan hanya profesional medis. Sudut pandang pasien penting untuk menyeimbangkan teknokrasi medis dan birokrasi asuransi.

Kesimpulannya, penguatan TKMKB adalah syarat mutlak bagi keberhasilan *Universal Health Coverage* di Indonesia. TKMKB harus berevolusi dari sekadar komite pelengkap menjadi regulator mutu yang disegani, independen, dan profesional. Hanya dengan wasit yang adil dan tegas, pertandingan JKN bisa berjalan *fair play* dan menghasilkan pemenang sejati: rakyat Indonesia yang sehat.

## **G. Referensi Bab 15**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI Press.

- Agustina, R., et al. (2019). *Universal Health Coverage in Indonesia*. Jakarta: UI Press.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- BPJS Kesehatan. (2020). *Laporan Pengelolaan Program JKN-KIS*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Djuhaeni, H. (2018). *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Bandung: Unpad Press.
- Handayani, P. W., et al. (2018). *Strategic Hospital Management in the JKN Era*. Depok: Rajawali Pers.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Idris, H. (2016). *Dimensi Mutu dan Efisiensi JKN*. Palembang: Unsri Press.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Kemendes RI. (2016). *Pedoman Kendali Mutu dan Kendali Biaya JKN*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. (2019). *Buku Saku Pencegahan Fraud JKN*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kurniawati, D. (2016). *Manajemen Risiko Layanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Laksono, T. (2018). *Fragmentasi dan Integrasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mukti, A. G. (2015). *Sistem Jaminan Kesehatan Nasional: Arah dan Kebijakan*. Jakarta: EGC.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.

- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nasution, S. K. (2021). *Hukum Kesehatan dan Jaminan Sosial*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Nugraheni, W. P. (2018). *Analisis Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: LIPI Press.
- Nurwahyuni, A. (2019). *Kendali Biaya dan Mutu pada Fasilitas Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rusli, Z. (2015). *Hukum Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Simanjorang, A. (2021). *Manajemen Klaim BPJS Kesehatan*. Medan: USU Press.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. (Referensi Wajib tentang JKN).
- Tim TKMKB Pusat. (2018). *Bunga Rampai Kasus Sengketa Medis JKN*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.

- Trisnantoro, L. (2020). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yustina, E. W. (2019). *Hubungan Hukum Pasien dan Dokter dalam JKN*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

**Regulasi:**

- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Pasal 82 tentang TKMKB).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Bab VI tentang Kendali Mutu dan Biaya).
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional. (Regulasi Teknis Utama TKMKB).



# BAB XVI

## TEKNOLOGI INFORMASI DAN DIGITALISASI



### A. Pendahuluan

Revolusi Industri 4.0 telah membawa gelombang disrupsi digital yang tidak terelakkan ke dalam sektor kesehatan. Rumah sakit, yang secara tradisional dikenal sebagai institusi yang lambat dalam mengadopsi teknologi informasi dibandingkan sektor perbankan atau retail, kini dipaksa untuk berlari kencang mengejar ketertinggalan. Tekanan dari regulasi pemerintah yang mewajibkan Rekam Medis Elektronik (RME), tuntutan pasien akan kemudahan akses layanan digital, dan kebutuhan internal manajemen untuk mengendalikan biaya yang semakin kompleks, menjadikan transformasi digital bukan lagi sekadar pilihan (*option*), melainkan keharusan (*imperative*). Dalam konteks Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), teknologi informasi (TI) bukan hanya berfungsi sebagai alat pencatat administrasi, tetapi sebagai tulang punggung saraf yang menghubungkan seluruh organ rumah sakit agar bekerja dalam satu orkestra efisiensi.

Peran Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) telah berevolusi dari sekadar aplikasi *billing* kasir menjadi sistem *Enterprise Resource Planning* (ERP) yang komprehensif. Di masa lalu, SIMRS hanya digunakan untuk mencetak kuitansi tagihan. Kini, SIMRS modern mengintegrasikan data klinis, keuangan, logistik, dan sumber daya manusia secara *real-time*.

Integrasi ini memungkinkan manajemen untuk melihat "kebenaran tunggal" (*single source of truth*) dari kinerja rumah sakit. Direktur tidak lagi perlu menunggu laporan bulanan yang disusun manual dan rentan kesalahan manusia; mereka dapat melihat *dashboard* kinerja harian di layar tablet mereka untuk mengambil keputusan strategis detik itu juga.

Digitalisasi proses klinis melalui Rekam Medis Elektronik (RME) adalah lompatan terbesar dalam efisiensi operasional. RME menghilangkan hambatan fisik pencarian berkas status pasien yang sering hilang atau terselip, yang membuang waktu tunggu pasien berjam-jam. Dengan RME, riwayat medis pasien dapat diakses oleh dokter dari poliklinik, bangsal, atau bahkan dari rumah (melalui VPN aman) dalam hitungan detik. Kecepatan akses informasi ini secara langsung memangkas waktu tunggu layanan (*waiting time*), meningkatkan kepuasan pasien, dan memungkinkan dokter mengambil keputusan medis lebih cepat dan akurat. RME juga menghilangkan biaya pengadaan kertas, tinta printer, dan gudang penyimpanan arsip yang mahal (*paperless hospital*).

Namun, dampak digitalisasi terhadap kendali biaya jauh lebih dalam daripada sekadar penghematan kertas. Fitur *Clinical Decision Support System* (CDSS) yang ditanamkan dalam RME mampu mencegah kesalahan medis yang berbiaya mahal. Sistem dapat memberikan peringatan otomatis jika dokter meresepkan obat yang berinteraksi negatif dengan obat lain yang sedang dikonsumsi pasien, atau jika dosis yang diberikan tidak sesuai dengan berat badan pasien anak. Pencegahan *Adverse Drug Event* (ADE) ini menyelamatkan nyawa pasien sekaligus menyelamatkan rumah sakit dari biaya rawat tambahan akibat komplikasi obat. Teknologi menjadi jaring pengaman (*safety net*) yang bekerja 24 jam tanpa lelah.

Dalam era JKN, interoperabilitas sistem antara SIMRS rumah sakit dengan aplikasi V-Claim BPJS Kesehatan dan platform Satu Sehat Kementerian Kesehatan menjadi krusial. Sistem *bridging*

(jembatan data) memungkinkan pertukaran data secara otomatis tanpa perlu *double entry*. Petugas tidak perlu menyetik ulang data pasien dari SIMRS ke V-Claim, yang memakan waktu dan berisiko salah ketik. Efisiensi administratif ini mengurangi beban kerja staf, meminimalkan antrian pendaftaran, dan mempercepat proses pengajuan klaim. Rumah sakit yang sistem IT-nya terintegrasi baik dengan BPJS memiliki tingkat keberhasilan klaim yang lebih tinggi dan arus kas yang lebih lancar.

Penerapan *Telemedicine* dan aplikasi *Mobile Health* (mHealth) membuka kanal pendapatan baru sekaligus efisiensi. Pasien penyakit kronis stabil tidak perlu selalu datang fisik ke rumah sakit yang membebani kapasitas ruang tunggu dan parkir. Melalui telekonsultasi, dokter dapat memantau perkembangan pasien jarak jauh. Resep obat dapat dikirim langsung ke rumah pasien melalui layanan ojek daring. Ini adalah bentuk efisiensi ruang dan waktu yang radikal. Rumah sakit dapat melayani lebih banyak pasien tanpa perlu memperluas gedung fisik. Konsep *Smart Hospital* atau *Hospital without Walls* mulai menjadi kenyataan.

Analisis *Big Data* menjadi tambang emas baru bagi manajemen. Ribuan transaksi obat, lab, dan diagnosis yang terjadi setiap hari menghasilkan gunung data. Tanpa teknologi analitik, data ini hanya menjadi sampah digital. Dengan *Big Data Analytics*, manajemen dapat menemukan pola tersembunyi. Misalnya, pola musiman penyakit untuk memprediksi stok obat, pola persebaran dokter untuk mendeteksi inefisiensi, atau prediksi risiko pasien jatuh. Keputusan manajemen beralih dari *Intuition-Based* menjadi *Data-Driven*. Prediksi yang akurat mencegah pemborosan akibat stok berlebih atau kekurangan staf.

Kecerdasan Buatan (*Artificial Intelligence* - AI) mulai merambah ke diagnostik dan manajemen. Algoritma AI mampu membaca hasil rontgen dada atau CT-Scan dengan akurasi yang menyamai atau bahkan melebihi radiolog manusia untuk kasus-kasus tertentu. AI membantu dokter menegakkan diagnosis lebih

cepat. Di sisi manajemen, AI digunakan untuk memprediksi kemungkinan klaim ditolak oleh BPJS sebelum klaim dikirim, sehingga staf bisa memperbaikinya lebih dulu. Efisiensi proses klaim berbasis AI ini mengurangi *Dispute Claim* secara signifikan.

Tantangan terbesar digitalisasi adalah biaya investasi yang tinggi dan kesiapan SDM. Membeli *server*, jaringan *fiber optic*, dan lisensi *software* membutuhkan modal miliaran rupiah. Manajemen seringkali ragu karena *Return on Investment* (ROI) teknologi tidak selalu terlihat langsung dalam bentuk uang tunai, melainkan dalam bentuk efisiensi waktu dan mutu. Namun, studi menunjukkan bahwa rumah sakit yang berani berinvestasi pada IT memiliki *Cost to Income Ratio* yang lebih baik dalam jangka panjang. Biaya investasi IT harus dilihat sebagai biaya strategis, bukan biaya hangus.

Keamanan data (*Cyber Security*) menjadi isu kritis seiring dengan digitalisasi. Data medis pasien adalah target empuk bagi peretas (*hacker*) karena nilainya tinggi di pasar gelap. Serangan *Ransomware* yang mengunci data pasien dan meminta tebusan bisa melumpuhkan operasional rumah sakit total. Oleh karena itu, investasi teknologi harus dibarengi dengan investasi keamanan siber yang berlapis. Kebocoran data pasien tidak hanya merugikan reputasi, tapi juga melanggar UU Perlindungan Data Pribadi dengan ancaman denda masif.

Kesenjangan digital (*Digital Divide*) antar generasi staf medis juga menjadi hambatan. Dokter senior seringkali resisten menggunakan komputer dan lebih suka menulis tangan. "Saya dokter, bukan juru ketik," adalah keluhan umum. Strategi manajemen perubahan (*Change Management*) yang persuasif, pelatihan intensif, dan penyediaan asisten input data di masa transisi sangat diperlukan. UI/UX (*User Interface/User Experience*) aplikasi harus didesain semudah mungkin agar tidak membebani kognitif dokter.

Integrasi *Internet of Things* (IoT) dalam manajemen aset dan pasien. Gelang pasien yang dilengkapi *chip* RFID dapat melacak

lokasi pasien secara *real-time*. Alat infus pintar (*Smart Pump*) dapat mengirim data tetesan infus langsung ke *nurse station*. Sensor suhu kulkas obat otomatis mengirim alarm ke HP teknisi jika suhu menyimpang. Otomatisasi monitoring ini mengurangi beban kerja perawat mencatat manual dan meningkatkan akurasi data.

Regulasi *Telemedicine* yang semakin jelas pasca-pandemi COVID-19 memberikan kepastian hukum bagi rumah sakit untuk mengembangkan layanan digital. BPJS Kesehatan juga mulai menguji coba pembayaran untuk layanan telekonsultasi. Ini adalah peluang efisiensi biaya transportasi bagi pasien dan efisiensi utilitas bagi rumah sakit.

Teknologi *Blockchain* mulai dilirik untuk integritas rekam medis dan rantai pasok obat. *Blockchain* menjamin data tidak bisa dimanipulasi (*immutable*), yang sangat penting untuk mencegah *fraud* klaim dan peredaran obat palsu. Transparansi absolut yang ditawarkan teknologi ini sejalan dengan prinsip *Good Corporate Governance*.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa teknologi hanyalah alat (*enabler*). Secanggih apapun aplikasinya, jika proses bisnisnya masih berantakan (*bad process*), maka digitalisasi hanya akan menghasilkan "proses berantakan yang lebih cepat" (*automated mess*). Transformasi digital harus dimulai dari pembenahan proses (*Business Process Reengineering*) sebelum teknologi diterapkan.

## **B. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi sebagai Tulang Punggung Efisiensi**

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah jantung digital dari operasional rumah sakit. Definisi SIMRS yang ideal bukan sekadar kumpulan aplikasi terpisah (modul pendaftaran sendiri, modul farmasi sendiri, modul akuntansi sendiri) yang tidak saling bicara, melainkan sebuah sistem terintegrasi penuh (*fully integrated system*). Dalam sistem

terintegrasi, data yang diinput satu kali di pendaftaran (Front Office) akan mengalir otomatis ke poliklinik, laboratorium, farmasi, hingga ke laporan keuangan (Back Office) tanpa perlu input ulang. Konsep *Single Entry, Multi Output* ini adalah kunci utama efisiensi administratif. Menghilangkan duplikasi input data berarti menghilangkan ribuan jam kerja staf administrasi per tahun dan menghilangkan risiko kesalahan ketik (*human error*) yang menyebabkan data tidak konsisten.

Integrasi SIMRS memangkas waktu tunggu pasien secara drastis. Bayangkan alur manual: Dokter menulis resep, pasien membawa kertas resep ke apotek, petugas apotek mengetik ulang resep ke komputer, baru obat disiapkan. Dalam SIMRS terintegrasi dengan *E-Prescribing*, saat dokter klik "Kirim Resep" di poli, printer di farmasi langsung mencetak label obat detik itu juga. Apoteker bisa langsung menyiapkan obat bahkan sebelum pasien berjalan sampai ke loket farmasi. Pemangkasan waktu proses (*cycle time*) ini meningkatkan kapasitas layanan dan kepuasan pasien.

Dari sisi kendali biaya, SIMRS terintegrasi memungkinkan *Real-Time Inventory Control*. Setiap kali perawat menggunakan satu spuit atau satu butir obat dan mencatatnya di sistem (atau *scan barcode*), stok di gudang logistik otomatis berkurang. Jika stok mencapai batas minimum, sistem otomatis membuat surat pesanan pembelian. Manajemen bisa memantau posisi stok obat bernilai miliaran rupiah setiap detik. Ini mencegah kebocoran stok (*shrinkage*), penimbunan stok mati, dan kekosongan stok yang merugikan pendapatan. Tanpa SIMRS terintegrasi, stok opname harus dilakukan manual dengan menutup pelayanan, yang sangat tidak efisien.

Fungsi *Billing System* dalam SIMRS terintegrasi mencegah kebocoran pendapatan (*Revenue Leakage*). Dalam sistem manual, seringkali tindakan kecil (misal: pasang infus, ganti verban, oksigen 1 jam) lupa dicatat oleh perawat di lembar tagihan kertas. Akibatnya, rumah sakit rugi karena tindakan tersebut tidak

tertagih. Dalam SIMRS, sistem bisa disetting *bundling*. Jika dokter mengetik tindakan "Rawat Luka," sistem otomatis memasukkan biaya jasa, biaya kassa, dan biaya betadine ke tagihan pasien. Otomatisasi *billing* memastikan setiap rupiah pelayanan terekam dan tertagih.

SIMRS juga mendukung penerapan *Unit Cost* yang presisi (Bab 8). Dengan data terintegrasi, sistem bisa melacak siapa melakukan apa, menggunakan alat apa, dan berapa lama. Ini adalah basis data untuk *Activity Based Costing*. Manajemen bisa menghitung laba rugi per dokter, per diagnosis, atau per alat medis dengan akurat. Tanpa data granular dari SIMRS, analisis biaya hanya berupa estimasi kasar yang menyesatkan.

Kepatuhan terhadap regulasi pelaporan (SIRS Online, Satu Sehat) menjadi otomatis. Rumah sakit wajib melapor ratusan indikator ke Kemenkes dan Dinas Kesehatan. Jika dilakukan manual, ini membebani staf rekam medis. SIMRS terintegrasi bisa *generate* laporan RL (Rekapitulasi Laporan) secara otomatis dan mengirimnya lewat *bridging* system. Ini adalah efisiensi kepatuhan (*compliance cost*).

Tantangan implementasi SIMRS terintegrasi seringkali bukan pada teknologi, tapi pada manajemen perubahan (*change management*). Menyatukan ego sektoral antar unit (Farmasi maunya aplikasi A, Lab maunya aplikasi B) membutuhkan kepemimpinan yang kuat. Direktur harus menegaskan kebijakan "Satu Sistem untuk Semua." Pemilihan vendor SIMRS atau pengembangan in-house harus didasarkan pada arsitektur integrasi jangka panjang, bukan fitur kosmetik sesaat.

Strategi *Bridging* dengan Pihak Ketiga. SIMRS yang hebat harus terbuka (*open API*). Ia harus bisa *bridging* dengan V-Claim BPJS, dengan sistem bank untuk pembayaran *cashless*, dengan sistem prinsipal asuransi swasta, dan dengan alat-alat medis (LIS/PACS). Integrasi eksternal ini mempercepat arus kas masuk (*account receivable turnover*) karena klaim bisa diajukan lebih cepat dan akurat.

*Dashboard* Eksekutif. Puncak dari SIMRS terintegrasi adalah tersedianya *Dashboard* bagi Direksi. Grafik BOR, pendapatan harian, jumlah pasien IGD, hingga stok obat kritis ditampilkan *real-time* dalam bentuk visual yang mudah dipahami. Ini memungkinkan *Agile Management*. Jika BOR turun hari ini, direktur bisa langsung instruksi marketing bergerak, tidak perlu menunggu laporan bulan depan.

Kesimpulannya, SIMRS terintegrasi adalah sistem saraf pusat rumah sakit. Tanpa sistem ini, rumah sakit seperti raksasa buta yang berjalan lambat dan menabrak-nabrak tembok inefisiensi. Investasi SIMRS adalah investasi pada kecepatan dan kecerdasan organisasi.

### **C. Rekam Medis Elektronik (RME) dan Interoperabilitas**

Rekam Medis Elektronik (RME) atau *Electronic Medical Record* (EMR) adalah transformasi bentuk dokumentasi medis dari kertas ke digital. Namun, esensinya jauh melampaui perubahan media. RME mengubah cara dokter berpikir dan bekerja. RME memaksa standarisasi. Di kertas, dokter bisa menulis dengan gaya bebas yang mungkin tidak terbaca atau ambigu. Di RME, dokter harus memilih diagnosis dari menu ICD-10 yang baku dan memilih obat dari formularium yang tersedia. Standarisasi input ini adalah fondasi bagi data yang bersih (*clean data*) untuk analisis mutu dan biaya.

Fitur *Clinical Decision Support System* (CDSS) dalam RME adalah "asisten cerdas" bagi dokter. CDSS berisi algoritma klinis yang membantu dokter mengambil keputusan yang tepat dan efisien. Contoh: Saat dokter mendiagnosis Pneumonia, RME menyodorkan paket order (*order set*) sesuai *Clinical Pathway* Pneumonia yang berisi pilihan antibiotik dan lab yang standar. Ini mencegah dokter memesan pemeriksaan di luar standar yang boros biaya. CDSS juga memberi peringatan alergi (*Allergy Alert*) dan interaksi obat. Pencegahan satu kasus syok anafilaktik akibat alergi obat sudah membayar biaya investasi modul CDSS tersebut.

Interoperabilitas adalah kemampuan sistem RME yang berbeda untuk bertukar data dan menggunakannya. Pasien sering berpindah faskes. Idealnya, data RME pasien di RS A bisa dibaca oleh dokter di RS B saat pasien dirujuk. Di Indonesia, platform **Satu Sehat** Kemenkes bertujuan mewujudkan ini. Bagi rumah sakit, interoperabilitas berarti efisiensi pemeriksaan ulang. Jika dokter di RS B bisa melihat hasil CT-Scan pasien dari RS A minggu lalu melalui sistem Satu Sehat, maka dokter tidak perlu mengulang CT-Scan tersebut. Ini penghematan biaya sistem kesehatan nasional yang masif dan mengurangi paparan radiasi pasien.

RME meningkatkan kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* (CP). Seperti dibahas di Bab 7, CP kertas sering diabaikan. Dalam RME, CP ditanam menjadi alur kerja wajib (*mandatory workflow*). Dokter tidak bisa menutup status pasien jika belum melengkapi data CP. Audit kepatuhan CP bisa dilakukan otomatis oleh sistem. Manajemen bisa menarik data: "Siapa dokter yang paling patuh CP?" dan memberi *reward*. Ini adalah kendali mutu otomatis.

Efisiensi ruang dan logistik. RME mewujudkan *Paperless Hospital*. Rumah sakit tidak perlu lagi membangun gudang arsip rekam medis yang luas, yang memakan biaya sewa, listrik, AC, dan pengendalian hama. Ruang arsip bisa dikonversi menjadi ruang rawat yang menghasilkan pendapatan (*revenue generating space*). Biaya pembelian kertas, map, dan cetak formulir bisa dipangkas hingga 90%.

Kecepatan koding dan klaim (E-Klaim). RME mempercepat kerja koder (Bab 9). Koder tidak perlu membolak-balik ribuan lembar kertas untuk mencari diagnosis. Fitur pencarian kata kunci (*keyword search*) di RME memungkinkan koder menemukan kata "Sepsis" atau "Gagal Ginjal" dalam hitungan detik. Beberapa sistem RME canggih bahkan memiliki fitur *Computer-Assisted Coding* (CAC) yang menyarankan kode ICD-10 berdasarkan teks diagnosis dokter. Ini mempercepat pengajuan klaim dan mengurangi *pending*.

Keamanan dan Privasi Data. RME menawarkan keamanan yang lebih baik dibanding kertas *jika* dikelola dengan benar. Akses ke rekam medis dibatasi oleh *user level* dan *password*. Sistem mencatat jejak (*audit log*): siapa yang membuka file pasien A pada jam berapa. Di sistem kertas, siapa saja yang lewat di *nurse station* bisa mengintip status pasien. RME melindungi privasi pasien sesuai etika kedokteran.

Tantangan "Klik Fatigue." Dokter sering mengeluh terlalu banyak klik di RME sehingga waktu tatap muka dengan pasien berkurang. Desain RME harus *user friendly*. Penggunaan teknologi *Voice to Text* (mendiktekan catatan medis) mulai dikembangkan untuk mengurangi beban mengetik dokter. Efisiensi input data adalah kunci penerimaan dokter (*doctor acceptance*) terhadap RME.

Kontinuitas Asuhan (*Continuity of Care*). RME menyimpan riwayat pasien seumur hidup secara kronologis. Dokter bisa melihat grafik tren gula darah pasien selama 5 tahun terakhir dalam satu layar. Pemahaman komprehensif ini mencegah pengobatan yang terputus-putus dan meningkatkan kualitas terapi penyakit kronis.

Aspek Legalitas. UU ITE dan Permenkes tentang Rekam Medis mengakui RME sebagai alat bukti hukum yang sah. Tanda tangan elektronik tersertifikasi (*Digital Signature*) menjamin keaslian dokumen. Rumah sakit tidak perlu ragu beralih ke digital karena payung hukumnya sudah kuat.

Kesimpulannya, RME adalah platform efisiensi klinis. Ia bukan sekadar pengganti kertas, melainkan alat kendali mutu dan biaya yang tertanam dalam setiap klik keputusan medis. Interoperabilitas RME adalah masa depan integrasi sistem kesehatan nasional.

## **D. Telemedicine dan Mobile Health sebagai Kanal Efisiensi Baru**

*Telemedicine* atau telekesehatan bukan lagi teknologi masa depan, melainkan kebutuhan operasional saat ini. Pandemi COVID-19 telah mengakselerasi adopsi telemedisin sepuluh tahun lebih cepat. Bagi rumah sakit, telemedisin menawarkan solusi atas keterbatasan kapasitas fisik dan geografis. Melalui telekonsultasi, rumah sakit dapat melayani pasien yang berada di luar kota atau pulau tanpa pasien harus datang. Ini memperluas jangkauan pasar (*market expansion*) tanpa biaya investasi gedung baru.

Efisiensi Biaya Operasional (*Overhead*). Layanan telemedisin membutuhkan sumber daya fisik yang jauh lebih sedikit dibanding layanan tatap muka. Tidak butuh ruang tunggu luas, tidak butuh lahan parkir, tidak butuh banyak *cleaning service* dan listrik lobi. Dokter bisa melakukan telekonsultasi dari ruang kerja kecil atau dari rumah. Margin keuntungan layanan telemedisin—meskipun tarifnya mungkin lebih rendah—bisa jadi lebih tinggi karena biaya *overhead*-nya sangat rendah.

Pengendalian Penyakit Kronis (Prolanis). Pasien Diabetes atau Hipertensi yang stabil tidak perlu diperiksa fisik setiap bulan. Dengan telemonitoring via aplikasi *mHealth*, pasien bisa menginput data gula darah atau tensi dari rumah. Dokter memantau *dashboard*. Jika stabil, resep dilanjutkan dan obat dikirim kurir. Ini mengurangi antrean di poliklinik RS yang seringkali *overcrowded*. RS bisa fokus melayani kasus-kasus berat yang benar-benar butuh tatap muka.

Triase Digital (*Tele-Triage*). Sebelum datang ke IGD, pasien bisa melakukan konsultasi via aplikasi untuk dinilai kegawatannya. "Apakah sakit perut ini butuh ke IGD atau cukup minum obat di rumah?" Tele-triase mencegah penumpukan pasien non-gawat di IGD yang menghambat layanan pasien kritis. Ini adalah bentuk *Utilization Review* prospektif berbasis teknologi.

Aplikasi *Mobile Health* (Super Apps RS). Aplikasi RS di smartphone pasien bukan hanya untuk pendaftaran online. Fitur-fitur seperti:

- **Booking Dokter & Estimasi Waktu:** Pasien datang pas jam periksa, tidak menumpuk di ruang tunggu.
- **Hasil Lab & Rad Online:** Pasien tidak perlu balik ke RS hanya untuk ambil hasil kertas. Hemat biaya cetak dan transpor pasien.
- **Pembayaran Online:** Mengurangi antrean kasir dan risiko selisih uang tunai.
- **Reminder Minum Obat:** Meningkatkan kepatuhan pasien (*adherence*), mencegah rawat ulang akibat putus obat.
- **Edukasi Terarget:** Mengirim artikel kesehatan sesuai profil penyakit pasien. Pencegahan lebih murah dari pengobatan.

Tele-Radiologi dan Tele-EKG. Rumah sakit di daerah terpencil yang tidak memiliki Dokter Spesialis Radiologi atau Jantung *standby* 24 jam bisa mengirim data gambar/gelombang ke pusat pembacaan di kota besar. Hasil bacaan diterima dalam hitungan menit. Ini disebut *Resource Sharing*. RS kecil tidak perlu menggaji dokter spesialis *full-time* yang mahal jika volumenya sedikit, cukup membayar jasa baca per kasus (*fee for service*). Efisiensi biaya SDM spesialis yang langka.

*Home Care* Terintegrasi Teknologi. Telemedisin mendukung layanan *Home Care*. Perawat yang berkunjung ke rumah pasien bisa melakukan *video call* dengan dokter spesialis di RS untuk konsultasi luka atau kondisi pasien. Ini meningkatkan kualitas *home care* dan mengurangi kebutuhan rawat inap lama di RS. Konsep *Hospital at Home* ini jauh lebih murah dibanding biaya hotel rumah sakit.

Tantangan Regulasi dan Pembayaran. Saat ini, tantangan terbesar adalah aturan penggantian biaya (*reimbursement*) oleh BPJS untuk layanan telemedisin yang masih terbatas. Namun, tren regulasi mengarah ke sana. Rumah sakit yang sudah siap

infrastruktur telemedisin akan menjadi pemenang saat keran regulasi dibuka lebar.

Isu Kepercayaan dan *Human Touch*. Tidak semua pasien nyaman dengan teknologi. Aspek sentuhan manusia dan pemeriksaan fisik tetap tak tergantikan. Telemedisin adalah pelengkap (*complement*), bukan pengganti total (*substitute*). Manajemen harus bijak memilah kasus mana yang boleh telemedisin, mana yang wajib tatap muka.

Kesimpulannya, telemedisin dan mHealth adalah kanal efisiensi yang mendekatkan layanan ke pasien. Teknologi ini mengubah paradigma dari "Pasien mendatangi RS" menjadi "Layanan RS mendatangi pasien."

## **E. Big Data Analytics dan Artificial Intelligence untuk Prediksi Biaya**

Rumah sakit duduk di atas gunung data. Setiap hari, ribuan data demografi, diagnosis, terapi, dan biaya tercatat. **Big Data Analytics** adalah proses mengolah data mentah yang masif, bervariasi, dan cepat ini menjadi wawasan (*insight*) yang bisa ditindaklanjuti. Jika analitik tradisional hanya bersifat deskriptif ("Apa yang terjadi kemarin?"), *Big Data Analytics* bersifat prediktif ("Apa yang akan terjadi besok?") dan preskriptif ("Apa yang harus kita lakukan?").

Prediksi Pendapatan dan Arus Kas. Dengan menganalisis tren data klaim historis, AI bisa memprediksi arus kas bulan depan dengan akurasi tinggi. "Bulan depan diprediksi ada lonjakan kasus DBD, siapkan dana untuk belanja cairan infus." Prediksi ini membantu manajemen keuangan mengatur likuiditas dan investasi jangka pendek agar tidak terjadi gagal bayar.

Deteksi Dini *Fraud* dan Anomali Klaim. Algoritma *Machine Learning* dapat diajari untuk mengenali pola klaim yang wajar dan tidak wajar. Sistem akan men-*scan* ribuan draf klaim sebelum dikirim ke BPJS. Jika ditemukan pola aneh (misal: diagnosis Sepsis

tanpa dukungan data lab, atau *upselling* berlebihan oleh dokter tertentu), sistem memberi tanda merah (*flagging*). Tim Casemix bisa memperbaiki klaim tersebut sebelum ditolak verifikator. Ini mengurangi *denial rate* dan potensi tuduhan *fraud*.

Manajemen Rantai Pasok Cerdas. AI dapat memprediksi kebutuhan obat dengan lebih akurat daripada metode rata-rata biasa. AI memperhitungkan variabel kompleks seperti tren musim, wabah, data kunjungan poli, bahkan cuaca. Prediksi *demand* yang akurat mencegah *overstock* (biaya simpan) dan *stockout* (hilang pendapatan). Amazon menggunakan ini, dan RS modern mulai mengadopsinya.

Prediksi Klinis untuk Kendali Biaya. Algoritma prediktif bisa mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi mengalami *readmission* atau komplikasi mahal. Contoh: "Pasien Tuan A punya risiko 80% kembali dirawat dalam 30 hari karena faktor X, Y, Z." Mengetahui ini, *Case Manager* bisa melakukan intervensi intensif sebelum pasien pulang (edukasi ekstra, jadwal kontrol ketat). Mencegah satu *readmission* yang tidak dibayar BPJS adalah penghematan besar.

Optimasi Penjadwalan Kamar Operasi. Kamar operasi adalah aset termahal RS. Seringkali jadwal berantakan, ada jam kosong (*idle time*) atau lembur (*overtime*). AI bisa menganalisis data durasi operasi setiap dokter bedah (Dokter A rata-rata butuh 2 jam untuk Hernia, Dokter B butuh 1,5 jam). Sistem penjadwalan cerdas akan mengalokasikan slot waktu yang pas untuk masing-masing dokter, meminimalkan waktu tunggu dan memaksimalkan utilitas kamar operasi.

Personalisasi Layanan (*Precision Medicine*). Analisis data genomik dan klinis memungkinkan terapi yang dipersonalisasi. Obat A mungkin efektif untuk pasien genetik X, tapi tidak untuk Y. Memberikan obat yang tepat sejak awal (bukan *trial and error*) adalah efisiensi biaya pengobatan tertinggi. Meskipun ini masih tahap awal di Indonesia, arahnya ke sana.

Analisis Sentimen Pasien. *Big Data* juga mencakup data tidak terstruktur seperti komentar di media sosial atau Google Review. *Text Mining* AI bisa menganalisis ribuan komentar untuk mengetahui sentimen pasien. "Banyak keluhan tentang toilet kotor di lantai 3." Manajemen bisa merespons cepat masalah spesifik ini sebelum reputasi RS hancur. Menjaga reputasi adalah menjaga pendapatan masa depan.

Tantangan Kualitas Data. "*Garbage In, Garbage Out.*" AI secanggih apapun akan gagal jika data inputnya buruk (koding salah, data tidak lengkap). Oleh karena itu, tata kelola data (*Data Governance*) menjadi prasyarat mutlak sebelum melangkah ke analitik canggih.

Kesimpulannya, *Big Data* dan AI mengubah manajemen rumah sakit dari seni menjadi sains prediksi. Kemampuan memprediksi masa depan—baik itu tren penyakit maupun tren biaya—memberikan keunggulan kompetitif yang luar biasa bagi rumah sakit untuk melakukan efisiensi proaktif.

## **F. Keamanan Siber (*Cybersecurity*) dan Tata Kelola Data**

Semakin terdigitalisasi sebuah rumah sakit, semakin besar risiko keamanannya. Data medis adalah komoditas "emas" di pasar gelap (*dark web*), dihargai lebih mahal daripada data kartu kredit karena memuat identitas lengkap yang tidak bisa diubah (nama ibu, riwayat penyakit, NIK). Serangan siber terhadap rumah sakit, terutama jenis *Ransomware*, telah melumpuhkan banyak RS besar di dunia. Peretas mengenkripsi seluruh data pasien dan meminta tebusan miliaran rupiah untuk kuncinya. Selama sistem terkunci, RS kembali ke zaman batu (manual), membahayakan nyawa pasien dan menghentikan pendapatan.

Biaya akibat insiden siber sangat mahal. Bukan hanya uang tebusan (yang sebaiknya tidak dibayar), tapi biaya pemulihan sistem (*recovery cost*), biaya hukum (denda regulator), biaya notifikasi ke pasien, dan yang termahal: hilangnya kepercayaan pasien. Oleh karena itu, investasi *Cybersecurity* adalah bagian

dari Kendali Biaya Risiko (*Cost of Risk*). Mencegah peretasan jauh lebih murah daripada menanggung dampaknya.

Tata Kelola Data (*Data Governance*) mengatur siapa yang boleh mengakses data apa. Tidak semua staf boleh melihat rekam medis pasien VIP atau data keuangan. Prinsip *Least Privilege* harus diterapkan: berikan akses seminimal mungkin yang dibutuhkan untuk bekerja. Audit log akses harus dipantau. Jika perawat poli mata tiba-tiba membuka rekam medis pasien psikiatri, sistem harus memberi peringatan anomali.

Perlindungan Infrastruktur. Menggunakan *Firewall* canggih, Antivirus terupdate, dan segmentasi jaringan. Jaringan Wi-Fi untuk tamu/pasien harus dipisah total dari jaringan data medis internal. Jangan sampai hacker masuk lewat Wi-Fi ruang tunggu.

Kesadaran SDM (*Human Firewall*). Teknologi canggih bisa ditembus lewat kebodohan manusia. Serangan *Phishing* (email tipuan) adalah pintu masuk utama hacker. Staf RS sering tertipu mengklik link berbahaya di email yang seolah-olah dari direktur atau vendor. Pelatihan keamanan siber rutin bagi seluruh staf (jangan bagi password, jangan colok flashdisk sembarangan) adalah pertahanan lapis pertama yang krusial.

Rencana Pemulihan Bencana (*Disaster Recovery Plan - DRP*). Jika serangan terjadi, seberapa cepat RS bisa bangkit? RS harus memiliki strategi *Backup* data yang kuat (aturan 3-2-1: 3 salinan data, 2 media berbeda, 1 disimpan di lokasi luar/cloud). Uji coba *restore* data dari backup harus rutin dilakukan. Jangan sampai saat bencana terjadi, ternyata file backup rusak (corrupt).

Kepatuhan Regulasi (UU PDP). Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) di Indonesia memberikan sanksi berat bagi pengendali data (RS) yang lalai menjaga data. RS wajib menunjuk Pejabat Perlindungan Data Pribadi (*Data Protection Officer*) yang bertanggung jawab atas kepatuhan ini. Kepatuhan hukum adalah strategi menghindari biaya denda.

Keamanan Perangkat Medis IoT. Alat USG, MRI, dan monitor pasien kini terhubung ke jaringan. Seringkali alat ini menggunakan sistem operasi jadul (Windows XP) yang rentan. Hacker bisa masuk lewat alat USG untuk menyerang server utama. Manajemen *patching* keamanan untuk alat medis (*IoMT*) menjadi tantangan baru bagi tim IT dan elektromedis.

Kesimpulannya, keamanan siber adalah fondasi kepercayaan di era digital. Tanpa keamanan yang handal, efisiensi yang ditawarkan digitalisasi berdiri di atas pasir yang rapuh. Keamanan siber bukan produk yang dibeli, melainkan proses yang terus menerus.

## **G. Referensi Bab 16**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ball, M. J., et al. (2016). *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategies, and Solutions*. Springer.
- Carter, J. H. (2016). *Electronic Health Records: A Guide for Clinicians and Administrators*. ACP Press.
- Dalle, J., et al. (2020). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Banjarmasin: Lambung Mangkurat University Press.
- Duggal, R., et al. (2018). *Big Data in Healthcare*. Springer.
- Fadilah, R. (2019). *Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Finn, N. (2015). *Digital Communication in Medical Practice*. Springer.
- Glaser, J. P., & Salzberg, C. (2016). *The Strategic Application of Information Technology in Health Care Organizations*. Jossey-Bass.

- Handiwidjojo, W. (2016). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Penerbit Pohon Cahaya. (Referensi Wajib SIMRS Indonesia).
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Hoyt, R. E., & Yoshihashi, A. (2014/Updates). *Health Informatics: Practical Guide for Healthcare and Information Technology Professionals*. Lulu.com.
- Kemenkes RI. (2018). *Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2022). *Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: Kemenkes.
- Kim, K. K., et al. (2017). *Consumer Informatics and Digital Health*. Springer.
- Kohli, R., & Tan, S. (2016). *Managing Information Technology in Healthcare*. HIMSS.
- Kurniawan, A. (2018). *Manajemen Proyek Sistem Informasi Rumah Sakit*. Bandung: Informatika.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, E. (2017). *Prinsip-Prinsip Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Reddy, S. (2019). *Artificial Intelligence in Healthcare*. IntechOpen.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.

- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014/Revisit 2018). *Big data analytics in healthcare: promise and potential*. Health Information Science and Systems.
- Sabarguna, B. S. (2015). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng.
- Soni, D. (2018). *Cybersecurity in Healthcare*. Apress.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS. (Sangat relevan untuk topik RS 4.0).
- Tan, J. (2015). *Adaptive Health Management Information Systems*. Jones & Bartlett Learning.
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books. (Buku futuristik tentang AI di kedokteran).
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wager, K. A., et al. (2017). *Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management*. Jossey-Bass.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2016). *Global Diffusion of eHealth: Making Universal Health Coverage Achievable*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. WHO.

### **Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis (Mewajibkan RME).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Blueprint Transformasi Digital Kesehatan Indonesia 2024.



# BAB XVII

## KEPEMIMPINAN STRATEGIS DALAM MENJAGA KESEIMBANGAN MUTU-BIAYA



### **A. Pendahuluan**

Di tengah badai perubahan yang melanda industri kesehatan global maupun nasional, peran pemimpin rumah sakit tidak lagi sesederhana masa lalu. Jika dahulu seorang direktur rumah sakit cukup bermodalkan kompetensi medis yang mumpuni dan senioritas di kalangan sejawat, kini tuntutan tersebut telah berevolusi menjadi kebutuhan akan sosok CEO (*Chief Executive Officer*) yang memiliki visi strategis, ketajaman bisnis, dan kecerdasan emosional yang tinggi. Rumah sakit adalah organisasi paling kompleks di dunia, di mana padat modal, padat karya, padat teknologi, dan padat masalah bercampur menjadi satu. Dalam konteks ini, kepemimpinan strategis menjadi variabel penentu utama apakah sebuah rumah sakit akan mampu bertahan (*survive*) menghadapi tekanan regulasi JKN atau justru tenggelam dalam gelombang inefisiensi dan konflik internal.

Kepemimpinan strategis didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengantisipasi masa depan, mempertahankan fleksibilitas, dan memberdayakan orang lain untuk menciptakan perubahan strategis yang diperlukan. Dalam lanskap Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), pemimpin strategis harus mampu menari di antara dua kutub yang seringkali bertentangan: misi sosial

untuk menyelamatkan nyawa dengan standar tertinggi, dan realitas ekonomi untuk menjaga kesehatan finansial perusahaan. Ini adalah paradoks abadi manajemen rumah sakit. Pemimpin yang terlalu condong ke sisi bisnis akan dituduh mengkomersialisasi penderitaan orang, sementara pemimpin yang hanya fokus pada sisi sosial tanpa perhitungan biaya akan membawa institusi pada kebangkrutan. Menjaga keseimbangan dinamis di antara keduanya adalah seni kepemimpinan tertinggi.

Era *Volatile, Uncertain, Complex, and Ambiguous* (VUCA) menuntut gaya kepemimpinan yang adaptif. Regulasi kesehatan di Indonesia berubah sangat cepat; tarif INA-CBGs bisa berubah, aturan rujukan bisa direvisi, dan standar akreditasi bisa diperbarui dalam waktu singkat. Pemimpin yang kaku dan birokratis akan gagal merespons perubahan ini. Dibutuhkan pemimpin yang gesit (*agile leader*), yang mampu mengambil keputusan cepat berdasarkan data yang tidak lengkap, dan berani mengambil risiko terukur. Fleksibilitas kognitif menjadi aset berharga bagi direksi rumah sakit modern. Mereka harus bisa berbicara bahasa medis dengan dokter, bahasa keuangan dengan akuntan, dan bahasa hukum dengan regulator.

Salah satu tantangan kepemimpinan terbesar adalah mengelola profesional otonom, terutama dokter spesialis. Dokter dididik untuk menjadi pengambil keputusan tunggal yang independen, sehingga seringkali resisten terhadap kontrol manajemen. Upaya kendali biaya seperti penerapan *Clinical Pathway* atau formularium obat sering dipersepsikan sebagai ancaman terhadap otonomi mereka. Pemimpin strategis tidak menggunakan pendekatan komando ("Saya bos, Anda harus nurut"), melainkan pendekatan kolaboratif dan persuasif. Mereka membangun koalisi, mendengarkan kekhawatiran klinisi, dan mencari titik temu nilai (*shared values*) yaitu keselamatan pasien. Kepemimpinan di rumah sakit adalah tentang pengaruh (*influence*), bukan sekadar kekuasaan (*power*).

Budaya organisasi adalah bayangan dari pemimpinnya. Jika direktur utama menunjukkan integritas tinggi, disiplin waktu, dan kepedulian pada mutu, maka budaya itu akan merembes ke bawah. Sebaliknya, jika pimpinan mentolerir inefisiensi atau bahkan melakukan *fraud*, maka kerusakan budaya akan menyebar seperti kanker. Dalam implementasi KMKB, pemimpin harus menjadi *role model*. Direktur yang meminta staf berhemat listrik harus menjadi orang pertama yang mematikan lampu ruangnya saat keluar. Keteladanan (*leading by example*) memiliki dampak psikologis yang jauh lebih kuat daripada ribuan surat edaran penghematan.

Komunikasi strategis juga menjadi kompetensi vital. Pemimpin harus mampu mengkomunikasikan visi efisiensi dengan narasi yang menggugah, bukan menakutkan. Alih-alih mengatakan "Kita harus potong biaya karena kita rugi," pemimpin yang baik akan mengatakan "Kita harus menghilangkan pemborosan agar sumber daya kita bisa dialokasikan untuk membeli alat medis yang lebih baik bagi pasien." Pembingkai pesan (*framing*) yang positif mengubah resistensi menjadi partisipasi. Staf harus paham "Big Why" di balik setiap kebijakan kendali biaya.

Kecerdasan emosional (*Emotional Intelligence*) pemimpin diuji saat menghadapi krisis. Ketika klaim BPJS tertunda berbulan-bulan, kas menipis, dan vendor obat mulai menagih, kepanikan bisa melanda organisasi. Pemimpin strategis harus tetap tenang (*composure*), memberikan rasa aman psikologis kepada karyawan, dan mencari solusi kreatif. Kemampuan mengelola stres diri sendiri dan orang lain adalah penentu resiliensi organisasi. Pemimpin yang panik hanya akan menghasilkan keputusan yang gegabah.

Pendelegasian dan pemberdayaan (*Empowerment*) adalah kunci skalabilitas. Seorang direktur tidak bisa mengawasi setiap tetes infus atau setiap lembar tagihan. Ia harus membangun tim manajemen menengah (*middle management*) yang kuat kepala

bidang, kepala instalasi, kepala ruangan yang memiliki kompetensi manajerial dan visi yang sama. Pemimpin strategis berinvestasi besar-besaran pada pengembangan SDM. Mereka menyadari bahwa aset terbesar rumah sakit bukanlah gedung atau alat MRI, melainkan *human capital*.

Inovasi juga harus dipimpin dari atas. Kendali biaya tidak melulu soal penghematan (*cutting cost*), tapi juga soal inovasi proses (*process innovation*) untuk bekerja lebih cerdas. Pemimpin harus menciptakan iklim yang kondusif bagi lahirnya inovasi. Mereka harus mentolerir kegagalan eksperimental yang cerdas. Jika staf takut dihukum karena mencoba cara baru, inovasi akan mati. *Lean Management* (Bab 13) hanya akan berhasil jika didukung oleh *Lean Leadership* yang melayani.

Hubungan dengan pemilik (*Owner* atau Dewan Pengawas) juga memerlukan strategi khusus. Direktur RS seringkali terjepit di antara ekspektasi pemilik yang menuntut dividen/surplus tinggi dan realitas lapangan yang sulit. Pemimpin strategis harus mampu mengedukasi pemilik bahwa dalam bisnis rumah sakit, mutu adalah investasi jangka panjang. Mengejar profit jangka pendek dengan mengorbankan mutu adalah bunuh diri. Kemampuan negosiasi dan diplomasi dengan *governing body* sangat menentukan ruang gerak manajemen.

Kepemimpinan etis (*Ethical Leadership*) menjadi sorotan di era transparansi. Tekanan target keuangan tidak boleh membuat pemimpin menghalalkan segala cara, seperti menyuruh staf melakukan *fraud* koding. Pemimpin harus menjadi penjaga moral institusi. Keputusan sulit seperti menutup layanan yang merugikan namun dibutuhkan masyarakat miskin, harus ditimbang dengan neraca etika yang matang. Integritas adalah mata uang yang berlaku di mana saja.

Pengambilan keputusan berbasis data (*Data Driven Decision Making*) membedakan pemimpin modern dengan tradisional. Pemimpin strategis tidak lagi mengandalkan intuisi atau "katanya," tetapi menuntut data *dashboard* yang valid.

"Tunjukkan datanya pada saya." Mereka melek literasi data, mampu membaca tren grafik *Unit Cost*, dan memprediksi skenario masa depan. Teknologi Informasi (Bab 16) adalah *dashboard* kokpit bagi pilot rumah sakit.

Jejaring (*Networking*) dan kolaborasi eksternal. Rumah sakit tidak bisa berdiri sendiri. Pemimpin harus aktif membangun jejaring dengan Dinas Kesehatan, BPJS, asosiasi (PERSI), dan tokoh masyarakat. Jejaring ini berfungsi sebagai modal sosial yang membantu rumah sakit saat menghadapi masalah eksternal. Kemampuan lobi dan advokasi kebijakan publik adalah *skill* tambahan yang wajib dimiliki CEO RS.

Manajemen konflik. Konflik adalah makanan sehari-hari di RS: konflik antar spesialis, konflik dokter-perawat, konflik manajemen-medis. Pemimpin harus hadir sebagai mediator yang adil. Mengabaikan konflik hanya akan membuatnya membusuk dan meledak di kemudian hari. Keterampilan resolusi konflik yang konstruktif mengubah gesekan menjadi energi positif.

Akhirnya, pendahuluan ini menyimpulkan bahwa tidak ada sekolah yang bisa mencetak pemimpin rumah sakit yang sempurna secara instan. Kepemimpinan adalah perjalanan pembelajaran seumur hidup (*lifelong learning*). Di tangan pemimpin yang tepat, kendali mutu dan biaya bukan lagi beban, melainkan tantangan yang memacu rumah sakit untuk naik kelas menjadi institusi berkelas dunia.

## **B. Transformasi Peran: Dari Direktur Medis menjadi CEO Korporat**

Secara historis, jabatan Direktur Rumah Sakit hampir selalu dipegang oleh dokter senior yang dianggap paling ahli secara klinis. Asumsinya, jika seseorang hebat mengoperasikan pasien, ia pasti hebat memimpin organisasi. Asumsi ini telah terbukti keliru di era modern. Kompetensi klinis dan kompetensi manajerial adalah dua hal yang sangat berbeda, bahkan seringkali bertolak belakang. Klinisi dilatih untuk fokus pada satu pasien (mikro),

perfeksionis, dan otonom. Manajer dilatih untuk fokus pada populasi/sistem (makro), pragmatis (optimalisasi sumber daya), dan kolaboratif. Transformasi peran dari "Direktur Medis Tradisional" menjadi "CEO Korporat Modern" adalah keharusan evolusioner.

Sebagai CEO, pemimpin rumah sakit harus memiliki wawasan 360 derajat. Ia tidak bisa hanya peduli pada pelayanan medis, tetapi juga harus paham pemasaran, keuangan, hukum, dan logistik. Ia harus mampu membaca Laporan Laba Rugi (*Income Statement*) dan Neraca (*Balance Sheet*) dengan kefasihan yang sama seperti membaca hasil EKG. Ketidaktahuan direktur medis terhadap aspek keuangan seringkali dimanfaatkan oleh pihak lain atau menyebabkan kebocoran anggaran yang tidak terdeteksi. Literasi finansial (*financial literacy*) adalah kompetensi dasar baru bagi dokter yang duduk di kursi manajemen.

Pergeseran fokus dari *Inside-Out* ke *Outside-In*. Direktur tradisional sibuk mengurus masalah internal (jadwal jaga, alat rusak). CEO modern lebih banyak menghabiskan waktu melihat keluar: memantau tren regulasi JKN, menganalisis kompetitor, menjalin kemitraan strategis, dan membaca pergeseran demografi pasien. CEO harus menjadi radar bagi organisasi, mendeteksi ancaman dan peluang dari lingkungan eksternal sebelum dampaknya terasa di dalam. Visi strategis ini yang akan menuntun arah pengembangan rumah sakit 5-10 tahun ke depan.

Tugas CEO bukan lagi melakukan manajemen mikro (*micromanagement*), melainkan membangun sistem. Jika direktur masih sibuk menandatangani persetujuan pembelian ATK senilai 100 ribu rupiah, berarti ia gagal bertransformasi. CEO harus mendelegasikan wewenang operasional kepada manajer lini, sementara ia fokus pada penetapan kebijakan (*policy making*) dan pengawasan strategis. Sistem yang baik memungkinkan rumah sakit berjalan autopilot meskipun direkturnya sedang cuti. Ketergantungan pada sosok "Superman" harus diubah menjadi ketergantungan pada "Super Team."

CEO sebagai Diplomat dan Negosiator. Hubungan dengan BPJS Kesehatan seringkali tegang. CEO harus mampu bernegosiasi dengan Kepala Cabang BPJS secara setara, berbasis data, dan asertif tanpa merusak hubungan. Ia juga harus mampu berdiplomasi dengan pemilik (Yayasan/Pemda) untuk memperjuangkan anggaran investasi yang dibutuhkan demi mutu. Kemampuan komunikasi persuasif dan *lobbying* menjadi senjata utama dalam mengamankan kepentingan rumah sakit.

Mengelola *Stakeholder* yang beragam. Rumah sakit memiliki stakeholder paling kompleks: Pasien (pelanggan), Dokter (mitra kritis), Karyawan (aset), Pemerintah (regulator), Supplier (mitra bisnis), dan Komunitas sekitar. CEO harus mampu menyeimbangkan kepentingan yang sering bertabrakan ini. Dokter minta alat canggih, Keuangan minta hemat, Pasien minta murah. CEO adalah dirigen yang harus mengharmonisasikan suara-suara sumbang ini menjadi simfoni pelayanan.

Transformasi budaya kerja. CEO bertanggung jawab menciptakan budaya kinerja (*performance culture*). Di RSUD (Plat Merah), tantangannya adalah mengubah mentalitas birokrat (pasif, "tunggu perintah") menjadi mentalitas profesional (proaktif, melayani). Di RS Swasta, tantangannya adalah mengubah orientasi profit semata menjadi orientasi nilai pasien. CEO adalah arsitek budaya. Ia harus berani merombak struktur, sistem insentif, dan ritual organisasi yang menghambat budaya baru.

Kepemimpinan di masa krisis. Pandemi COVID-19 mengajarkan bahwa CEO RS harus siap menjadi Panglima Perang. Keputusan cepat, alokasi sumber daya darurat, dan komunikasi krisis yang menenangkan publik adalah ujian nyata. CEO yang ragu-ragu di masa krisis akan menyebabkan korban jiwa dan kejatuhan moral staf.

Menjaga keseimbangan *Mission vs Margin*. Ini adalah tugas tersulit. CEO harus berani mengatakan "Tidak" pada peluang bisnis yang menguntungkan tapi tidak etis, dan berani

mengatakan "Ya" pada layanan sosial yang merugi tapi dibutuhkan. Kompas moral CEO menjadi penentu arah etika organisasi.

Pendidikan formal manajemen. Mengingat kompleksitas ini, semakin banyak rumah sakit yang mensyaratkan kualifikasi MARS (Magister Administrasi Rumah Sakit) atau MBA (*Master of Business Administration*) bagi direksinya. Gelar spesialis saja tidak cukup. Kombinasi kompetensi medis dan bisnis (*Hybrid Manager*) dianggap ideal untuk memimpin rumah sakit.

Regenerasi kepemimpinan. CEO yang baik menyiapkan penggantinya. Ia melakukan *mentoring* dan *coaching* kepada kader-kader potensial. Ia tidak takut tersaingi, tapi justru bangga jika bawahannya bisa lebih hebat darinya. Keberlanjutan organisasi bergantung pada estafet kepemimpinan yang mulus.

Penggunaan konsultan. CEO yang cerdas tahu batas kemampuannya. Jika ada masalah spesifik (misal: inefisiensi logistik) yang tidak bisa dipecahkan internal, ia tidak malu menyewa konsultan profesional. Ini bukan tanda kelemahan, tapi tanda fokus pada solusi.

Kesimpulannya, transformasi menjadi CEO korporat menuntut perubahan *mindset* total. Dokter yang menjadi direktur harus "menggantung jas putihnya" di pintu masuk ruang direksi dan mengenakan "jas jasmani" manajer profesional. Identitas utamanya bukan lagi penyembuh individu, tapi penyembuh organisasi.

### **C. Kepemimpinan Transformasional untuk Perubahan Budaya**

Implementasi Kendali Mutu dan Biaya (KMKB) pada hakikatnya adalah perubahan budaya (*culture change*). Mengubah kebiasaan dokter yang suka meresepkan obat paten menjadi obat generik, atau mengubah kebiasaan perawat yang boros kassa menjadi hemat, tidak bisa dilakukan hanya dengan

Surat Keputusan (SK) Direktur. Dibutuhkan gaya **Kepemimpinan Transformasional**. Teori James MacGregor Burns dan Bernard Bass mendefinisikan kepemimpinan transformasional sebagai gaya pemimpin yang menginspirasi pengikutnya untuk mencapai hasil yang luar biasa dan dalam prosesnya mengembangkan kapasitas kepemimpinan mereka sendiri. Pemimpin transformasional tidak hanya memerintah (*transactional*), tapi mengubah sistem nilai dan keyakinan stafnya.

Elemen pertama adalah *Idealized Influence* (Karisma/Keteladanan). Pemimpin harus menjadi contoh hidup dari efisiensi dan mutu. Staf akan melihat: Apakah direktur datang tepat waktu? Apakah direktur peduli pada kebersihan lantai? Apakah direktur menggunakan fasilitas kantor secara wajar? Jika pemimpin hidup sederhana dan berintegritas, ia mendapatkan otoritas moral untuk meminta staf melakukan hal yang sama. Kepercayaan (*trust*) adalah mata uang utama pemimpin transformasional. Tanpa *trust*, program efisiensi akan dicurigai sebagai upaya memperkaya manajemen.

Elemen kedua adalah *Inspirational Motivation*. Pemimpin harus mampu melukiskan visi masa depan yang menarik. "Kita melakukan efisiensi bukan supaya pemilik tambah kaya, tapi supaya rumah sakit ini bisa bertahan 100 tahun lagi untuk melayani anak cucu kita." Pemimpin harus pandai bercerita (*storytelling*). Ceritakan kisah pasien miskin yang terbantu karena efisiensi obat, ceritakan kisah sukses unit yang berhasil menekan biaya tanpa kurangi mutu. Narasi ini memberikan makna (*purpose*) pada pekerjaan staf yang melelahkan.

Elemen ketiga adalah *Intellectual Stimulation*. Pemimpin transformasional menantang status quo. "Kenapa kita selalu melakukan cara ini? Adakah cara yang lebih baik dan murah?" Ia mendorong staf untuk berpikir kritis dan kreatif. Ia menciptakan iklim di mana ide gila dihargai, bukan ditertawakan. Dalam konteks KMKB, ini berarti mendorong inovasi proses (*Kaizen*).

Pemimpin tidak memberikan jawaban, tapi mengajukan pertanyaan yang memicu solusi dari bawah (*bottom-up*).

Elemen keempat adalah *Individualized Consideration*. Pemimpin memperhatikan kebutuhan unik setiap staf. Ia bertindak sebagai mentor dan pelatih. Jika ada dokter yang resisten terhadap *Clinical Pathway*, pemimpin transformasional tidak langsung memberi sanksi, tapi mengajak ngopi, mendengarkan keberatannya, dan memberikan dukungan personal. Pendekatan manusiawi ini meruntuhkan tembok resistensi. Staf merasa "diwongke" (dimanusiakan), sehingga loyalitas tumbuh.

Mengubah *Mindset* dari "Cost" ke "Investment." Budaya lama melihat mutu sebagai biaya. Budaya baru melihat mutu sebagai investasi. Pemimpin harus menanamkan pola pikir bahwa setiap kesalahan medis adalah kerugian, dan setiap perbaikan mutu adalah tabungan. Doktrin "Do it right the first time" harus didengungkan terus menerus dalam setiap apel pagi dan rapat.

Membangun *Just Culture* (Budaya Berkeadilan). Ketakutan adalah musuh perubahan. Jika staf takut dihukum karena melaporkan pemborosan atau kesalahan, mereka akan diam. Pemimpin transformasional menjamin keamanan psikologis (*psychological safety*). "Saya tidak akan marah jika kalian melaporkan kesalahan sistem, saya hanya akan marah jika kalian menyembunyikannya." Budaya keterbukaan ini vital untuk mendeteksi inefisiensi tersembunyi.

Manajemen Resistensi (*Managing Resistance*). Perubahan pasti menimbulkan resistensi. Ada kelompok penolak aktif (*saboteurs*), penolak pasif (*zombies*), dan pendukung (*champions*). Pemimpin harus fokus merangkul para *Champions* (agen perubahan) di setiap unit untuk menularkan virus positif. Jangan habiskan energi meladeni *saboteurs* kronis; biarkan mereka terisolasi oleh budaya baru yang semakin kuat. Tekanan teman sebaya (*peer pressure*) positif akan memaksa mereka berubah atau keluar.

Ritual dan Simbol. Budaya diperkuat oleh ritual. Pemimpin bisa membuat ritual "Anugerah Efisiensi Bulanan" untuk unit yang paling hemat. Atau ritual "Ronde Mutu" setiap Jumat. Simbol-simbol fisik seperti poster, seragam rapi, dan lingkungan bersih juga memperkuat pesan budaya mutu.

Kesabaran Strategis. Mengubah budaya seperti memutar arah kapal tanker; butuh waktu dan momentum. Pemimpin transformasional harus sabar namun persisten. Jangan menyerah jika dalam 3 bulan belum ada perubahan signifikan. Konsistensi pesan dan tindakan selama bertahun-tahun adalah kuncinya. Seringkali direktur gagal karena "hangat-hangat tahi ayam," semangat di awal lalu kendur.

Pengukuran Budaya. Lakukan survei budaya kerja secara berkala. Apakah staf merasa visi RS jelas? Apakah mereka merasa dihargai? Data survei ini menjadi cermin bagi pemimpin untuk mengoreksi gaya kepemimpinannya.

Pemberdayaan Middle Manager. Transformasi tidak bisa dilakukan sendirian oleh Direktur Utama. Kepala Ruangan, Kepala Instalasi adalah "Sersan" yang memimpin pasukan di lapangan. Mereka harus dilatih menjadi pemimpin transformasional mini di unitnya masing-masing. Jika Kepala Ruangan masih bergaya otoriter, budaya di ruangan itu tidak akan berubah.

Kesimpulannya, kepemimpinan transformasional adalah tentang menyentuh hati dan pikiran orang. KMKB bukan sekadar masalah teknis akuntansi, tapi masalah perilaku manusia. Hanya pemimpin yang mampu menggerakkan hati stafnya yang akan sukses menanamkan budaya efisiensi yang langgeng.

#### **D. *Clinical Leadership*. Melibatkan Dokter dalam Manajemen**

Salah satu tantangan terbesar manajemen rumah sakit di seluruh dunia adalah kesenjangan antara manajemen dan staf medis (*The Medical-Managerial Gap*). Dokter sering memandang

manajer sebagai birokrat yang menghambat pelayanan, sementara manajer memandang dokter sebagai "primadona" yang boros dan sulit diatur. Di era JKN, kesenjangan ini harus ditutup. Solusinya adalah konsep **Clinical Leadership** atau Kepemimpinan Klinis, yaitu melibatkan dokter secara aktif dalam peran kepemimpinan dan manajemen strategis.

Mengapa Dokter harus memimpin? Karena dokterlah yang mengendalikan 70-80% pengeluaran sumber daya rumah sakit melalui pena resep dan instruksi medisnya. Tidak mungkin melakukan kendali biaya tanpa melibatkan si pengendali biaya itu sendiri. *Clinical Leadership* bukan berarti menjadikan semua dokter sebagai direktur, tetapi menempatkan dokter pada posisi kunci pengambil keputusan klinis-finansial dan memberdayakan mereka untuk bertanggung jawab atas kinerja unitnya.

Peran Kepala KSM (Kelompok Staf Medis) dan Kepala Instalasi. Jabatan ini tidak boleh lagi hanya dianggap sebagai jabatan giliran atau penghargaan senioritas. Kepala KSM adalah *Clinical Leader* yang harus bertanggung jawab atas mutu dan biaya di departemennya. Manajemen harus memberikan data kinerja (*feedback*) kepada Kepala KSM: "Dok, ini data penggunaan antibiotik di departemen Bedah, biayanya naik 20%, mohon dianalisis." Dengan memberi tanggung jawab manajerial, dokter akan merasa memiliki (*ownership*) terhadap masalah RS.

Konsep *Hybrid Manager*. Rumah sakit perlu mencetak *Hybrid Managers*, yaitu dokter yang tetap praktik klinis tapi juga memegang jabatan struktural/fungsional manajemen. Mereka adalah jembatan penerjemah. Mereka bisa menjelaskan kendala keuangan kepada rekan dokter dengan bahasa medis, dan menjelaskan kebutuhan medis kepada direktur keuangan dengan bahasa bisnis. Posisi seperti Direktur Medis, Ketua Komite Mutu, atau Manajer Pelayanan Medis sangat ideal diisi oleh *hybrid manager*.

Pelatihan Manajemen untuk Dokter. Sayangnya, kurikulum pendidikan kedokteran hampir tidak menyentuh aspek

manajemen, kepemimpinan, atau ekonomi kesehatan. Dokter lulus sebagai klinisi hebat tapi buta organisasi. Rumah sakit harus berinvestasi dalam "Sekolah Kepemimpinan Dokter." Kirim dokter-dokter potensial (terutama yang muda) untuk pelatihan kepemimpinan, manajemen mutu, atau *mini-MBA*. Investasi ini akan kembali berlipat ganda dalam bentuk keputusan klinis yang lebih efisien.

Melibatkan dokter dalam penyusunan anggaran (*Budgeting*). Jangan menyusun anggaran pembelian alat medis hanya di ruang direksi keuangan. Libatkan dokter *user* sejak awal. Tanyakan: "Alat apa yang prioritas? Apa dampak ekonominya?" Jika dokter dilibatkan dalam perencanaan, mereka akan lebih bertanggung jawab dalam penggunaan. Dokter akan paham bahwa "uang tidak jatuh dari langit."

Transparansi Data Kinerja Individu (*Physician Profiling*). Salah satu alat *Clinical Leadership* yang paling efektif adalah data. Tampilkan data kinerja per dokter secara transparan (tapi rahasia/anonim di awal). "Dokter A: LOS 3 hari, Biaya obat 1 juta. Dokter B: LOS 5 hari, Biaya obat 2 juta." Dokter adalah makhluk kompetitif. Jika melihat datanya lebih buruk dari sejawat, mereka akan termotivasi untuk memperbaiki diri secara alamiah tanpa perlu dimarahi manajemen.

*Shared Governance*. Model tata kelola bersama di mana keputusan strategis (seperti pemilihan sistem RME baru atau renovasi OK) diambil bersama oleh dewan yang terdiri dari manajemen dan perwakilan klinisi. Ini meningkatkan *buy-in*. Dokter tidak merasa dipaksa menggunakan sistem yang mereka tidak suka.

Menghargai Waktu Dokter. Jika ingin dokter terlibat dalam rapat manajemen, hargai waktu mereka. Rapat harus efisien, tepat waktu, dan produktif. Pertimbangkan memberikan kompensasi (*stipend*) untuk jam yang habis dipakai rapat manajemen, karena itu mengurangi waktu praktik mereka. Ini adalah bentuk penghargaan profesional.

Mengubah *Mindset* dari "My Patient" ke "Our Patient." *Clinical Leadership* mendorong kerja tim. Dokter diajak melihat bahwa keberhasilan terapi bukan hanya jasa dirinya, tapi jasa sistem (perawat, farmasi, gizi). Pemimpin klinis yang baik adalah yang mampu memimpin tim interdisiplin (*Team Leader*), bukan *Single Fighter*.

Mengelola *Toxic Leader* di kalangan medis. Terkadang ada dokter senior yang sangat jago klinis dan menghasilkan pendapatan besar, tapi perilakunya *toxic* (suka memarahi perawat, merendahkan manajemen, melanggar aturan). Pemimpin RS harus berani mengambil sikap. Membiarkan *toxic leader* merusak budaya keselamatan dan kerja sama tim. Pendekatan persuasif hingga sanksi tegas harus disiapkan.

Regenerasi *Clinical Leader*. Identifikasi dokter-dokter muda yang punya bakat kepemimpinan (*Emerging Leaders*). Beri mereka proyek kecil (misal: ketua panitia akreditasi, ketua tim kendali infeksi). *Mentoring* mereka untuk menjadi pemimpin masa depan. Jangan biarkan terjadi krisis kepemimpinan medis karena senior pensiun dan tidak ada pengganti yang siap.

Kesimpulannya, *Clinical Leadership* adalah kunci untuk menyatukan dua dunia: dunia medis dan dunia manajemen. Dengan menjadikan dokter sebagai mitra strategis (*Strategic Partner*), rumah sakit mendapatkan sekutu paling kuat dalam perjuangan efisiensi mutu dan biaya.

## **E. Manajemen Sumber Daya Manusia: Kompetensi dan Remunerasi**

Dalam industri jasa seperti rumah sakit, Sumber Daya Manusia (SDM) adalah aset terpenting sekaligus komponen biaya terbesar (biasanya 40-50% dari total biaya operasional). Strategi KMKB sangat bergantung pada produktivitas dan kualitas SDM. Manajemen SDM modern bergeser dari sekadar administrasi personalia (gaji dan cuti) menjadi ***Human Capital Management***

(HCM) yang strategis. HCM memandang karyawan sebagai modal investasi yang nilainya bisa meningkat jika dikelola dengan benar.

Perencanaan SDM Berbasis Beban Kerja (*Workload Based Staffing*). Inefisiensi SDM sering terjadi dalam dua bentuk: kekurangan staf (menyebabkan lembur tinggi, kelelahan, dan *error*) atau kelebihan staf (menyebabkan biaya gaji bengkak dan staf menganggur). Analisis beban kerja (seperti metode WISN - *Workload Indicators of Staffing Need*) harus dilakukan rutin. Data ini menjadi dasar rekrutmen yang rasional. Jangan merekrut perawat hanya karena "rasanya kurang," tapi karena data jam perawatan (*nursing hours*) memang butuh.

Kompetensi sebagai pilar efisiensi. "*If you think education is expensive, try ignorance.*" Staf yang tidak kompeten sangat mahal biayanya (sering salah, kerja lambat, merusak alat). Investasi pada pelatihan dan pengembangan (*Training & Development*) adalah strategi efisiensi. Pelatihan Bantuan Hidup Dasar, Koding, atau *Customer Service* harus terprogram dan diukur dampaknya. Rumah sakit pembelajar (*Learning Organization*) selalu menganggarkan minimal 2-3% pendapatan untuk diklat.

Sistem Remunerasi Berbasis Kinerja (*Pay for Performance*). Di era JKN, sistem penggajian *flat* atau berdasarkan senioritas semata sudah usang dan tidak memotivasi. Diperlukan sistem remunerasi yang mengaitkan pendapatan staf dengan kinerja individu, kinerja unit, dan kinerja rumah sakit. Sistem Indeks Kinerja (Indeks Kuantitas, Kualitas, Perilaku, Risiko) sering digunakan untuk membagi jasa pelayanan JKN.

- Prinsipnya: "Yang kerja lebih keras, lebih cerdas, dan lebih berisiko, dapat lebih banyak."
- Tantangannya: Menentukan indikator kinerja yang adil dan transparan agar tidak menimbulkan kecemburuan sosial. Transparansi formula pembagian jasa medis adalah kunci ketenangan internal.

Manajemen Kinerja (*Performance Management*). Penilaian kinerja (KPI) tidak boleh hanya setahun sekali saat mau naik gaji. Umpan balik harus kontinu. Sistem penilaian 360 derajat (dinilai atasan, bawahan, sejawat) memberikan gambaran lebih utuh. KPI harus mencakup aspek mutu (kepatuhan SPO) dan efisiensi (penghematan bahan), bukan hanya aspek kehadiran.

Retensi Talenta Terbaik (*Talent Retention*). Kehilangan perawat terampil atau dokter spesialis laris adalah kerugian besar (biaya rekrutmen ulang, kehilangan pasien). Strategi retensi bukan hanya soal gaji, tapi juga soal *Engagement*. Lingkungan kerja yang nyaman, jenjang karir (*career path*) yang jelas, dan apresiasi atasan seringkali lebih menahan karyawan daripada kenaikan gaji kecil.

Manajemen *Burnout*. Tenaga kesehatan sangat rentan stres dan kelelahan, terutama pasca-pandemi. Staf yang *burnout* menjadi apatis, sinis, dan sering buat salah. Program kesejahteraan karyawan (*Well-being Program*), konseling psikologis, dan pengaturan jam kerja yang manusiawi adalah investasi untuk menjaga produktivitas jangka panjang.

Efisiensi Struktur Organisasi. *Delaying* atau perampangan struktur. Rumah sakit seringkali punya terlalu banyak jenjang jabatan (Kasi, Kabid, Kabag, Wadir) yang memperpanjang birokrasi dan biaya jabatan. Struktur organisasi yang datar (*flat organization*) dan kaya fungsi lebih lincah dan hemat. Gabungkan unit-unit yang fungsinya mirip.

*Outsourcing* (Alih Daya) Strategis. Untuk fungsi non-inti (*non-core*) seperti Kebersihan, Keamanan, Parkir, Gizi, atau Laundry, pertimbangkan alih daya. Seringkali vendor profesional bisa mengerjakannya lebih efisien dan murah karena skala ekonomi mereka. Namun, manajemen kontrak vendor harus ketat untuk menjamin mutu tetap standar RS.

Budaya Disiplin. Absensi digital, pemantauan jam kerja efektif, dan sanksi tegas bagi yang sering bolos adalah dasar

efisiensi gaji. Jangan membayar "karyawan hantu" yang jarang masuk tapi gaji utuh.

Digitalisasi HRD (*HRIS*). Sistem Informasi SDM memudahkan pemantauan cuti, lembur, dan masa berlaku STR/SIP. Sistem ini mencegah kebocoran pembayaran lembur fiktif dan memastikan kepatuhan legalitas staf.

Kesimpulannya, HCM yang strategis memastikan bahwa rumah sakit memiliki *"The Right People, in the Right Place, at the Right Cost."* SDM bukan lagi beban biaya, tapi mesin penggerak nilai.

## **F. Suksesi dan Keberlanjutan Kepemimpinan**

Rumah sakit adalah institusi jangka panjang, seringkali berusia lebih tua dari negara. Namun, banyak rumah sakit mengalami kemunduran atau krisis ketika pemimpin karismatiknya pensiun atau pergi. Kegagalan mempersiapkan pengganti (*Succession Planning*) adalah kegagalan kepemimpinan strategis. Keberlanjutan (*Sustainability*) mutu dan biaya bergantung pada estafet kepemimpinan yang mulus.

Identifikasi Talenta (*Talent Scouting*). Pemimpin harus sudah memikirkan siapa penggantinya sejak hari pertama ia menjabat. Identifikasi staf yang memiliki potensi kepemimpinan (*High Potentials/HiPots*). Mereka mungkin bukan yang paling senior, tapi yang paling visioner, berintegritas, dan mau belajar. Buatlah "Talent Pool" atau kolam kader.

Program Pengembangan Kepemimpinan (*Leadership Pipeline*). Para calon pemimpin ini harus disiapkan. Jangan melempar mereka ke kolam yang dalam tanpa pelampung. Berikan penugasan yang menantang secara bertahap. Rotasi jabatan (*Job Rotation*) penting agar mereka paham operasional berbagai unit (pernah di IGD, pernah di Rawat Inap, pernah di Manajemen). Kirim mereka sekolah S2 MARS atau pelatihan manajerial.

Mentoring dan Coaching. Direktur saat ini harus menjadi mentor bagi calon penggantinya. Transfer *tacit knowledge* (pengetahuan tak tertulis, intuisi, jejaring) hanya bisa terjadi lewat interaksi intensif. Bagikan pengalaman menghadapi krisis, cara melobi pejabat, cara menenangkan dokter yang marah. Warisan (*legacy*) terbesar seorang pemimpin adalah pemimpin baru yang ia cetak.

Sistem Promosi yang Meritokratis. Promosi jabatan harus berdasarkan kompetensi dan kinerja, bukan kedekatan pribadi atau nepotisme (terutama di RS Keluarga/Yayasan). Sistem meritokrasi memotivasi semua staf untuk berprestasi. Jika promosi didasarkan pada "anak emas," motivasi organisasi akan hancur.

Mencegah "Sindrom Pensiun." Banyak pemimpin yang enggan turun tahta (*Post Power Syndrome*) dan tidak mau menyiapkan pengganti karena takut tidak dibutuhkan lagi. Institusi (Yayasan/Pemda) harus memiliki aturan masa jabatan yang jelas (misal maksimal 2 periode) untuk memaksa regenerasi. Regenerasi membawa darah segar dan ide-ide baru yang relevan dengan zaman.

Dokumentasi Pengetahuan (*Knowledge Management*). Prosedur, kebijakan, dan sejarah keputusan strategis harus terdokumentasi rapi. Jika direktur pergi, pengetahuan institusi tidak ikut pergi bersamanya. Sistem manajemen pengetahuan memastikan pemimpin baru tidak perlu menemukan ulang roda (*reinventing the wheel*), tapi bisa melanjutkan fondasi yang sudah ada.

Kesiapan menghadapi krisis kepemimpinan mendadak. Apa yang terjadi jika Direktur Utama tiba-tiba sakit keras atau meninggal? Harus ada *Emergency Succession Plan*. Siapa yang menjadi Pelaksana Tugas (Plt)? Rantai komando harus jelas agar tidak terjadi kekosongan kekuasaan (*power vacuum*) yang melumpuhkan pengambilan keputusan di saat kritis.

Budaya kepemimpinan kolektif. Kurangi ketergantungan pada "Satu Orang Kuat." Bangun tim direksi yang solid (*collective leadership*). Jika satu orang pergi, sistem tetap berjalan karena kepemimpinan terbagi dalam sistem, bukan pada individu.

Kesimpulannya, menjaga keseimbangan mutu dan biaya adalah lari maraton, bukan lari sprint. Dibutuhkan stamina jangka panjang yang hanya bisa dijaga jika ada regenerasi pelari (pemimpin) yang berkesinambungan. Pemimpin strategis menanam pohon yang mungkin ia tidak akan sempat memakan buahnya, demi masa depan rumah sakit yang lestari.

## **G. Referensi Bab 17**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Al-Sawai, A. (2016). *Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand?* Oman Medical Journal.
- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Barr, J., & Dowding, L. (2019). *Leadership in Health Care*. SAGE Publications.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bohmer, R. (2016). *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*. Harvard Business Review Press.
- Dye, C. F. (2017). *Leadership in Healthcare: Essential Values and Skills* (3rd Edition). Health Administration Press.
- Goleman, D. (2015). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. (Edisi terjemahan/ulasan relevan untuk kepemimpinan kesehatan).
- Griffith, J. R., & White, K. R. (2019). *The Well-Managed Healthcare Organization*. Health Administration Press.

- Handayani, P. W., et al. (2018). *Strategic Hospital Management in the JKN Era*. Depok: Rajawali Pers.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: FKM UI. (Relevan untuk HCM).
- Ilyas, Y. (2019). *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Depok: FKM UI.
- Kotter, J. P. (2012/Reprint 2018). *Leading Change*. Harvard Business Review Press. (Buku wajib manajemen perubahan).
- Lee, T. H., & Cosgrove, T. (2017). *Engaging Doctors in the Health Care Revolution*. Harvard Business Review.
- Lussier, R. N., & Achua, C. F. (2016). *Leadership: Theory, Application, & Skill Development*. Cengage Learning.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Wolters Kluwer.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and Practice* (8th Edition). SAGE Publications.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika. (Membahas kepemimpinan keperawatan).
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006/Reprint 2016). *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press. (Tentang Value-Based Leadership).
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.

- Rivai, V., & Mulyadi, D. (2018). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2017). *Organizational Behavior*. Pearson. (Teori motivasi dan budaya).
- Sabarguna, B. S. (2016). *Manajemen SDM Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Senge, P. M. (2006/Reprint 2016). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Doubleday.
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Spurgeon, P., et al. (2015). *Medical Leadership: From the Dark Side to Centre Stage*. CRC Press.
- Stanley, D. (2017). *Clinical Leadership in Nursing and Healthcare*. Wiley-Blackwell.
- Storey, J., & Holti, R. (2016). *Towards a New Model of Leadership for the NHS*. NHS Leadership Academy.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset. (Aspek kepemimpinan pasar).
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Swensen, S., et al. (2016). *Leadership by Design: Intentional Organization Development of Physician Leaders*. Journal of Management Development.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2018). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Wibowo. (2016). *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

Yukl, G. (2015). *Leadership in Organizations*. Pearson.

**Regulasi:**

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit  
(Pasal 34 tentang Kepala Rumah Sakit).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009  
tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan  
(Ketentuan tentang SDM Kesehatan).

Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman  
Organisasi Rumah Sakit.

# BAB XVIII

## PENGUKURAN KINERJA: KPI DAN *BALANCED SCORECARD*



### **A. Pendahuluan**

Dalam manajemen modern, adagium "*You can't manage what you don't measure*" (Anda tidak bisa mengelola apa yang tidak Anda ukur) menjadi mantra yang sangat relevan bagi industri rumah sakit. Kompleksitas pelayanan kesehatan yang melibatkan ribuan proses, ratusan profesi, dan jutaan data transaksi seringkali membuat manajemen kehilangan arah jika tidak memiliki alat ukur yang presisi. Tanpa pengukuran kinerja yang objektif, keberhasilan atau kegagalan strategi Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) hanya akan didasarkan pada asumsi, perasaan, atau anekdot semata. Pengukuran kinerja berfungsi sebagai cermin organisasi yang memantulkan realitas operasional secara jujur, apakah rumah sakit benar-benar bergerak menuju visi efisiensi atau justru menyimpang ke arah pemborosan.

Sejarah pengukuran kinerja di rumah sakit awalnya sangat didominasi oleh indikator keuangan (*financial indicators*). Laporan laba rugi, neraca, dan arus kas menjadi primadona dalam rapat direksi. Keberhasilan direktur diukur dari seberapa besar surplus yang dihasilkan di akhir tahun. Namun, pendekatan finansial semata ini terbukti cacat karena bersifat *lagging indicator* (indikator masa lalu). Laporan keuangan hanya menceritakan apa

yang sudah terjadi, tidak bisa memprediksi apa yang akan terjadi. Selain itu, fokus berlebihan pada uang seringkali mengorbankan aspek mutu pelayanan dan kepuasan pasien, yang dalam jangka panjang justru akan menghancurkan fondasi keuangan itu sendiri.

Untuk mengatasi kelemahan tersebut, konsep *Balanced Scorecard* (BSC) yang diperkenalkan oleh Kaplan dan Norton pada tahun 1990-an diadopsi secara luas di sektor kesehatan. BSC menawarkan kerangka kerja pengukuran kinerja yang seimbang antara empat perspektif: Keuangan (*Financial*), Pelanggan (*Customer*), Proses Bisnis Internal (*Internal Business Process*), dan Pembelajaran & Pertumbuhan (*Learning and Growth*). Dalam konteks KMKB, BSC memaksa manajemen untuk melihat hubungan sebab-akibat. Jika rumah sakit ingin biaya turun (Keuangan), maka proses layanan harus efisien (Proses Internal). Agar proses efisien, staf harus kompeten (Pembelajaran). Jika proses efisien dan staf kompeten, pasien akan puas (Pelanggan). Logika kausalitas ini mengintegrasikan mutu dan biaya dalam satu peta strategi.

*Key Performance Indicator* (KPI) adalah unit terkecil dari sistem pengukuran kinerja. KPI adalah metrik kuantitatif yang mencerminkan faktor kunci keberhasilan organisasi. Pemilihan KPI yang tepat adalah seni tersendiri. Kesalahan umum di rumah sakit adalah mengukur terlalu banyak hal (*KPI overload*) sehingga manajemen bingung menentukan prioritas, atau mengukur hal yang salah (*vanity metrics*) yang terlihat bagus tapi tidak berdampak strategis. KPI yang baik harus memenuhi kriteria SMARTER (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound, Evaluated, Reviewed*). Dalam KMKB, KPI bukan hanya soal angka, tapi soal perilaku yang ingin didorong.

Implementasi KPI di era JKN menuntut pergeseran fokus. Indikator "Jumlah Pasien" tidak lagi relevan sebagai penentu kesuksesan tunggal jika tarifnya paket. KPI baru seperti "*Cost per Case*," "*Average Length of Stay*," dan "*Readmission Rate*" menjadi

jauh lebih strategis. Rumah sakit harus berani membuang KPI lama yang bias *fee-for-service* dan menggantinya dengan KPI berbasis nilai (*value-based KPI*). Tantangan terberatnya adalah mengubah *mindset* staf yang terbiasa dinilai dari "kerajinan" (absensi) menjadi dinilai dari "produktivitas dan efisiensi."

Sistem pengukuran kinerja juga berfungsi sebagai alat komunikasi strategi. Visi direktur yang abstrak ("Menjadi RS Terkemuka") harus diterjemahkan menjadi target angka yang dipahami oleh perawat di bangsal ("Menurunkan angka infeksi jarum infus menjadi < 1%"). Ketika seluruh organisasi berbicara dalam bahasa angka yang sama, penyelarasan (*alignment*) terjadi. Setiap unit kerja, dari *front office* hingga kamar jenazah, harus memiliki KPI turunan (*cascading*) yang berkontribusi pada pencapaian tujuan besar rumah sakit.

Penggunaan teknologi *Business Intelligence* (BI) dan *Dashboard* Kinerja mengubah cara manajemen memantau KPI. Di masa lalu, laporan kinerja baru tersaji sebulan setelah periode berakhir. Kini, dengan sistem BI yang terintegrasi SIMRS, direksi bisa melihat grafik kepatuhan *Clinical Pathway* atau realisasi anggaran secara *real-time*. Kecepatan umpan balik (*feedback loop*) ini memungkinkan intervensi manajemen dilakukan seketika saat tren kinerja mulai menurun, bukan saat krisis sudah terjadi.

Aspek perilaku manusia dalam pengukuran kinerja tidak boleh diabaikan. "What gets measured gets done." Namun, ada risiko efek samping negatif (*gaming the system*). Jika manajemen menetapkan KPI "Waktu Tunggu Obat < 30 menit" dengan sanksi berat, staf farmasi mungkin tergoda memanipulasi data jam input komputer agar terlihat cepat, padahal pasien tetap menunggu lama. Oleh karena itu, sistem pengukuran harus dilengkapi dengan mekanisme validasi data dan audit integritas. KPI harus mendorong perbaikan sistem, bukan manipulasi laporan.



Gambar 22. KPI dan Balanced Scorecard

Hubungan KPI dengan sistem remunerasi (*Pay for Performance*) adalah pendorong motivasi yang kuat. Namun, desain insentif harus hati-hati. Memberikan bonus hanya berdasarkan efisiensi biaya bisa memicu *under-treatment* (dokter pelit obat). Sebaliknya, bonus hanya berdasarkan kepuasan pasien bisa memicu pemborosan (memberi apa saja yang diminta pasien). Skema *Balanced Scorecard* menyeimbangkan insentif ini: bonus cair jika target biaya tercapai DAN target mutu terpenuhi. Ini menjaga keseimbangan etis.

Benchmarking atau kaji banding adalah elemen penting dalam pengukuran kinerja. Angka "LOS 4 hari" tidak bermakna tanpa pembandingan. Apakah itu baik atau buruk? Benchmarking internal (membandingkan tren tahun lalu) dan eksternal (membandingkan dengan RS setara atau standar nasional) memberikan konteks pada angka. Data *benchmarking* dari asosiasi RS atau Kemenkes menjadi acuan untuk menetapkan target KPI yang realistis namun menantang.

Peran Dewan Pengawas dalam memantau kinerja direksi. KPI dan BSC menjadi kontrak kinerja antara pemilik dan pengelola.

Dewan Pengawas tidak perlu mengurus detail operasional, cukup memantau *dashboard* BSC. Jika lampu indikator Keuangan merah tapi Pelanggan hijau, Dewas bisa bertanya: "Apakah kita sedang bakar uang untuk beli pasar?" Pertanyaan strategis berbasis data ini menajamkan akuntabilitas manajemen.

Pengukuran kinerja non-klinis juga penting. Efisiensi energi, kepuasan karyawan, dan kecepatan respons komplain adalah area yang sering luput. Padahal, biaya listrik dan *turnover* karyawan adalah komponen biaya yang signifikan. BSC memaksa manajemen untuk memperhatikan area *blind spot* ini melalui perspektif Proses Internal dan Pembelajaran.

Fleksibilitas sistem pengukuran. Di era VUCA, target KPI tidak boleh kaku. Jika terjadi pandemi atau perubahan regulasi drastis, target harus direvisi (*re-baseline*). Memaksa mengejar target yang sudah tidak relevan hanya akan mendemotivasi staf. Sistem manajemen kinerja harus dinamis mengikuti perubahan lingkungan strategis.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa pengukuran kinerja adalah alat, bukan tujuan. Tujuannya adalah perbaikan (*improvement*). Jangan sampai manajemen sibuk mengukur timbangan badan setiap hari tapi tidak pernah melakukan diet atau olahraga. Data kinerja harus ditindaklanjuti dengan aksi nyata.

## **B. Konsep *Balanced Scorecard* (BSC) dalam Strategi Rumah Sakit**

*Balanced Scorecard* (BSC) mentransformasi cara pandang manajemen rumah sakit dari sekadar fokus pada angka-angka finansial jangka pendek menuju pandangan holistik yang menjamin keberlanjutan jangka panjang. Dalam kerangka BSC, strategi rumah sakit diterjemahkan ke dalam empat perspektif yang saling berhubungan sebab-akibat (*strategy map*).

1. **Perspektif Keuangan (*Financial*):** Meskipun RS memiliki misi sosial, aspek keuangan tetap menjadi fondasi kelangsungan hidup ("*No Margin, No Mission*") Pertanyaan kuncinya: "Bagaimana kita terlihat di mata pemegang saham/pemilik agar sukses secara finansial?" Di era JKN, fokus perspektif ini bergeser dari "Meningkatkan Pendapatan" (*Revenue Growth*) menjadi "Efisiensi Biaya" (*Cost Efficiency*) dan "Pemanfaatan Aset" (*Asset Utilization*). Indikatornya bukan lagi sekadar total omzet, tapi *Cost Recovery Rate* (CRR), *EBITDA Margin*, dan *Inventory Turnover*. Strategi KMKB menuntut target keuangan yang spesifik: menurunkan biaya operasional per tempat tidur atau meningkatkan margin per kasus INA-CBGs.
2. **Perspektif Pelanggan (*Customer*):** Untuk mencapai tujuan keuangan, RS harus memberikan nilai kepada pelanggan. Pertanyaannya: "Bagaimana kita terlihat di mata pasien agar visi tercapai?" Dalam KMKB, pelanggan (pasien dan keluarga) menginginkan layanan yang bermutu, cepat, dan terjangkau. Indikator di sini meliputi: Indeks Kepuasan Pasien, *Net Promoter Score* (NPS - kemauan merekomendasikan), Angka Komplain, dan Waktu Tunggu. Strategi efisiensi biaya tidak boleh mencederai perspektif ini. Jika biaya turun tapi komplain naik, berarti strategi gagal. BSC menjaga agar efisiensi tetap berorientasi pada nilai pelanggan (*Customer Value Proposition*).
3. **Perspektif Proses Bisnis Internal (*Internal Business Process*):** Untuk memuaskan pelanggan dan pemegang saham, proses apa yang harus kita unggulkan? Ini adalah "mesin" dari rumah sakit. Di sinilah letak operasional KMKB. Proses internal dibagi menjadi:
  - *Proses Manajemen Operasi*: Efisiensi alur pasien, kecepatan hasil lab, kepatuhan *Clinical Pathway*, manajemen rantai pasok.
  - *Proses Manajemen Pelanggan*: Kemudahan pendaftaran, edukasi pasien.

- *Proses Inovasi*: Pengembangan layanan baru, riset medis.
  - *Proses Regulasi & Sosial*: K3RS, limbah medis, CSR. Indikator kuncinya adalah: *Average Length of Stay* (ALOS), *Turnaround Time* (TAT), *Bed Occupancy Rate* (BOR), dan Angka Kepatuhan Cuci Tangan. Efisiensi proses internal adalah pendorong utama kinerja keuangan dan kepuasan pelanggan.
4. **Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan (*Learning and Growth*)**: Untuk mencapai proses yang unggul, fondasi apa yang kita butuhkan? Ini menyangkut SDM, Teknologi, dan Budaya Organisasi. Pertanyaannya: "Bagaimana kita mempertahankan kemampuan untuk berubah dan meningkat?" Tanpa SDM yang kompeten dan sistem IT yang handal, proses efisien mustahil tercapai. Indikatornya: Tingkat Kepuasan Karyawan, Retensi Staf Kunci, Jam Pelatihan per Staf, Ketersediaan Sistem Informasi, dan Skor Budaya Keselamatan. Investasi pada perspektif ini (biaya diklat, IT) seringkali dianggap beban di jangka pendek, tapi BSC melihatnya sebagai *enabler* vital untuk kinerja masa depan.

Hubungan Kausalitas (*Cause-Effect Relationship*). Kekuatan BSC terletak pada narasi strateginya. "JIKA kita melatih perawat tentang perawatan luka modern (Pembelajaran), MAKA proses rawat luka menjadi lebih efektif dan cepat sembuh (Proses Internal), MAKA pasien puas dan pulang lebih cepat (Pelanggan), MAKA biaya rawat turun dan kapasitas pasien baru naik (Keuangan)." Peta strategi ini membantu setiap staf memahami peran mereka. Seorang staf IT paham bahwa dengan menjaga server tetap nyala (Pembelajaran), dia berkontribusi pada kecepatan pelayanan (Proses) yang akhirnya berdampak pada kepuasan pasien.

BSC sebagai Sistem Manajemen Strategis. Banyak RS menggunakan BSC hanya sebagai alat ukur (*measurement system*). Padahal fungsi utamanya adalah manajemen strategi. BSC digunakan dalam Rapat Tinjauan Manajemen bulanan untuk

membahas penyimpangan. "Mengapa target keuangan tidak tercapai? Oh, ternyata karena proses klaim di internal lambat (Proses). Mengapa lambat? Karena koder kurang pelatihan (Pembelajaran) dan server sering down (Pembelajaran)." Analisis bertingkat ini menuntun pada solusi akar masalah.

Keseimbangan Indikator. BSC menyeimbangkan indikator *Lagging* (Hasil akhir: Laba, Kepuasan) dan *Leading* (Pemicu kinerja: Kompetensi staf, Perbaikan proses). Mengandalkan *lagging indicator* saja seperti menyetir mobil hanya dengan melihat kaca spion. *Leading indicator* memberi sinyal dini. Jika jam pelatihan staf turun drastis (Leading), bisa diprediksi mutu layanan akan turun bulan depan (Lagging), sehingga manajemen bisa intervensi segera.

Penerapan di RS Pemerintah (BLUD). BSC sangat cocok untuk BLUD yang memiliki mandat ganda: layanan publik (sosial) dan fleksibilitas keuangan (bisnis). BSC mengakomodasi target kinerja pelayanan (SPM - Standar Pelayanan Minimal) dalam perspektif pelanggan/proses, sekaligus target kesehatan keuangan dalam perspektif finansial.

Tantangan Implementasi. Kesulitan terbesar adalah mengumpulkan data yang valid untuk semua perspektif. Data keuangan biasanya rapi, tapi data proses (misal waktu tunggu) seringkali tidak tercatat. Implementasi BSC biasanya mendorong perbaikan sistem pencatatan data dan digitalisasi.

### **C. Penyusunan *Key Performance Indicators* untuk Kendali Mutu dan Biaya**

Menyusun KPI yang tepat adalah langkah kritis. KPI yang buruk akan menyedatkan organisasi. Dalam konteks KMKB, KPI harus mencakup indikator klinis, operasional, dan finansial yang terintegrasi. Berikut adalah panduan penyusunan KPI strategis untuk efisiensi rumah sakit.

### **KPI Finansial (Fokus Efisiensi):**

1. **Cost per Case per DRG (Diagnosis Related Group):** Rata-rata biaya riil yang dikeluarkan RS untuk satu kasus diagnosis tertentu (misal: Sesar, Tifoid). Target: Di bawah tarif INA-CBGs. Ini adalah KPI paling ultimate untuk kendali biaya.
2. **Cost Recovery Rate (CRR):** Rasio pendapatan terhadap biaya operasional. Target: > 100% (Surplus) atau minimal 100% (BEP).
3. **Inventory Turnover Ratio (ITOR) Farmasi:** Kecepatan perputaran stok obat. Target: 8-12 kali per tahun. Semakin tinggi, semakin efisien modal kerja dan semakin rendah risiko obat kadaluarsa.
4. **Claim Denial Rate:** Persentase nilai klaim yang ditolak BPJS dibanding total klaim yang diajukan. Target: < 1-2%. Penolakan klaim adalah inefisiensi administrasi yang merugikan arus kas.
5. **Direct Cost Ratio:** Persentase biaya langsung (obat, BHP, jasa medis) terhadap total pendapatan. Memantau agar biaya variabel tidak memakan porsi biaya tetap.

### **KPI Mutu Klinis dan Proses (Fokus Efektivitas):**

1. **Average Length of Stay (ALOS):** Rata-rata lama hari rawat. Target: Sesuai standar Barber Johnson (misal 3-6 hari) atau sesuai target *Clinical Pathway*. ALOS yang memendek (tanpa readmisi) berarti efisiensi kapasitas.
2. **Unplanned Readmission Rate (dalam 30 hari):** Angka rawat ulang yang tidak direncanakan untuk diagnosis yang sama. Target: Rendah (misal < 2%). KPI ini menjaga agar efisiensi LOS tidak mengorbankan kesembuhan tuntas pasien.
3. **Surgical Site Infection Rate (IDO):** Angka infeksi daerah operasi. Infeksi memperpanjang rawat dan biaya antibiotik. Menurunkan IDO adalah strategi penghematan biaya mutu buruk (*Cost of Poor Quality*).

4. ***Compliance to Clinical Pathway***: Persentase pasien yang ditangani sesuai jalur klinis (tidak ada varians negatif). Target: > 80%. Kepatuhan tinggi berkorelasi dengan biaya yang terprediksi.
5. ***Generic Drug Utilization Rate***: Persentase penggunaan obat generik/fornas dibanding total resep. Target: Sesuai indikator Kemenkes (> 80-90% untuk pasien JKN).

### **KPI Operasional dan Pelanggan:**

1. ***Bed Turnover (BTO)***: Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam setahun. Target: 40-50 kali. BTO tinggi berarti produktivitas aset tinggi.
2. ***Waiting Time (Poli, Farmasi, Lab)***: Waktu tunggu. Efisiensi waktu mengurangi kepadatan ruang tunggu dan meningkatkan kepuasan.
3. ***Operating Theatre Utilization Rate***: Persentase waktu terpakai kamar operasi dibanding waktu tersedia. Kamar operasi yang menganggur adalah *sunk cost* yang mahal. Target optimal: 75-85%.

Prinsip *Cascading* (Penurunan) KPI. KPI Rumah Sakit (Korporat) harus diturunkan menjadi KPI Unit dan KPI Individu.

- KPI RS: Cost Recovery Rate 110%.
- KPI Instalasi Farmasi: Nilai Stok Mati < 1% (mendukung efisiensi biaya).
- KPI Instalasi Rawat Inap: Kepatuhan CP > 80% (mendukung kendali biaya rawat).
- KPI Dokter: Kelengkapan Resume Medis 100% (mendukung kelancaran klaim). Setiap staf harus tahu bagaimana pekerjaan hariannya berkontribusi pada KPI besar perusahaan.

Kamus KPI. Setiap KPI harus memiliki definisi operasional yang jelas dalam "Kamus KPI." Kamus ini memuat: Nama Indikator, Definisi, Rumus Hitung, Sumber Data, Periode

Pelaporan, Target, dan Penanggung Jawab. Definisi yang ambigu akan menyebabkan data tidak valid. Contoh: Apakah "Waktu Tunggu Obat" dihitung sejak resep diserahkan pasien atau sejak resep diinput komputer? Perbedaan definisi mengubah angka secara drastis.

Validasi Data KPI. Sebelum dijadikan dasar keputusan atau bonus, data KPI harus divalidasi oleh tim independen (biasanya Komite Mutu atau SPI). Validasi memastikan tidak ada manipulasi data demi pencapaian target semu.

*Leading vs Lagging* KPI. Pastikan ada keseimbangan. ALOS adalah *Lagging* (hasil akhir). Kepatuhan CP adalah *Leading* (proses). Jika Kepatuhan CP bagus, otomatis ALOS akan bagus. Manajemen harus lebih fokus memantau *Leading KPI* untuk perbaikan harian.

#### **D. *Dashboard* Kinerja dan Sistem Pelaporan**

Di era informasi, data KPI tidak boleh terkubur dalam laporan tebal yang berdebu. Data harus divisualisasikan dalam bentuk **Dashboard Kinerja** yang dinamis dan mudah dibaca. *Dashboard* ibarat panel instrumen di kokpit pesawat, memberikan informasi status vital rumah sakit secara sekilas (*at a glance*).

Desain *Dashboard* yang Efektif. *Dashboard* yang baik menggunakan prinsip visualisasi data yang sederhana. Gunakan kode warna "Lampu Lalu Lintas" (*Traffic Light System*):

- **Hijau:** Target tercapai (*On Track*).
- **Kuning:** Sedikit di bawah target, perlu perhatian (*Warning*).
- **Merah:** Jauh di bawah target, perlu intervensi segera (*Critical*). *Dashboard* harus interaktif (*drill-down*). Direktur bisa melihat grafik ALOS RS yang merah, lalu mengklik untuk melihat detail per bangsal, lalu mengklik lagi melihat detail per dokter. Kemampuan menelusuri akar masalah dari *dashboard* mempercepat pengambilan keputusan.

Teknologi *Business Intelligence* (BI). Aplikasi BI seperti Tableau, Power BI, atau modul BI di SIMRS dapat menarik data dari berbagai sumber (database pasien, database keuangan, database SDM) dan menyajikannya dalam satu layar terintegrasi. Automatisasi ini menghilangkan lag waktu pelaporan. Direksi tidak perlu menunggu tanggal 10 bulan depan untuk tahu kinerja bulan ini. Data harian atau mingguan memungkinkan *Agile Management*.

Hierarki Pelaporan.

- *Dashboard Strategis*: Untuk Direksi dan Pemilik. Isinya KPI level makro (Profitabilitas, Kepuasan Pasien, Total Kunjungan). Fokus pada tren jangka panjang.
- *Dashboard Operasional*: Untuk Manajer Lini/Kepala Instalasi. Isinya KPI harian (Jumlah antrean saat ini, stok obat kritis, absensi staf hari ini). Fokus pada pemantauan *real-time* untuk tindakan korektif segera.
- *Dashboard Klinis*: Untuk Komite Medik/KSM. Isinya profil klinis (Angka infeksi, *readmission*, mortalitas). Fokus pada mutu asuhan.
- Frekuensi Review Kinerja.
- *Harian Morning Huddle*: Kepala ruang melihat *dashboard operasional*. "*Antrean poli macet, segera kirim bantuan.*"
- *Bulanan (Rapat Kinerja)*: Direksi dan Manajer membahas varians KPI bulanan. Analisis penyebab dan rencana aksi bulan depan.
- *Triwulanan (Rapat Strategis)*: Evaluasi pencapaian Renstra. Apakah strategi perlu diubah?

Transparansi Data (*Data Democratization*). Sebagian data kinerja (yang tidak rahasia) sebaiknya ditampilkan di area publik karyawan. Papan skor kinerja di ruang istirahat perawat yang menunjukkan "Hari Tanpa Infeksi: 100 Hari" membangun kebanggaan dan motivasi tim. Transparansi menciptakan akuntabilitas sosial.

Tindak Lanjut Hasil *Dashboard*. *Dashboard* secanggih apapun tidak berguna jika tidak ditindaklanjuti. Jika lampu indikator merah menyala terus selama 3 bulan tanpa ada perubahan, berarti sistem manajemen mandul. Harus ada mekanisme PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) yang dipicu oleh *dashboard*. "Lampu Merah" adalah pemicu untuk membentuk tim Ad-hoc atau proyek perbaikan mutu (Kaizen).

Integrasi dengan Rapat Komite Mutu. Data *dashboard* menjadi bahan utama rapat. Rapat tidak lagi berisi curhat atau opini subjektif, tapi diskusi berbasis data (*Data-Driven Discussion*). "Data menunjukkan kepatuhan cuci tangan turun di ICU, apa penyebabnya?"

*Mobile Dashboard*. Eksekutif RS yang mobilitasnya tinggi membutuhkan akses *dashboard* via *smartphone* atau tablet. Notifikasi *push* bisa dikirim jika ada KPI kritis yang jebol (misal: BOR mencapai 100% atau ada kematian di meja operasi).

## **E. Kaji Banding (*Benchmarking*) untuk Menetapkan Standar**

Pengukuran kinerja internal saja tidak cukup. Rumah sakit bisa merasa "sudah baik" karena kinerjanya naik dibanding tahun lalu, padahal sebenarnya masih jauh tertinggal dibandingkan kompetitor atau standar industri. Inilah pentingnya **Benchmarking** atau Kaji Banding. *Benchmarking* adalah proses membandingkan metrik kinerja rumah sakit dengan standar terbaik di industri atau dengan rumah sakit lain yang sejenis, untuk mengidentifikasi celah kinerja (*performance gap*) dan peluang perbaikan.

Jenis Benchmarking:

1. ***Internal Benchmarking***: Membandingkan kinerja antar unit di dalam RS yang sama. Misal: Membandingkan angka kepuasan pasien di Paviliun A vs Paviliun B. Ini berguna untuk standarisasi internal dan kompetisi sehat.

2. **Competitive Benchmarking:** Membandingkan kinerja dengan pesaing langsung di wilayah yang sama. Datanya mungkin sulit didapat secara legal, biasanya menggunakan metode *mystery shopper* atau survei publik.
3. **Functional Benchmarking:** Membandingkan proses tertentu dengan RS lain yang dikenal unggul di bidang itu, meskipun bukan pesaing langsung. Misal: RSUD di Jawa belajar sistem antrean ke RS Swasta di Jakarta.
4. **Generic Benchmarking:** Membandingkan proses dengan industri lain. Misal: RS belajar manajemen *check-in* dari Hotel atau manajemen logistik dari Supermarket. Inovasi radikal sering lahir dari sini.

#### Sumber Data *Benchmarking*.

- **Data Nasional (Kemenkes/BPJS):** Indikator mutu nasional, data rata-rata LOS nasional, tarif INA-CBGs (sebagai *benchmark* biaya).
- **Asosiasi RS (PERSI/ARSADA):** Sering mempublikasikan data agregat kinerja anggotanya.
- **Lembaga Akreditasi (KARS/JCI):** Standar akreditasi adalah *benchmark* mutu minimal.
- **Literatur Ilmiah:** Jurnal manajemen RS memuat data standar kinerja global (misal standar waktu tunggu IGD < 4 jam).

#### Langkah *Benchmarking*.

1. Tentukan apa yang mau dibanding (misal: *Cost per Case* Appendiktomi).
2. Cari mitra *benchmark* (RS lain yang mau berbagi data, biasanya dalam satu grup atau asosiasi).
3. Kumpulkan dan normalisasi data. Pastikan definisi operasionalnya sama. "Biaya operasi" di RS A mungkin termasuk jasa dokter, di RS B tidak. Perbedaan definisi membuat perbandingan tidak valid (*apple to apple*).

4. Analisis *Gap*. "Biaya kita 5 juta, *benchmark* terbaik 3 juta. Ada gap 2 juta."
5. Pelajari "Best Practice." Bagaimana RS B bisa 3 juta? Oh, mereka pakai benang jenis X dan lama rawat 1 hari.
6. Adaptasi dan Implementasi. Tiru cara kerja RS B dengan penyesuaian lokal.

Hati-hati dengan *Benchmarking* biaya. Membandingkan unit cost harus memperhatikan konteks. RS Pendidikan pasti lebih mahal dari RS Non-Pendidikan karena ada biaya pengajaran. RS di Papua lebih mahal dari RS di Jawa karena biaya logistik. Gunakan faktor koreksi (*adjustment factor*).

*Benchmarking* bukan untuk meniru buta (*copy paste*). Apa yang berhasil di RS Mayo Clinic belum tentu berhasil di RSUD Kabupaten. Ambil prinsipnya, sesuaikan metodenya.

Bergabung dalam Proyek Mutu Nasional. Kemenkes atau lembaga mutu sering mengadakan proyek perbandingan mutu (misal: SISMADAK). Berpartisipasi aktif memungkinkan RS melihat posisi dirinya dalam peta nasional. "Kita ada di persentil berapa?"

Menetapkan Target KPI berdasarkan *Benchmark*. Jangan menetapkan target sembarangan. Gunakan data *benchmark*. "Rata-rata industri LOS Stroke adalah 5 hari, target kita tahun ini turun dari 7 hari ke 5,5 hari." Target yang berbasis *benchmark* lebih bisa dipertanggungjawabkan (*defensible*) di depan pemilik.

## **F. Evaluasi Kinerja Organisasi dan Individu (Remunerasi)**

Tahap akhir dari siklus pengukuran kinerja adalah Evaluasi dan Penghargaan. Data kinerja yang akurat menjadi dasar yang adil untuk sistem manajemen SDM, khususnya remunerasi. Menghubungkan hasil BSC/KPI dengan isi dompet karyawan adalah cara paling efektif untuk menyelaraskan perilaku individu dengan tujuan organisasi.

Sistem Remunerasi Berbasis Kinerja (*Pay for Performance-P4P*). Di era JKN, jasa pelayanan (Jaspel) tidak lagi dibagikan rata

atau hanya berdasarkan senioritas/golongan. Metode pembagian Jaspel menggunakan sistem **Indeks Kinerja**.

- **Indeks Individu:** Poin yang dikumpulkan staf berdasarkan kinerjanya.
  - *Kuantitas:* Jumlah pasien yang dilayani, jumlah tindakan.
  - *Kualitas:* Kepatuhan SPO, kelengkapan rekam medis, kepuasan pasien. (Staf yang kerjanya cepat tapi sering salah/dikomplain, poin kualitasnya rendah).
  - *Perilaku:* Disiplin kehadiran, kerja sama tim, etika.
  - *Posisi/Risiko:* Risiko medis, tanggung jawab jabatan.
- Skor akhir individu menentukan persentase Jaspel yang diterima dari total "kue" jasa pelayanan.

Evaluasi Kinerja Dokter (OPPE - *Ongoing Professional Practice Evaluation*). Akreditasi mewajibkan evaluasi kinerja dokter secara berkala. Data dari KPI klinis (LOS, angka kematian, kepatuhan obat, kelengkapan resume) dimasukkan ke dalam profil OPPE.

- Jika kinerja OPPE baik -> Kontrak klinis diperpanjang, prioritas alat baru, insentif.
- Jika kinerja OPPE buruk -> Pembinaan, pengurangan kewenangan klinis, pemotongan insentif. Ini mengubah budaya "dokter raja" menjadi "dokter mitra yang akuntabel."

Evaluasi Kinerja Unit. Selain individu, unit kerja juga dinilai. Jika Instalasi Farmasi berhasil mencapai target efisiensi stok (KPI Unit tercapai), maka seluruh staf farmasi mendapatkan bonus kinerja unit. Insentif kelompok ini mendorong kerja sama tim (*teamwork*). Teman yang malas akan ditegur oleh temannya sendiri karena merugikan poin kelompok.

*Performance Appraisal Interview.* Evaluasi kinerja bukan hanya soal rumus gaji. Harus ada sesi wawancara tatap muka antara atasan dan bawahan minimal setahun sekali (atau per semester). Bahas capaian KPI: "Kenapa target ini tidak tercapai? Apa hambatannya? Apa dukungan yang kamu butuhkan?" Sesi ini adalah momen pembinaan (*coaching*) dan pengembangan karir.

Sanksi bagi *Underperformer*. Bagi staf yang konsisten tidak mencapai target KPI meskipun sudah dibina, harus ada mekanisme konsekuensi. Mulai dari mutasi ke unit yang lebih sesuai beban kerjanya, penundaan kenaikan pangkat, hingga terminasi (jika terkait pelanggaran berat). Sistem yang adil harus berani menghukum yang malas demi menghargai yang rajin.

Transparansi Sistem Penilaian. Karyawan harus tahu bagaimana mereka dinilai. Rumus perhitungan poin tidak boleh rahasia. Sosialisasi sistem remunerasi yang transparan mencegah kecurigaan dan konflik internal. Aplikasi HRIS yang memungkinkan karyawan melihat poin kerjanya sendiri setiap hari sangat membantu transparansi.

Evaluasi Kinerja Organisasi oleh Pemilik. Direksi dinilai oleh Dewan Pengawas/Pemilik berdasarkan pencapaian BSC Korporat. Bonus tahunan (*tantiem*) Direksi digantungkan pada pencapaian target strategis (misal: Lulus Akreditasi Paripurna, Surplus Anggaran, Indeks Kepuasan Masyarakat 85). Ini memastikan Direksi bekerja keras mencapai visi pemilik.

Perbaiki Sistem Penilaian. Sistem evaluasi kinerja tidak sempurna. Lakukan evaluasi terhadap sistem itu sendiri. "Apakah indikator ini masih relevan? Apakah targetnya terlalu mudah?" Revisi sistem penilaian setiap tahun agar tetap menantang dan adil.

Kesimpulannya, integrasi KPI dan BSC ke dalam sistem remunerasi dan evaluasi adalah "kunci pengikat." Ia memastikan bahwa strategi kendali mutu dan biaya bukan hanya wacana di rapat direksi, tetapi menjadi motivasi kerja setiap karyawan setiap hari.

## **G. Referensi Bab 18**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.

- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Baker, J. J. (2017). *Prospective Payment: The Definitive Guide to Reimbursement*. Hcpro.
- Balanced Scorecard Institute. (2020). *The Balanced Scorecard: Nine Steps to Success*. BSI Press.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bercaw, R. G. (2016). *Lean Leadership for Healthcare*. CRC Press. (Tentang pengukuran kinerja Lean).
- Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012/Reprint 2016). *The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations*. Revista Española de Cardiología.
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2018). *Essentials of Health Care Finance*. Jones & Bartlett Learning. (KPI Keuangan).
- Davenport, T. H., & Harris, J. G. (2017). *Competing on Analytics: The New Science of Winning*. Harvard Business Review Press.
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals*. CRC Press. (Metrik kinerja operasional).
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: FKM UI. (Referensi Wajib KPI SDM).
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996/Reprint 2015). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press. (Buku Induk BSC).
- Kemenkes RI. (2019). *Kamus Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes.

- Kohn, L. T., et al. (2000/Reprint). *To Err Is Human*. National Academies Press. (KPI Keselamatan).
- Langabeer, J. R., & Helton, J. (2016). *Health Care Operations Management: A Systems Perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- Lewis, S. (2016). *Health Care Performance Management*. Springer.
- Mulyadi. (2017). *Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard*. Jakarta: UPP STIM YKPN.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Niven, P. R. (2014/Reprint 2017). *Balanced Scorecard Evolution: A Dynamic Approach to Strategy Execution*. Wiley.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parmenter, D. (2015). *Key Performance Indicators: Developing, Implementing, and Using Winning KPIs*. Wiley. (Panduan praktis KPI).
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006/Reprint 2016). *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press. (Konsep Value-Based Measurement).
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rangkuti, F. (2017). *SWOT Balanced Scorecard*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Ronchetti, C. (2016). *Balanced Scorecard in Healthcare*. Scholars' Press.

- Sabarguna, B. S. (2015). *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Spath, P. (2018). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Health Administration Press.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Trisnantoro, L. (2018). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Wibowo. (2016). *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2016). *Performance Measurement for Health System Improvement*. WHO.
- Zelman, W. N., et al. (2015). *Financial Management of Health Care Organizations*. Jossey-Bass.

**Regulasi:**

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Memuat Indikator Mutu Nasional).
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (Masih menjadi rujukan dasar indikator kinerja BLUD).
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Mengatur remunerasi dan kinerja BLUD).
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (Bab PMKP - Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien).

# BAB XIX

## ETIKA BISNIS DAN DILEMA DALAM EFISIENSI BIAYA



### **A. Pendahuluan**

Rumah sakit adalah institusi yang unik dan paradoksal secara inheren. Di satu sisi, ia adalah lembaga sosial yang didirikan atas dasar belas kasih (*compassion*) untuk menolong sesama yang sedang menderita. Di sisi lain, ia adalah entitas bisnis yang harus dikelola secara profesional agar tetap solven, mampu membayar gaji ribuan karyawan, dan membeli teknologi medis yang mahal. Ketegangan antara misi sosial ("menolong nyawa") dan misi bisnis ("mencari surplus") menciptakan medan ranjau etika yang kompleks. Dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menuntut efisiensi ketat, ketegangan ini semakin meruncing. Manajemen rumah sakit setiap hari dihadapkan pada pilihan-pilihan sulit: apakah kita akan memberikan obat terbaik yang mahal dan merugi, atau obat standar yang murah dan untung? Apakah kita akan menerima pasien miskin yang kuotanya sudah habis, atau menolaknya demi menjaga arus kas?



Gambar 23. Etika Bisnis dan Dilema Efisiensi Biaya

Etika bisnis di rumah sakit berbeda fundamental dengan etika bisnis di perusahaan manufaktur atau retail. Di pabrik sepatu, jika bahan baku kulit mahal, manajer bisa memutuskan untuk menggunakan kulit sintetis tanpa melanggar hak asasi siapa pun, selama konsumen diberitahu. Namun di rumah sakit, keputusan untuk mengganti benang operasi kualitas premium dengan kualitas standar demi penghematan, memiliki implikasi langsung pada risiko infeksi dan keselamatan pasien. Produk rumah sakit adalah nyawa dan kesehatan manusia, yang memiliki nilai intrinsik tak terhingga dan dilindungi oleh hak asasi manusia. Oleh karena itu, prinsip "efisiensi" di rumah sakit tidak boleh diterapkan secara membabi buta tanpa filter etika yang ketat.

Dilema moral seringkali muncul ketika kepentingan pasien berbenturan dengan kepentingan institusi. Dokter sebagai advokat pasien (*patient advocate*) disumpah untuk memberikan yang terbaik bagi pasiennya. Namun, sebagai karyawan rumah sakit, dokter juga dituntut untuk mematuhi *Clinical Pathway* dan formularium obat yang membatasi pilihan terapinya demi kendali biaya. Konflik loyalitas (*dual loyalty*) ini menempatkan dokter dalam posisi terjepit yang menyiksa secara moral (*moral distress*). Jika dokter terlalu boros, rumah sakit bisa bangkrut dan ribuan

karyawan kehilangan pekerjaan. Jika dokter terlalu hemat, pasien mungkin tidak mendapatkan layanan optimal. Mencari titik keseimbangan etis di antara dua jurang ini adalah tantangan kepemimpinan terbesar di abad ke-21.

Konsep *Utilitarianisme* (kebaikan terbesar untuk jumlah orang terbanyak) sering digunakan untuk membenarkan kendali biaya. Logikanya, dengan menghemat biaya pada satu pasien terminal yang harapan hidupnya tipis, rumah sakit bisa menyelamatkan sumber daya untuk mengobati sepuluh pasien lain yang harapan hidupnya tinggi. Ini terdengar rasional dalam teori ekonomi, namun sangat kejam ketika diterapkan pada individu pasien di depan mata. Bagaimana menjelaskan kepada keluarga pasien di ICU bahwa alat bantu napas harus dilepas atau obat mahal tidak diberikan karena "alasan efisiensi alokatif"? Etika utilitarian seringkali berbenturan dengan etika deontologi yang menekankan kewajiban mutlak untuk menolong tanpa memandang hitung-hitungan untung rugi.

Fenomena komersialisasi kesehatan juga menjadi sorotan tajam. Tekanan untuk menghasilkan profit seringkali menggoda rumah sakit untuk melakukan praktik-praktik yang secara legal mungkin "abu-abu" tapi secara etis jelas salah. Contohnya adalah *Cream Skimming*, yaitu perilaku memilih-milih pasien yang menguntungkan (penyakit ringan, biaya murah) dan menolak atau merujuk pasien yang merugikan (penyakit kronis kompleks, biaya mahal). Praktik ini melanggar prinsip keadilan (*justice*) dan merusak integritas profesi. Rumah sakit swasta, khususnya, sering dituduh melakukan ini demi menjaga margin keuntungan investor, melupakan bahwa izin operasional mereka diberikan oleh negara dengan mandat fungsi sosial.

Isu transparansi biaya kepada pasien adalah area etika lainnya. Dalam asimetri informasi yang parah, pasien seringkali tidak tahu apakah pemeriksaan CT-Scan yang disarankan dokter benar-benar perlu atau hanya upaya rumah sakit untuk mengejar target utilisasi alat (*Supplier Induced Demand*). Pasien percaya

penuh pada dokter. Menyalahgunakan kepercayaan ini demi keuntungan finansial adalah pelanggaran etika bisnis terberat. Etika menuntut kejujuran: dokter harus memberitahu pasien jika ada alternatif yang lebih murah dengan efektivitas sama, bukan langsung menyodorkan opsi termahal.

Hubungan dengan industri farmasi dan alat kesehatan juga penuh dengan ranjau gratifikasi. Hadiah, *sponsorship* seminar, atau *fee* resep yang diberikan vendor kepada dokter dapat mendistorsi objektivitas klinis. Dokter mungkin meresepkan obat merek tertentu bukan karena khasiatnya, tapi karena "titipan" sponsor. Ini meningkatkan biaya pelayanan tanpa nilai tambah bagi pasien. Etika bisnis menuntut pemisahan tegas antara keputusan klinis dan insentif pemasaran. Regulasi gratifikasi dan *sponsorship* satu pintu melalui institusi adalah upaya menegakkan pagar etika ini.

Dilema efisiensi SDM juga menyentuh aspek kemanusiaan. Dalam rangka efisiensi (*rightsizing*), rumah sakit mungkin tergoda untuk mengurangi jumlah perawat atau mengganti tenaga tetap dengan tenaga kontrak murah. Secara finansial ini menguntungkan, tapi secara etis ini berisiko menurunkan mutu asuhan dan mengeksploitasi tenaga kerja. Mempekerjakan perawat dengan gaji di bawah UMR dengan dalih "pengabdian" adalah bentuk perbudakan modern yang tidak etis bagi institusi kemanusiaan. Kesejahteraan karyawan adalah bagian dari etika bisnis.

Penggunaan teknologi AI dan algoritma dalam kendali biaya memunculkan isu etika baru. Jika keputusan penjaminan klaim atau persetujuan tindakan dilakukan oleh mesin algoritma hitam-putih tanpa empati, risiko penelantaran pasien meningkat. Siapa yang bertanggung jawab jika AI salah menolak klaim yang berakibat fatal? Etika menuntut agar keputusan akhir yang menyangkut nyawa tetap berada di tangan manusia yang memiliki hati nurani, bukan mesin.

Peran Komite Etik Rumah Sakit (KERS) menjadi sangat vital namun seringkali mandul. KERS seharusnya menjadi "hati nurani" institusi yang berani menegur direksi jika kebijakan efisiensi sudah melanggar batas kemanusiaan. Sayangnya, KERS seringkali hanya menjadi stempel atau pemadam kebakaran saat ada kasus hukum. Penguatan peran KERS yang independen dan berwibawa adalah syarat mutlak untuk menjaga kesehatan moral organisasi.

Konsep *Corporate Social Responsibility* (CSR) di rumah sakit bukan sekadar bagi-bagi sembako, tetapi terintegrasi dalam model bisnis. CSR rumah sakit adalah melayani pasien tidak mampu dengan standar yang sama baiknya dengan pasien VIP. Subsidi silang yang sadar dan terencana adalah wujud etika bisnis yang distributif. Rumah sakit yang membedakan kualitas obat atau keramahan pelayanan berdasarkan kelas bayar sedang melakukan diskriminasi yang tidak etis.

Etika dalam pemasaran rumah sakit juga perlu diatur. Iklan yang menjanjikan "kesembuhan pasti" atau menggunakan testimoni berlebihan adalah penipuan publik. Pemasaran rumah sakit harus bersifat edukatif dan informatif, bukan manipulatif. Menjual harapan palsu kepada orang sakit demi mendatangkan omzet adalah tindakan predatoris.

Tanggung jawab terhadap lingkungan (*Green Hospital*) juga merupakan isu etika bisnis. Rumah sakit adalah penghasil limbah B3 yang besar. Membuang limbah sembarangan demi menghemat biaya pengolahan adalah kejahatan etika lingkungan yang berdampak pada kesehatan masyarakat luas. Efisiensi tidak boleh dicapai dengan cara merusak bumi.

Tekanan pemegang saham (*shareholder*) vs pemangku kepentingan (*stakeholder*). Dalam RS berbentuk PT (Perseroan Terbatas), direksi bertanggung jawab kepada pemegang saham untuk menghasilkan dividen. Namun secara etis, direksi bertanggung jawab kepada seluruh *stakeholder* (pasien, karyawan, masyarakat). Teori *Stakeholder Capitalism* mengajarkan bahwa perusahaan yang melayani kepentingan

semua pihak secara seimbang justru akan lebih profitabel dalam jangka panjang karena memiliki reputasi dan kepercayaan yang kuat.

Akhirnya, pendahuluan ini menegaskan bahwa etika bukanlah pemanis bibir (*lip service*) atau hambatan bisnis. Etika adalah strategi keberlanjutan. Rumah sakit yang tidak etis mungkin untung sesaat, tapi akan kehilangan kepercayaan masyarakat dan hancur. "*Good Ethics is Good Business.*" Efisiensi biaya harus diletakkan dalam kerangka etika kepedulian (*ethics of care*), bukan etika keserakahan.

## **B. Batas Tipis Antara Efisiensi (*Efficiency*) dan Penjatahan (*Rationing*)**

Dalam diskusi kendali biaya, sering terjadi kerancuan antara konsep "efisiensi" dan "penjatahan" (*rationing*). Secara etis, keduanya memiliki implikasi yang sangat berbeda. **Efisiensi** adalah upaya menghilangkan pemborosan (*waste*)—seperti duplikasi tes, obat yang tidak perlu, atau proses yang berbelit—tanpa mengurangi manfaat klinis bagi pasien. Efisiensi adalah kewajiban moral (*moral duty*), karena memboroskan sumber daya langka berarti merampas kesempatan pasien lain untuk berobat. Sebaliknya, **Penjatahan** adalah pembatasan layanan yang sebenarnya bermanfaat dan dibutuhkan pasien, semata-mata karena alasan keterbatasan biaya. Contoh penjatahan adalah tidak memberikan obat kanker terbaru yang bisa memperpanjang hidup karena harganya terlalu mahal bagi plafon anggaran, atau membatasi jumlah operasi katarak per bulan meskipun daftar tunggu masih panjang.

Dilema etis muncul ketika garis batas ini kabur. Apakah memulangkan pasien satu hari lebih cepat itu efisiensi (karena dia sudah stabil) atau penjatahan (karena tempat tidur dibutuhkan pasien lain)? Jika pasien pulang dan kondisinya baik, itu efisiensi. Jika pasien pulang lalu sakit lagi (*readmission*), itu penjatahan yang gagal. Manajemen seringkali menggunakan retorika

"efisiensi" untuk menutupi praktik "penjataan" yang sebenarnya. Secara etis, rumah sakit harus transparan. Jika memang harus melakukan penjataan (misal karena kuota BPJS habis), hal itu harus dikomunikasikan jujur, bukan dengan mencari-cari alasan medis yang dibuat-buat (*medical excuse*).

Penjataan ada dua jenis: *Explicit Rationing* (terbuka) dan *Implicit Rationing* (tersembunyi). Penjataan eksplisit dilakukan melalui kebijakan tertulis, misal: "BPJS tidak menanggung obat X." Ini lebih etis karena transparan dan bisa diperdebatkan di ruang publik. Penjataan implisit jauh lebih berbahaya, terjadi di ruang periksa ketika dokter memutuskan untuk tidak memberitahu pasien tentang opsi terapi mahal karena asumsi pasien tidak mampu bayar atau karena tekanan manajemen ("Bedside Rationing"). Praktik ini melanggar hak otonomi pasien untuk mendapatkan informasi lengkap (*Informed Consent*).

Keadilan (*Equity*) dalam penjataan. Jika penjataan terpaksa dilakukan (misal ventilator ICU terbatas saat pandemi), kriteria apa yang dipakai? Apakah "siapa cepat dia dapat?" Atau "siapa yang bayar tunai didahulukan?" Atau "siapa yang punya prognosis hidup terbaik?" Secara etis, kriteria medis (prognosis) adalah yang paling dapat diterima. Menggunakan kriteria kemampuan bayar untuk akses layanan *life-saving* di rumah sakit publik adalah pelanggaran berat terhadap sila keadilan sosial. TKMKB dan Komite Etik harus memantau agar tidak terjadi diskriminasi akses berbasis uang dalam situasi kelangkaan sumber daya.

Dampak psikologis pada dokter. Memaksa dokter untuk menjadi agen penjataan (*gatekeeper*) menimbulkan *Moral Injury*. Dokter dididik untuk menolong, bukan untuk menghitung uang. Ketika sistem memaksa mereka menolak pasien demi budget, integritas profesi mereka terluka. Manajemen harus melindungi dokter dari beban ini dengan membuat pedoman prioritas yang jelas dan disepakati komite medik, sehingga beban keputusan tidak jatuh pada pundak individu dokter di tengah malam.

Solusi etisnya adalah fokus pada *Value*. Sebelum melakukan penjatahan (memotong layanan), pastikan semua inefisiensi (pemborosan) sudah hilang. Tidak etis menolak pasien miskin dengan alasan "kurang dana," sementara di sisi lain manajemen masih boros listrik, mark-up pengadaan, atau gaji direksi berlebihan. Penjatahan layanan pasien harus menjadi opsi terakhir (*last resort*) setelah semua efisiensi manajemen dilakukan.

### **C. Konflik Kepentingan (*Conflict of Interest*) dalam Pelayanan Medis**

Konflik kepentingan terjadi ketika pertimbangan profesional seorang dokter mengenai kesejahteraan pasien dipengaruhi oleh kepentingan sekunder, biasanya berupa keuntungan finansial pribadi atau tekanan institusional. Dalam era JKN dan kapitalisme medis, COI adalah "hantu" yang merusak kepercayaan publik. Bentuk paling umum adalah hubungan dokter dengan industri farmasi. Dokter yang menerima honor bicara, biaya perjalanan, atau hadiah dari perusahaan obat cenderung meresepkan produk perusahaan tersebut, meskipun ada generik yang lebih murah. Ini meningkatkan biaya pengobatan tanpa dasar medis yang kuat.

Bentuk lain COI adalah kepemilikan saham dokter di fasilitas penunjang (misal: dokter punya saham di apotek atau lab luar). Ada insentif finansial bagi dokter untuk merujuk pasien ke fasilitas miliknya (*self-referral*), yang memicu pemeriksaan berlebihan (*over-investigation*). Dalam sistem *fee-for-service*, COI memicu *over-treatment*. Sebaliknya, dalam sistem paket/kapitasi, COI bisa memicu *under-treatment*. Jika dokter dibayar flat per pasien (kapitasi), ada insentif finansial untuk melayani sesedikit mungkin agar sisa uangnya banyak. Keduanya sama-sama tidak etis.

Manajemen COI melalui **Deklarasi dan Transparansi**. Rumah sakit harus mewajibkan seluruh staf medis dan manajemen untuk mendeklarasikan potensi konflik kepentingan

mereka secara berkala. "Apakah Anda menjadi konsultan di perusahaan alat medis X?" Jika ya, maka dokter tersebut tidak boleh terlibat dalam panitia pengadaan alat medis jenis itu (recusal). Transparansi tidak menghilangkan konflik, tapi mengelolanya agar tidak bias keputusan.

Regulasi *Sponsorship* Satu Pintu. Untuk mencegah gratifikasi langsung ke dokter, Permenkes dan KPK mengatur bahwa segala bentuk *sponsorship* (biaya seminar/pelatihan) dari industri harus disalurkan melalui institusi rumah sakit, bukan langsung ke rekening pribadi dokter. Rumah sakit yang kemudian menugaskan dokter mana yang berangkat berdasarkan kebutuhan kompetensi, bukan berdasarkan "siapa yang paling banyak meresepkan." Kebijakan Satu Pintu ini melindungi dokter dari jeratan hukum gratifikasi dan menjaga independensi peresepan.

Sistem Remunerasi yang Netral Etika. Desain insentif (Jasa Medis) tidak boleh mendorong perilaku tidak etis. Jangan memberikan bonus berdasarkan "jumlah resep obat mahal" atau "jumlah pasien yang dirujuk ke lab." Berikan bonus berdasarkan indikator mutu, kepuasan pasien, dan efisiensi. Jika insentif diselaraskan dengan tujuan pasien (kesembuhan), maka konflik kepentingan bisa diminimalkan.

Peran Industri Farmasi yang Etis. Industri juga harus mematuhi kode etik pemasaran (*Code of Marketing Practice*). Mereka dilarang memberikan hadiah barang mewah atau hiburan kepada dokter. Interaksi harus fokus pada edukasi ilmiah. Rumah sakit harus tegas menolak *Medical Representative* (Medrep) yang bergerilya di ruang praktik menawarkan komisi. Interaksi Medrep dibatasi hanya di ruang farmasi atau presentasi terjadwal.

Edukasi Pasien tentang COI. Di beberapa negara maju, ada gerakan "Sunshine Act" di mana data pembayaran industri ke dokter dibuka ke publik. Pasien bisa cek apakah dokternya menerima uang dari pabrik obat. Di Indonesia, transparansi ini belum sampai tahap itu, namun pasien berhak bertanya: "Dok,

kenapa saya diresepkan obat merk ini? Apakah tidak ada generiknya?" Dokter wajib menjawab jujur.

Sanksi bagi Pelanggaran. Pelanggaran etika COI seringkali dianggap remeh ("lumrah"). Komite Etik dan Hukum harus tegas. Dokter yang terbukti menerima *kickback* dari vendor harus diberi sanksi disiplin hingga pemutusan kontrak. Toleransi terhadap gratifikasi adalah awal dari korupsi sistemik yang merugikan pasien.

#### **D. *Cream Skimming* dan Keadilan Akses Pelayanan (*Equity*)**

*Cream Skimming* (menggambil krim/sari pati yang enak saja) adalah praktik diskriminatif di mana rumah sakit atau dokter secara selektif memilih merawat pasien yang menguntungkan secara finansial dan menghindari pasien yang berisiko tinggi atau merugikan. Dalam sistem INA-CBGs, pasien dengan penyakit ringan (Level 1) seringkali lebih menguntungkan (surplus) dibanding pasien komplikasi berat (Level 3) yang biayanya sering melampaui tarif. Akibatnya, RS swasta cenderung berlomba-lomba menerima pasien operasi katarak atau persalinan normal, tapi "kamar penuh" saat ada rujukan pasien stroke dengan gagal napas atau sepsis.

Praktik ini melanggar prinsip keadilan distributif (*Distributive Justice*) dan sila kemanusiaan. Pasien yang paling sakit dan paling butuh pertolongan justru yang paling sulit dapat akses. Rumah sakit pemerintah (RSUD) akhirnya menjadi "keranjang sampah" yang menampung semua kasus berat buangan RS swasta, yang membuat keuangan RSUD semakin berdarah-darah. Ini menciptakan ketidakadilan sistemik.

Modus *Patient Dumping*. Pasien masuk IGD RS Swasta, distabilisasi sedikit, lalu dirujuk ke RS Pemerintah dengan alasan "kamar penuh" atau "alat tidak lengkap," padahal alasan sebenarnya adalah pasien tersebut diprediksi akan menghabiskan biaya besar melebihi plafon. Etika transfer pasien

(*EMTALA* di AS, atau UU RS di Indonesia) mewajibkan RS menstabilkan pasien secara tuntas sebelum dirujuk, dan rujukan harus berdasarkan kebutuhan medis pasien, bukan kebutuhan finansial RS.

Diskriminasi Kelas Rawat. Fenomena di mana pasien umum/asuransi swasta bisa langsung dapat kamar VIP, sedangkan pasien BPJS harus antre di IGD berhari-hari menunggu kamar kelas 1/2/3. Padahal secara medis kegawatannya sama. Mengalokasikan sumber daya berdasarkan jenis pembayaran (*wallet biopsy*) adalah pelanggaran etika medis yang memandang semua nyawa setara. Manajemen kamar (*Bed Management*) harus transparan dan berbasis antrean medis (*medical priority*), bukan prioritas bayar.

Tanggung Jawab Sosial Korporat (CSR) yang Sejati. Mengatasi *Cream Skimming* bukan hanya soal regulasi, tapi soal moralitas korporasi. Rumah sakit swasta yang bermartabat akan mengalokasikan "kuota subsidi" dari keuntungan pasien kaya untuk menutupi kerugian pasien miskin/berat. Ini adalah konsep subsidi silang internal. Menerima pasien rugi adalah "zakat/sedekah" perusahaan untuk membersihkan harta.

Peran Regulator (Dinkes/BPJS). Regulator harus memiliki data profil kasus tiap RS. Jika RS A hanya menangani kasus ringan padahal tipenya B (punya spesialis lengkap), regulator harus menegur atau menurunkan kelas RS tersebut. Sistem insentif tarif juga perlu diperbaiki: tarif untuk kasus-kasus katastrofik berat harus dinaikkan agar RS tidak enggan merawatnya (*risk adjustment*).

Keadilan Geografis. *Cream skimming* juga terjadi antar wilayah. Dokter menumpuk di kota besar yang pasarnya "basah," daerah terpencil kosong. Rumah sakit memiliki kewajiban moral untuk mendukung pemerataan, misalnya dengan mengirim dokter spesialisnya ke RS satelit di daerah perifer secara berkala (*sister hospital*).

Akses bagi Kelompok Rentan. Disabilitas, lansia terlantar, dan pasien gangguan jiwa seringkali menjadi korban diskriminasi akses karena dianggap "merepotkan" dan tidak profitabel. Etika bisnis RS harus inklusif. Menyediakan jalur khusus atau fasilitas ramah disabilitas bukan beban biaya, tapi investasi pada martabat manusia.

Kesimpulannya, rumah sakit tidak boleh menjadi "Toko Kelontong" yang hanya menjual barang laku. Ia adalah institusi publik. Profitabilitas harus dicapai melalui efisiensi proses, bukan melalui seleksi pasien yang diskriminatif.

### **E. Transparansi Biaya dan *Informed Financial Consent***

Salah satu keluhan utama pasien adalah "kejutan tagihan" (*surprise billing*). Pasien masuk RS dengan perkiraan biaya 10 juta, saat pulang tagihan bengkak jadi 50 juta karena ada biaya-biaya tersembunyi yang tidak dijelaskan di awal. Atau pasien BPJS yang tiba-tiba disodori tagihan "iur biaya" (*cost sharing*) untuk obat atau alat yang katanya tidak ditanggung penuh. Ketidakhadiran transparansi ini adalah bentuk ketidakjujuran bisnis.

Konsep *Informed Financial Consent*. Sama seperti *Informed Consent* medis (penjelasan risiko medis), pasien juga berhak mendapatkan penjelasan risiko finansial sebelum tindakan dilakukan. Rumah sakit wajib memberikan estimasi biaya tertulis yang merinci komponen biaya (jasa dokter, obat, kamar, dll) dan kemungkinan biaya tambahan jika terjadi komplikasi. Pasien harus tanda tangan persetujuan biaya ini dalam keadaan sadar (bukan saat kesakitan di meja operasi).

Isu *Balance Billing* pada pasien JKN. Sesuai aturan, RS tidak boleh menarik biaya tambahan pada pasien JKN yang dirawat sesuai hak kelasnya. Namun di lapangan, sering terjadi RS meminta pasien membeli obat sendiri di luar apotek RS karena "stok kosong" (padahal RS wajib menyediakan), atau meminta bayaran untuk upgrade lensa mata atau pen bedah tulang. Praktik ini mengeksploitasi ketidaktahuan pasien. Manajemen harus

melarang keras praktik ini. Jika obat kosong, RS yang harus beli keluar, bukan pasien.

Transparansi Harga (*Price Transparency*). Rumah sakit harus memajang daftar tarif layanan secara terbuka (di website atau banner di lobi). Pasien berhak membandingkan harga. Jangan menyembunyikan harga seolah-olah rahasia negara. Transparansi harga mendorong kompetisi sehat dan memaksa RS untuk menetapkan harga yang wajar dan kompetitif.

Konseling Keuangan (*Financial Counseling*). RS sebaiknya memiliki petugas konselor keuangan yang mendampingi pasien. Jika pasien tidak mampu bayar, konselor membantu mencari solusi (misal: mengurus JKN PBI, Jampersal, atau donasi), bukan mengusir pasien. Pendekatan empatik pada masalah keuangan pasien membangun loyalitas jangka panjang.

Etika Penagihan (*Billing Ethics*). Saat menagih piutang pada pasien yang menunggak, RS harus menggunakan cara-cara yang bermartabat. Menggunakan *debt collector* kasar atau menahan jenazah/bayi sebagai jaminan pelunasan utang adalah tindakan biadab yang melanggar hukum dan etika. Kasus penahanan jenazah selalu menjadi bumerang PR (*Public Relations*) yang menghancurkan reputasi RS. Solusi piutang macet harus melalui jalur hukum perdata atau penghapusan utang (*write-off*) sebagai dana sosial, bukan penyanderaan fisik.

Itemisasi Tagihan. Tagihan akhir harus rinci. Pasien berhak tahu setiap butir obat yang ia bayar. Tagihan gelondongan ("Paket Obat: 5 Juta") tanpa rincian memicu kecurigaan *mark-up*. Kejujuran dalam rincian tagihan adalah bukti akuntabilitas.

Audit Tagihan. Sering terjadi *human error* (salah input) dalam tagihan yang merugikan pasien (misal: obat yang tidak dipakai tapi masuk tagihan). RS harus punya mekanisme komplain tagihan yang mudah. Jika pasien menemukan kesalahan, RS harus cepat mengoreksi dan minta maaf, bukan defensif.

Kesimpulannya, transparansi keuangan adalah bagian dari rasa hormat kepada pasien. Pasien yang sakit sudah menderita secara fisik, jangan ditambah penderitaannya dengan ketidakpastian dan ketidakjujuran finansial. Bisnis yang jujur akan langgeng.

## **F. Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan (*Sustainability*)**

Rumah sakit bukan entitas yang terisolasi dari lingkungan sosial dan ekologisnya. Etika bisnis modern menuntut *Triple Bottom Line: Profit* (Ekonomi), *People* (Sosial), dan *Planet* (Lingkungan). Efisiensi biaya tidak boleh dicapai dengan cara membuang limbah B3 ke sungai (biaya murah tapi merusak planet) atau menggaji karyawan *outsourcing* di bawah standar layak (biaya murah tapi menyengsarakan *people*).

Etika Lingkungan (*Green Hospital*). Rumah sakit adalah konsumen energi yang rakus (listrik AC, alat medis 24 jam) dan penghasil sampah yang masif (plastik, infeksius). Gerakan *Green Hospital* bukan hanya tren, tapi kewajiban etis. Menggunakan lampu LED hemat energi, panel surya, daur ulang air limbah, dan mengurangi plastik sekali pakai adalah cara menekan biaya operasional sekaligus menjaga bumi. Investasi pada teknologi hijau mungkin mahal di awal, tapi murah dalam jangka panjang (*Lifecycle Cost*).

Pengelolaan Limbah Medis yang Bertanggung Jawab. Skandal pembuangan limbah medis sembarangan sering terjadi demi hemat biaya angkut vendor. Ini tindakan kriminal dan tidak etis. Manajemen harus memastikan vendor limbah memiliki izin valid dan memantau manifest pembuangan sampai ke insinerator akhir. RS bertanggung jawab atas limbahnya sampai musnah (*Cradle to Grave*).

Tanggung Jawab terhadap Karyawan (*Internal CSR*). Sebelum berbuat baik ke orang luar, berbuat baiklah dulu ke karyawan sendiri. Menjamin K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja),

memberikan asuransi kesehatan yang baik, dan upah lembur yang adil adalah kewajiban etis. Karyawan yang sejahtera akan melayani pasien dengan hati. Eksploitasi tenaga magang atau relawan untuk menggantikan tenaga kerja berbayar adalah praktik yang harus dihindari.

Keterlibatan Komunitas (*Community Engagement*). RS harus menjadi tetangga yang baik. Program CSR seperti pengobatan gratis, sunatan massal, atau edukasi kesehatan ke sekolah sekitar membangun *social license to operate*. Masyarakat sekitar akan menjaga RS jika mereka merasa RS memberikan manfaat bagi mereka.

Etika dalam Krisis Bencana. Saat terjadi bencana alam atau pandemi, RS dituntut untuk mengedepankan fungsi sosial di atas hitungan bisnis. Membuka posko darurat, menerima korban tanpa tanya uang muka, dan berkolaborasi dengan pemerintah adalah panggilan moral. Sejarah mencatat RS yang heroik saat bencana akan dikenang dan dicintai masyarakat selamanya.

Keberlanjutan Bisnis (*Sustainability*). Etika bisnis tertinggi adalah menjaga agar RS tidak bangkrut. Jika RS bangkrut karena manajemen yang boros atau korup, maka pasien terlantar dan karyawan menganggur. Oleh karena itu, melakukan efisiensi (KMKB) dengan cara yang benar dan etis adalah bentuk tanggung jawab sosial itu sendiri. Efisiensi untuk keberlanjutan (*Efficiency for Sustainability*).

Kepemimpinan yang Berkelanjutan. Pemimpin RS harus mewariskan sistem dan budaya etis yang kuat, bukan mewariskan masalah atau utang. Pemimpin yang hanya mengejar target jangka pendek dengan mengorbankan aset jangka panjang (misal: tidak melakukan *maintenance* alat demi hemat biaya tahun ini) adalah pemimpin yang tidak etis.

Kesimpulannya, etika bisnis di rumah sakit adalah tentang menjaga martabat. Martabat pasien, martabat profesi, dan martabat institusi. Efisiensi tanpa etika adalah kekejaman; etika

tanpa efisiensi adalah angan-angan. Keduanya harus berjalan beriringan.

## **G. Referensi Bab 19**

### **Daftar Pustaka (Buku)**

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th Edition). Oxford University Press. (Kitab suci bioetika).
- Bertens, K. (2015). *Pengantar Etika Bisnis*. Yogyakarta: Kanisius.
- Bosek, M. S. D., & Savage, T. A. (2007/Reprint 2016). *The Ethical Component of Nursing Education*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Danis, M., et al. (2016). *Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside*. Oxford University Press.
- Dunn, P. M. (2016). *Ethics in Health Administration: A Practical Approach for Decision Makers*. Jones & Bartlett Learning.
- Edge, R. S., & Groves, J. R. (2018). *Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice*. Cengage Learning.
- Frakt, A. (2019). *The Ethics of Cost Control in Healthcare*. JAMA.
- Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. University of California Press.
- Hall, M. A. (2015). *Making Medical Spending Decisions: The Law, Ethics, and Economics of Rationing Mechanisms*. Oxford University Press.
- Hanafiah, J., & Amir, A. (2017). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan*. Depok: FKM UI. (Membahas aspek equity).
- Jonsen, A. R., et al. (2015). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. McGraw-Hill Education.

- Keraf, A. S. (2015). *Etika Bisnis: Tuntutan dan Relevansinya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Komalawati, V. (2018). *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Mappaware, N. A. (2017). *Bioetika, Humaniora dan Profesionalisme dalam Pelayanan Kesehatan*. Makassar: UIN Alauddin Press.
- Morrison, E. E., & Furlong, E. (2018). *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century*. Jones & Bartlett Learning.
- Nelson, W. A. (2017). *Managing Healthcare Ethically: An Executive's Guide*. Health Administration Press.
- Notoatmodjo, S. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (2016). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.
- Perry, F. (2016). *The Tracks We Leave: Ethics and Management Issues in Healthcare*. Health Administration Press.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Pozgar, G. D. (2019). *Legal and Ethical Issues for Health Professionals*. Jones & Bartlett Learning.
- Priharjo, R. (2016). *Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rachels, J., & Rachels, S. (2019). *The Elements of Moral Philosophy*. McGraw-Hill.
- Rhodes, R., et al. (2016). *The Blackwell Guide to Medical Ethics*. Wiley-Blackwell.
- Roberts, L. W. (2017). *The Book of Ethics: Expert Guidance for Professionals Who Treat Addiction*. Hazelden Publishing.

- Sampurna, B., et al. (2017). *Bioetik dan Hukum Kedokteran*. Jakarta: Pustaka Dwipar.
- Sandel, M. J. (2012/Reprint). *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*. Farrar, Straus and Giroux. (Filosofi tentang komersialisasi).
- Singer, P. A., & Viens, A. M. (2016). *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge University Press.
- Soeparto, P. (2018). *Etika dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sulmasy, D. P. (2016). *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Georgetown University Press.
- Sutarno. (2016). *Hukum Kesehatan dan Tanggung Jawab Medis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Tamtomo, D. (2016). *Etika dan Hukum Kedokteran di Era JKN*. Solo: UNS Press.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. (Membahas keadilan sosial).
- Triwibowo, C. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Velasquez, M. G. (2017). *Business Ethics: Concepts and Cases*. Pearson.
- Williams, J. R. (2015). *Medical Ethics Manual*. World Medical Association.

### **Regulasi & Kode Etik:**

Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI).

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI).

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Hak Pasien).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Prinsip Keadilan).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang  
Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.

# BAB XX

## MASA DEPAN RUMAH SAKIT: *ALUE-BASED HEALTHCARE*



### A. Pendahuluan

Kita telah tiba di penghujung perjalanan panjang membedakan anatomi kendali mutu dan kendali biaya. Dari pembahasan teknis akuntansi biaya hingga dinamika etika, benang merah yang terjalin mengarah pada satu muara: transformasi paradigma pelayanan kesehatan global. Model pelayanan kesehatan tradisional yang berbasis volume (*volume-based*), di mana penyedia layanan dibayar berdasarkan seberapa banyak tindakan yang dilakukan (*fee-for-service*), kini terbukti tidak berkelanjutan (*unsustainable*) secara ekonomi dan seringkali gagal meningkatkan kesehatan populasi secara signifikan. Inflasi biaya medis yang terus melampaui pertumbuhan ekonomi, ditambah dengan beban penyakit kronis yang menua, memaksa seluruh sistem kesehatan dunia—termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia—untuk mencari model baru. Jawabannya terletak pada konsep **Value-Based Healthcare (VBHC)** atau Pelayanan Kesehatan Berbasis Nilai.



Gambar 23. Masa Depan RS: Value-Based Healthcare

Konsep VBHC yang dipopulerkan oleh Michael Porter dan Elizabeth Teisberg mendefinisikan "Nilai" (*Value*) dalam persamaan sederhana namun revolusioner: **Nilai = Hasil Kesehatan yang Dicapai Pasien (*Health Outcomes*) dibagi dengan Biaya yang Dikeluarkan (*Cost*)**. Dalam paradigma ini, tujuan akhir rumah sakit bukan lagi sekadar menyembuhkan pasien dengan biaya berapa pun, atau menekan biaya serendah mungkin tanpa peduli hasil, melainkan mencapai hasil kesehatan terbaik per satuan biaya yang dikeluarkan. Pergeseran dari "Volume" ke "Nilai" ini mengubah segalanya: strategi, struktur organisasi, sistem pembayaran, hingga budaya kerja. Rumah sakit masa depan tidak akan berlomba menjadi yang terbesar atau terbanyak pasiennya, melainkan menjadi yang memberikan nilai tertinggi bagi pasien.

Di masa depan, rumah sakit tidak lagi menjadi "bengkel reparasi tubuh" yang pasif menunggu orang sakit datang. Rumah sakit akan bertransformasi menjadi "partner kesehatan" yang proaktif menjaga populasi tetap sehat. Dinding-dinding rumah sakit akan menjadi transparan (*Hospital Without Walls*). Berkat teknologi digital, *Internet of Things* (IoT), dan *wearable devices*, pemantauan pasien akan bergeser dari ruang rawat inap ke

rumah pasien (*Home Care*). Rumah sakit fisik (*brick and mortar*) akan difokuskan hanya untuk penanganan kasus akut kompleks, trauma, dan tindakan intervensi tinggi, sementara perawatan kronis dan pemulihan dilakukan di komunitas yang lebih efisien biaya.

Revolusi Industri 4.0 dan 5.0 akan menjadi *enabler* utama VBHC. Kecerdasan Buatan (*Artificial Intelligence - AI*) dan *Big Data Analytics* akan memampukan dokter untuk melakukan *Precision Medicine*—pengobatan yang dipersonalisasi sesuai profil genetik dan gaya hidup pasien—sehingga menghilangkan pemborosan akibat terapi *trial-and-error*. Robotika akan meningkatkan presisi pembedahan, mengurangi trauma jaringan, dan mempercepat masa pemulihan (*Length of Stay*), yang secara langsung meningkatkan pembilang (*Outcome*) dan menurunkan penyebut (*Cost*) dalam persamaan nilai Porter.

Namun, teknologi hanyalah alat. Jiwa dari VBHC adalah ***Patient-Centricity*** yang radikal. Pasien tidak lagi dipandang sebagai objek pasif, tetapi sebagai *co-producer* kesehatan. Pengukuran keberhasilan pelayanan tidak lagi hanya berdasarkan indikator klinis laboratorium (misal: HbA1c turun), tetapi juga berdasarkan apa yang dirasakan pasien (*Patient-Reported Outcome Measures - PROMs*). Apakah pasien bisa kembali bekerja? Apakah nyeri berkurang? Apakah kualitas hidup membaik? Rumah sakit masa depan akan dinilai dan dibayar berdasarkan indikator-indikator humanis ini.

Sistem pembayaran juga akan berevolusi. Model INA-CBGs (paket per diagnosis) saat ini adalah langkah transisi yang baik dari *fee-for-service*. Namun di masa depan, model pembayaran akan bergerak menuju *Bundled Payments for Care Cycles* (pembayaran paket untuk satu siklus perawatan penuh, misal: perawatan diabetes setahun) atau *Capitation with Performance*. Pembayar (BPJS/Asuransi) akan memberikan insentif bonus bagi rumah sakit yang berhasil menjaga pasiennya tetap sehat dan jarang dirawat ulang (*readmission*). Ini membalikkan insentif

ekonomi: rumah sakit untung jika pasien sehat, bukan jika pasien sakit berulang-ulang.

Struktur organisasi rumah sakit akan berubah dari departemen fungsional (Penyakit Dalam, Bedah, Radiologi) menjadi ***Integrated Practice Units (IPUs)*** yang berpusat pada kondisi medis pasien. Contohnya, "Pusat Pelayanan Tulang Belakang" yang di dalamnya berkumpul dokter ortopedi, saraf, rehab medik, perawat, dan psikolog bekerja sebagai satu tim terpadu. IPU menghilangkan *silo* dan fragmentasi pelayanan yang selama ini menjadi sumber inefisiensi dan kesalahan medis. Pasien tidak perlu lagi dilempar dari satu poli ke poli lain; tim-lah yang mengelilingi pasien.

Tantangan keberlanjutan (*Sustainability*) juga mencakup aspek lingkungan. Rumah sakit masa depan adalah **Green Hospital**. Kesadaran bahwa perubahan iklim berdampak pada kesehatan masyarakat akan mendorong rumah sakit untuk mengurangi jejak karbon (*carbon footprint*), mengelola limbah dengan teknologi ramah lingkungan, dan menggunakan energi terbarukan. Efisiensi energi bukan lagi sekadar penghematan biaya listrik, tapi tanggung jawab moral terhadap planet bumi.

Kompetensi SDM kesehatan akan mengalami redefinisi. Dokter masa depan tidak hanya dituntut jago mendiagnosis, tetapi juga harus memiliki literasi data, empati tinggi, dan kemampuan kolaborasi tim. Peran perawat dan tenaga kesehatan lain akan semakin sentral sebagai manajer kasus (*Case Manager*) yang menavigasi perjalanan pasien. Pendidikan kedokteran dan kesehatan harus beradaptasi kurikulumnya untuk mencetak profesional yang siap bekerja dalam ekosistem VBHC.

Persaingan antar rumah sakit akan bergeser dari "Perang Tarif" atau "Perang Fasilitas Mewah" menjadi "Kompetisi Berdasarkan Hasil" (*Competition on Results*). Transparansi data mutu akan menjadi norma. Pasien dapat mengakses data *outcome* klinis setiap rumah sakit melalui aplikasi publik sebelum memutuskan berobat. Rumah sakit dengan *outcome*

buruk akan ditinggalkan pasar, memaksanya untuk berbenah atau tutup. Darwinisme mutu ini akan memacu peningkatan standar pelayanan secara nasional.

Peran kepemimpinan akan semakin kompleks. CEO rumah sakit masa depan haruslah seorang visioner yang mampu mengorkestrasi transformasi digital, budaya mutu, dan model bisnis baru sekaligus. Mereka harus mampu menavigasi ketidakpastian regulasi dan disrupsi teknologi dengan ketangkasan (*agility*).

Kolaborasi lintas sektor menjadi kunci. Kesehatan tidak bisa diselesaikan oleh Kementerian Kesehatan atau rumah sakit saja. Determinan sosial kesehatan (perumahan, nutrisi, pendidikan) mempengaruhi *outcome*. Rumah sakit masa depan akan aktif berkolaborasi dengan pemerintah daerah, komunitas, dan sektor swasta lain untuk menangani akar masalah kesehatan di hulu (*Upstream Approach*).

Isu etika dan privasi data akan semakin menonjol. Dengan melimpahnya data genomik dan rekam medis digital, perlindungan privasi pasien menjadi tantangan berat. Etika penggunaan AI dalam keputusan hidup-mati pasien juga akan menjadi perdebatan filosofis yang harus dijawab. Rumah sakit harus memiliki tata kelola etika data yang kokoh.

Akhirnya, Bab Pendahuluan ini menegaskan bahwa *Value-Based Healthcare* bukanlah utopia. Ini adalah keniscayaan sejarah. Transisi ini mungkin menyakitkan dan memakan waktu, tetapi tujuannya mulia: menciptakan sistem kesehatan yang memberikan hasil terbaik bagi setiap pasien dengan biaya yang mampu ditanggung oleh masyarakat. Kendali mutu dan kendali biaya yang telah kita bahas di 19 bab sebelumnya adalah batu bata yang menyusun bangunan megah VBHC ini.

## **B. Konsep dan Filosofi *Value-Based Healthcare* (VBHC)**

Konsep *Value-Based Healthcare* (VBHC) menawarkan kerangka kerja strategis untuk memperbaiki sistem pelayanan

kesehatan secara fundamental. Filosofi intinya adalah restrukturisasi sistem pelayanan kesehatan dengan tujuan utama menciptakan "nilai" bagi pasien. Dalam persamaan Porter, **Value = Outcomes / Cost**. "*Outcomes*" adalah hasil kesehatan yang relevan bagi pasien (bukan sekadar hasil lab), dan "*Cost*" adalah total biaya siklus perawatan penuh (*full cycle cost*) untuk mencapai hasil tersebut, bukan sekadar tarif tindakan individu. Jika rumah sakit berhasil meningkatkan kesembuhan pasien diabetes (Outcome naik) dengan menggunakan metode telemonitoring yang lebih murah daripada rawat inap (Cost turun), maka Nilai (Value) meningkat drastis.

VBHC menuntut pergeseran dari organisasi berbasis *supply* (apa yang dokter bisa lakukan) ke organisasi berbasis *demand* (apa yang pasien butuhkan). Salah satu pilar utamanya adalah pembentukan **Integrated Practice Units (IPUs)**. Dalam model tradisional, rumah sakit diorganisir berdasarkan spesialisasi dokter (Silo Departemen). Pasien sakit kepala harus ke Poli Saraf, lalu dirujuk ke Poli Mata, lalu ke Poli THT, lalu ke Radiologi. Ini tidak efisien dan membingungkan pasien. Dalam model IPU, pelayanan diorganisir seputar kondisi medis pasien, misal "Unit Sakit Kepala." Di unit ini, dokter saraf, mata, THT, dan radiolog bekerja bersama dalam satu lokasi fisik atau virtual. Tim ini bertanggung jawab penuh atas hasil kesehatan pasien sakit kepala tersebut dari awal sampai tuntas.

Pilar kedua adalah pengukuran *Outcome* dan *Cost* pada tingkat individu pasien. Saat ini, kebanyakan RS hanya mengukur proses (kepatuhan SOP) dan biaya agregat departemen. VBHC menuntut pengukuran hasil akhir: berapa lama pasien sakit punggung bisa kembali bekerja? Berapa persen pasien depresi yang pulih fungsi sosialnya? Biaya juga dihitung per pasien sepanjang siklus perawatan (*Time-Driven Activity Based Costing*). Tanpa data *outcome* dan biaya riil per pasien, kita tidak bisa menghitung nilai.

Pilar ketiga adalah sistem pembayaran *Bundled Payment*. Pembayaran bukan per kunjungan (*visit*) atau per tindakan (*procedure*), tapi per episode perawatan. Misalnya, paket "Operasi Lutut" mencakup pra-operasi, operasi, rawat inap, dan rehabilitasi fisioterapi selama 3 bulan pasca operasi. Jika terjadi infeksi atau komplikasi dalam periode itu, biaya penanganannya menjadi tanggungan rumah sakit. Model ini memaksa rumah sakit untuk melakukan pekerjaan dengan sempurna sejak awal (*do it right the first time*) dan berkoordinasi erat dengan unit rehabilitasi, karena komplikasi akan memakan margin keuntungan paket.

Pilar keempat adalah integrasi sistem penyampaian layanan (*System Integration*). Rumah sakit tidak berdiri sendiri, tapi menjadi hub dari jaringan klinik satelit, *home care*, dan fasilitas rehabilitasi. VBHC mendorong pelayanan dilakukan di tempat yang paling *cost-effective*. Jika pasien bisa dirawat di rumah dengan kualitas sama, jangan dirawat di RS. Rumah sakit pusat berfungsi mengelola kasus kompleks dan mendistribusikan kasus ringan ke jejaringnya.

Pilar kelima adalah perluasan jangkauan geografis (*Geographic Expansion*) dari model unggulan (*Center of Excellence*). Jika sebuah RS memiliki IPU Jantung yang sangat sukses memberikan nilai tinggi, model tersebut harus diduplikasi ke cabang lain atau melayani pasien dari wilayah luas melalui telemedisin. Tujuannya agar lebih banyak pasien mendapatkan akses ke pelayanan bernilai tinggi tersebut.

Pilar keenam adalah Teknologi Informasi sebagai *Enabler*. Platform IT harus mampu mengintegrasikan data klinis, biaya, dan hasil pasien secara longitudinal. Data harus bisa dipertukarkan antar faskes (*interoperability*) agar duplikasi pemeriksaan bisa dihindari. Platform IT VBHC bukan sekadar pencatat tagihan, tapi alat analisis nilai.

Implementasi VBHC mengubah budaya kompetisi. Rumah sakit tidak lagi bersaing merebut dokter bintang atau membeli alat tercanggih hanya untuk *marketing*, tetapi bersaing dalam

memberikan bukti hasil klinis terbaik. "Kami adalah RS dengan angka kesembuhan kanker payudara tertinggi dan biaya terendah." Ini adalah kompetisi yang sehat yang menguntungkan pasien dan pembayar (BPJS).

Tantangan VBHC di Indonesia adalah sistem data yang belum terintegrasi dan sistem pembayaran INA-CBGs yang masih berbasis episode rawat inap (belum *full cycle*). Namun, arah kebijakan Kemenkes transformasi sistem kesehatan sudah menuju ke sana. Rumah sakit yang mulai mengadopsi prinsip IPU dan pengukuran *outcome* klinis sekarang akan menjadi pemimpin pasar di masa depan.

VBHC juga menekankan pencegahan. Nilai tertinggi adalah "tidak sakit." Rumah sakit VBHC proaktif mengelola populasi sehat agar tidak jatuh sakit. Investasi pada edukasi diabetes dan skrining dini dianggap sebagai strategi meningkatkan nilai, karena mencegah biaya gagal ginjal yang mahal di masa depan.

Kesimpulannya, VBHC mengembalikan fokus pelayanan kesehatan ke tujuan aslinya: Pasien. Efisiensi biaya bukan tujuan akhir, melainkan konsekuensi logis dari pelayanan yang benar, terintegrasi, dan berorientasi hasil.

### **C. Transformasi Digital dan *Smart Hospital* 5.0**

Masa depan rumah sakit tidak terpisahkan dari teknologi. Konsep *Smart Hospital* 5.0 melampaui sekadar digitalisasi administrasi (paperless), menuju digitalisasi kecerdasan klinis dan operasional yang terhubung sepenuhnya. Di pusat transformasi ini adalah ***Internet of Medical Things (IoMT)***. Alat-alat medis, tempat tidur pasien, pompa infus, hingga *wearable device* pasien semuanya terhubung ke internet dan saling berkomunikasi. Data tanda vital pasien (tensi, nadi, saturasi) dikirim otomatis dari *smart bed* ke *central monitor* dan rekam medis elektronik, menghilangkan beban perawat mencatat manual dan mendeteksi perburukan kondisi secara *real-time*.



Gambar 24. Transformasi Digital dan Smart Hospital

**Kecerdasan Buatan (Artificial Intelligence - AI)** akan menjadi "stetoskop baru" bagi dokter. Algoritma *Deep Learning* mampu menganalisis citra radiologi (CT-Scan, MRI, X-Ray) untuk mendeteksi kanker, stroke, atau patah tulang dengan kecepatan dan akurasi yang melampaui mata manusia. AI tidak menggantikan dokter, tetapi dokter yang menggunakan AI akan menggantikan dokter yang tidak menggunakannya. Dalam manajemen, AI digunakan untuk prediksi *bed occupancy*, prediksi kebutuhan obat, dan optimasi jadwal operasi, menjadikan rumah sakit sangat efisien dalam alokasi sumber daya.

**Robotic Process Automation (RPA)** dan Robotik Fisik. Di sisi administrasi, *bot* RPA mengambil alih tugas repetitif seperti klaim asuransi, pendaftaran, dan penjadwalan, membebaskan staf manusia untuk fokus pada pelayanan pelanggan. Di sisi klinis, robot bedah (*Robotic Surgery*) memungkinkan operasi minimal invasif dengan presisi mikron, mengurangi perdarahan dan mempercepat penyembuhan. Robot logistik (*AGV - Automated Guided Vehicles*) mengantar obat, makanan, dan linen ke bangsal secara mandiri, mengurangi lalu lintas manusia dan risiko infeksi.

### ***Telemedicine dan Remote Patient Monitoring (RPM).***

Rumah sakit masa depan tidak dibatasi tembok. Pasien gagal jantung atau pasca operasi dipulangkan lebih awal dengan bekal alat monitoring (seperti *smart patch* atau *smart watch*). Tim klinis di "*Command Center*" rumah sakit memantau ribuan pasien di rumah mereka. Jika ada anomali data, tim segera menghubungi pasien atau mengirim ambulans. Konsep *Virtual Ward* ini secara drastis menurunkan biaya perawatan (tanpa biaya hotel RS) sambil meningkatkan kenyamanan pasien.

***Big Data dan Predictive Analytics.*** Rumah sakit akan mengolah *Big Data* (data genomik, klinis, sosial, perilaku) untuk beralih dari pengobatan reaktif ke prediktif. Sistem bisa memprediksi: "Pasien A berisiko tinggi kena serangan jantung dalam 6 bulan ke depan." Intervensi preventif dilakukan sebelum kejadian. Prediksi ini juga berlaku untuk alat medis; sensor mendeteksi kapan alat MRI akan rusak sebelum benar-benar rusak (*predictive maintenance*), mencegah *downtime* layanan.

**Blockchain** untuk keamanan dan integritas data. Teknologi *Blockchain* menjamin bahwa rekam medis pasien aman, tidak bisa dimanipulasi, dan dapat dipertukarkan antar faskes dengan izin pasien (*Patient-Owned Data*). Ini juga mengamankan rantai pasok obat dari pemalsuan. Keamanan siber menjadi prioritas investasi setara dengan alat medis.

**3D Printing** dalam medis. Rumah sakit akan memiliki unit cetak 3D untuk membuat implan tulang, gigi, atau alat bantu prostetik yang dipersonalisasi sesuai anatomi pasien (*custom-made*) dengan cepat dan murah. Bahkan bioprinting (mencetak jaringan hidup) sedang dikembangkan untuk masa depan transplantasi.

**Digital Twin.** Rumah sakit membuat "kembaran digital" dari gedung dan proses operasionalnya. Manajemen bisa melakukan simulasi di dunia digital: "Apa yang terjadi pada antrean IGD jika kita ubah alur triase?" Simulasi ini memungkinkan uji coba skenario efisiensi tanpa mengganggu operasional nyata.

Pengalaman Pasien Digital (*Digital Patient Experience*). Pasien berinteraksi dengan RS melalui *Super App*: mulai dari buat janji, navigasi jalan di dalam gedung RS (GPS indoor), telekonsultasi, bayar tagihan, hingga akses rekam medis. Pengalaman yang *seamless* seperti layanan *e-commerce* atau perbankan akan menjadi standar ekspektasi pasien.

Tantangan *Human Touch*. Di tengah canggihnya teknologi, tantangan terbesar adalah mempertahankan sentuhan kemanusiaan. Teknologi harus membebaskan waktu tenaga kesehatan dari tugas administratif agar bisa lebih banyak bertatap muka dan berempati dengan pasien. *High Tech, High Touch. Smart Hospital* bukan rumah sakit robot, tapi rumah sakit yang memanusiakan teknologi untuk melayani manusia.

#### **D. Pengukuran Hasil Klinis Berbasis Pasien (PROMs & PREMs)**

Dalam paradigma *Value-Based Healthcare*, definisi "sukses" pengobatan tidak lagi ditentukan sepihak oleh dokter (misal: "Luka operasi kering," "Tumor terangkat"), tetapi harus melibatkan perspektif pasien. Pasien mungkin tumornya terangkat, tapi jika ia menderita inkontinensia (ngompol) atau disfungsi seksual seumur hidup, apakah itu sukses? Di sinilah peran ***Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)***.

PROMs adalah instrumen kuesioner yang diisi langsung oleh pasien untuk mengukur persepsi mereka terhadap status kesehatan fungsional dan kualitas hidup mereka. Contoh pertanyaan PROMs untuk pasien operasi lutut: "Seberapa jauh Anda bisa berjalan tanpa nyeri?" "Apakah Anda bisa naik tangga?" Pertanyaan ini menggali dampak fungsional pengobatan terhadap kehidupan sehari-hari pasien. Mengukur PROMs secara rutin (sebelum dan sesudah tindakan) memberikan data *outcome* yang riil. Rumah sakit yang berorientasi nilai akan mengejar skor PROMs yang tinggi, bukan sekadar volume operasi.

Selain PROMs, ada ***Patient-Reported Experience Measures (PREMs)***. PREMs mengukur pengalaman pasien selama proses pelayanan. Bukan sekadar survei kepuasan ("Apakah Anda puas?"), PREMs bertanya hal spesifik tentang proses: "Apakah dokter menjelaskan efek samping obat?" "Apakah nyeri Anda ditangani dengan cepat?" "Apakah Anda dilibatkan dalam keputusan medis?" PREMs mengukur aspek proses yang dirasakan (*perceived quality*).

Standarisasi Pengukuran (ICHOM). Agar data PROMs bisa dibandingkan antar rumah sakit (*benchmarking*), diperlukan standar internasional. *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) telah menyusun set standar indikator (*Standard Sets*) untuk berbagai penyakit (Stroke, Diabetes, Kanker, dll). Rumah sakit masa depan akan mengadopsi standar ICHOM ini untuk mengukur kinerjanya. Data ini transparan dan bisa diakses publik.

Umpan Balik untuk Perbaikan Mutu. Data PROMs dan PREMs bukan untuk pajangan, tapi umpan balik bagi tim klinis. Jika data menunjukkan bahwa pasien Dr. A memiliki skor nyeri pasca-operasi yang lebih tinggi dibanding pasien Dr. B, maka Dr. A harus mengevaluasi teknik operasi atau manajemen nyerinya. Data ini memicu siklus perbaikan klinis (*clinical improvement cycle*).

Dampak pada Pembayaran. Di masa depan, BPJS atau asuransi akan menggunakan data PROMs sebagai dasar pembayaran insentif (*Pay for Performance*). Rumah sakit yang berhasil membuat pasiennya "kembali bekerja" atau "bebas nyeri" (skor PROMs tinggi) akan mendapat bonus lebih besar dibanding RS yang hanya "menyelesaikan operasi."

Pemberdayaan Pasien. Pengisian PROMs membuat pasien merasa didengar dan dilibatkan. Pasien menjadi lebih sadar akan kondisi kesehatannya. Ini meningkatkan *engagement* dan kepatuhan berobat. Pasien bukan lagi objek, tapi subjek yang aktif menilai keberhasilan terapi.

Tantangan Implementasi. Mengumpulkan data PROMs butuh sistem IT yang mudah (misal via aplikasi HP pasien). Tingkat respons pasien dan validitas data subjektif menjadi tantangan. Budaya staf klinis juga harus berubah untuk menghargai data subjektif pasien setara dengan data objektif lab.

Integrasi ke Rekam Medis. Skor PROMs harus muncul di *dashboard* rekam medis dokter. Saat pasien kontrol, dokter bisa melihat grafik perkembangan kualitas hidup pasien. "Pak, grafik skor nyeri Bapak turun drastis bulan ini, obatnya bekerja baik." Ini membuat komunikasi dokter-pasien lebih bermakna.

Kesimpulannya, PROMs dan PREMs adalah suara pasien yang dikuantifikasi. Mendengarkan suara ini adalah satu-satunya cara untuk memastikan bahwa efisiensi biaya yang kita lakukan tidak mengorbankan kualitas hidup pasien. Nilai sejati kesehatan ada pada kemampuan pasien menjalani hidupnya, bukan pada angka di kertas hasil lab.

## **E. Integrasi Pelayanan (*Integrated Care Systems*) dan *Accountable Care***

Masa depan pelayanan kesehatan adalah **Integrasi**. Model pelayanan yang terfragmentasi (terpecah-pecah)—di mana Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Spesialis, dan Panti Jompo bekerja sendiri-sendiri tanpa komunikasi—terbukti boros dan berbahaya. Pasien bingung, data tidak mengalir, tes diulang-ulang, dan pengobatan terputus. Solusinya adalah pembentukan ***Integrated Care Systems (ICS)*** atau di AS dikenal sebagai *Accountable Care Organizations (ACOs)*.



Gambar 25. Sistem Pelayanan terintegrasi dengan Akuntabilitas

Dalam model ICS/ACO, sekelompok penyedia layanan (RS, FKTP, Spesialis, *Home Care*) bergabung menjadi satu jaringan yang bertanggung jawab secara kolektif atas kesehatan populasi tertentu dan biaya perawatannya. Mereka "memiliki" pasien bersama-sama. Jika pasien dirujuk dari Klinik Pratama ke RS jaringannya, data rekam medis mengalir mulus. Setelah pulang dari RS, pasien langsung disambut oleh tim *home care* jaringan tersebut. Kontinuitas asuhan (*Continuum of Care*) terjamin.

Insentif Keuangan Bersama. Kunci keberhasilan ICS adalah penyatuan anggaran. Pembayar (BPJS/Asuransi) memberikan pembayaran paket atau kapitasi global kepada jaringan ICS untuk mengelola kesehatan 100.000 peserta. Jika ICS berhasil menjaga peserta tetap sehat (preventif kuat) sehingga sedikit yang masuk RS, maka ICS mendapat sisa anggaran sebagai profit (*Shared Savings*). Jika banyak yang sakit dan masuk RS, ICS menanggung kerugian. Model ini memaksa RS untuk mendukung Puskesmas melakukan prevensi, karena pasien sakit adalah biaya bagi sistem, bukan pendapatan.

Manajemen Kesehatan Populasi (*Population Health Management*). ICS menggunakan data analitik untuk memetakan risiko populasi anggotanya. Siapa yang berisiko diabetes? Siapa yang lansia rentan jatuh? ICS melakukan intervensi proaktif ke komunitas: senam lansia, skrining masal, edukasi gizi. Fokus bergeser dari "*Sick Care*" (mengobati yang sakit) menjadi "*Health Care*" (menjaga yang sehat).

Peran Rumah Sakit dalam ICS. Rumah sakit bukan lagi pusat segalanya, tapi menjadi mitra bagi layanan primer. RS menjadi "*Cost Center*" bagi jaringan ICS (tempat biaya mahal terjadi), sehingga ICS berusaha meminimalkan penggunaan RS hanya untuk kasus yang benar-benar perlu. Rumah sakit harus merampingkan diri dan fokus pada layanan spesialis tinggi (*Centers of Excellence*).

Koordinasi Perawatan (*Care Coordination*). Peran Koordinator Perawatan (*Care Coordinator/Navigator*) sangat vital dalam ICS. Mereka adalah "pemandu wisata" bagi pasien yang menavigasi sistem kesehatan yang rumit. Mereka memastikan pasien minum obat, datang kontrol, dan mendapat layanan sosial jika perlu. Koordinator mencegah pasien "jatuh di celah-celah" sistem.

Integrasi Layanan Sosial. Kesehatan dipengaruhi faktor sosial (perumahan, nutrisi, ekonomi). ICS masa depan akan terintegrasi dengan layanan sosial. Dokter bisa meresepkan "bantuan pangan" atau "perbaikan rumah" bagi pasien asma yang rumahnya lembab. Mengatasi akar masalah sosial seringkali lebih murah dan efektif daripada mengobati dampak medisnya berulang kali.

Tantangan Integrasi di Indonesia. Sistem rujukan berjenjang BPJS adalah bentuk awal integrasi, namun masih terfragmentasi secara data dan insentif. Tantangan ke depan adalah bagaimana menyatukan RSUD, Puskesmas, dan RS Swasta dalam satu koordinasi regional yang solid dengan data yang terhubung (Satu Sehat).

*Vertical Integration.* Rumah sakit mengakuisisi klinik pratama atau apotek untuk mengontrol rantai pasok pasien. *Horizontal Integration.* Rumah sakit merger dengan rumah sakit lain untuk efisiensi skala ekonomi (*economies of scale*). Konsolidasi industri RS akan terus terjadi demi efisiensi.

Kesimpulannya, Integrasi Pelayanan adalah jawaban atas fragmentasi. Dengan bersatu, penyedia layanan bisa memberikan asuhan yang lebih mulus, lebih murah, dan lebih berorientasi pada kesehatan jangka panjang pasien. "Satu Pasien, Satu Tim, Satu Tujuan."

## **F. Keberlanjutan Finansial dan Lingkungan.**

Rumah sakit masa depan harus memiliki ketahanan (*resilience*) dan keberlanjutan (*sustainability*) dalam dua aspek: Finansial dan Lingkungan. Keduanya saling terkait erat.

**Keberlanjutan Finansial.** Model bisnis RS harus tahan banting menghadapi guncangan seperti pandemi, krisis ekonomi, atau perubahan regulasi. Diversifikasi pendapatan (*revenue diversification*) adalah kunci. RS tidak boleh hanya bergantung pada satu pembayar (misal 90% BPJS). RS harus mengembangkan layanan *non-traditional revenue* seperti: *Medical Tourism*, Layanan *Wellness/Aesthetic*, Pendidikan/Pelatihan, Riset, atau Monetisasi Data/IP. Memiliki dana cadangan (*reserve fund*) yang kuat mutlak diperlukan untuk *survival* saat krisis.

Efisiensi Energi dan **Green Hospital.** Rumah sakit adalah konsumen energi terbesar di sektor komersial dan penghasil emisi karbon signifikan. Konsep *Green Hospital* menerapkan prinsip ramah lingkungan dalam desain dan operasional.

- **Energi Terbarukan:** Pemasangan panel surya atap, pemanas air tenaga surya.
- **Efisiensi Energi:** Desain gedung dengan pencahayaan alami, penggunaan lampu LED, sistem AC *chiller* efisiensi tinggi, sensor gerak. Penghematan biaya listrik bisa mencapai 20-30% yang langsung menjadi profit.

- **Konservasi Air:** Daur ulang air limbah (STP) untuk menyiram tanaman atau *flush* toilet. Panen air hujan.
- **Material Ramah Lingkungan:** Cat non-toksik, lantai bebas PVC.

Manajemen Limbah Berkelanjutan. Mengurangi limbah di sumber (*reduce*). Beralih dari alat sekali pakai (*disposable*) ke alat yang bisa disterilisasi ulang (*reusable*) jika aman dan *cost-effective* secara siklus hidup (*lifecycle cost*). Pengolahan limbah B3 mandiri atau dengan teknologi non-insinerasi yang lebih bersih. *Zero Waste to Landfill* menjadi target jangka panjang.

Arsitektur Penyembuhan (*Healing Architecture*). Gedung RS masa depan didesain untuk mempercepat kesembuhan (dan efisiensi). Pemandangan ke taman (biophilic design), pengurangan kebisingan, dan sirkulasi udara segar terbukti mengurangi stres pasien, menurunkan kebutuhan obat nyeri, dan memperpendek LOS. Bangunan itu sendiri adalah bagian dari terapi.

Tanggung Jawab Sosial Lingkungan (ESG - *Environmental, Social, and Governance*). Investor dan donor semakin melihat skor ESG sebelum berinvestasi di RS. RS yang peduli lingkungan dan sosial memiliki reputasi lebih baik dan akses modal lebih mudah. Keberlanjutan bukan lagi beban biaya, tapi aset investasi.

Ketahanan Bencana (*Disaster Resilience*). Perubahan iklim membawa risiko bencana alam (banjir, badai, panas ekstrem) dan wabah penyakit baru. RS masa depan harus didesain tangguh: bangunan tahan gempa/banjir, sistem utilitas mandiri (genset/air) yang tahan sehari-hari tanpa suplai luar, dan ruang isolasi yang bisa dikonversi cepat (*surge capacity*). Kesiapan bencana adalah asuransi kelangsungan bisnis.

Pengadaan Hijau (*Green Procurement*). RS memilih vendor yang juga ramah lingkungan. Membeli produk lokal untuk mengurangi jejak karbon transportasi. Mengurangi kemasan

plastik dalam rantai pasok. Kekuatan beli RS digunakan untuk mendorong pasar hijau.

Kesimpulannya, *Green and Sustainable Hospital* adalah bentuk tanggung jawab etis terhadap generasi mendatang. Rumah sakit tidak boleh menyembuhkan satu pasien sambil meracuni lingkungan yang akan membuat sakit seribu orang lainnya. Kesehatan manusia dan kesehatan planet adalah satu kesatuan (*Planetary Health*).

## **Penutup Buku**

Perjalanan transformasi menuju *Value-Based Healthcare*, digitalisasi, dan keberlanjutan adalah jalan terjal yang harus didaki. Tidak ada jalan pintas. Ia membutuhkan kepemimpinan yang visioner, data yang akurat, budaya mutu yang mengakar, dan kolaborasi tanpa ego. Kendali Mutu dan Kendali Biaya bukanlah tujuan akhir, melainkan kendaraan untuk mencapai visi mulia tersebut.

Di masa depan, rumah sakit yang sukses bukanlah yang paling megah gedungnya, melainkan yang paling lincah beradaptasi, paling efisien prosesnya, paling empatik layanannya, dan paling memberikan nilai nyata bagi pasien dan masyarakat. Semoga buku ini dapat menjadi panduan navigasi bagi para manajer, klinisi, dan pemilik rumah sakit di Indonesia untuk mengarungi samudera perubahan ini, demi mewujudkan Indonesia yang lebih sehat dan berkeadilan.

Selamat bekerja, selamat melayani, dan selamat bertransformasi.

## **G. Referensi Bab 20**

### **Daftar Pustaka (Buku & Laporan)**

Berwick, D. M., et al. (2008). *The Triple Aim: Care, health, and cost*. Health Affairs. (Konsep dasar arah pelayanan kesehatan).

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). *From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider*. *Annals of Family Medicine*.

- Christensen, C. M., et al. (2016). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. McGraw-Hill. (Buku wajib tentang disrupsi kesehatan).
- Drupsteen, J., et al. (2016). *Value-Based Healthcare: A Global Assessment*. The Boston Consulting Group.
- Emanuel, E. J. (2017). *Prescription for the Future: The Twelve Transformational Practices of Highly Effective Medical Organizations*. PublicAffairs.
- Gray, M. (2017). *Value Based Healthcare*. Oxford University Press.
- HIMSS. (2020). *The Future of Healthcare: Digital Transformation*. HIMSS Report.
- ICHOM. (2019). *Standard Sets for Health Outcomes Measurement*. ICHOM.
- Kemenkes RI. (2022). *Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2022). *Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia: 6 Pilar Transformasi*. Jakarta: Kemenkes.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). *How to Solve the Cost Crisis in Health Care*. Harvard Business Review.
- Lee, T. H., & Porter, M. E. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review.
- Mahendradhata, Y., et al. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review*. WHO.
- McKinsey & Company. (2018). *The Future of Healthcare: Finding the Opportunities that Lie Beneath*. McKinsey.
- NEJM Catalyst. (2018). *What is Value-Based Healthcare?* NEJM.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. (Kitab Suci VBHC).
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. HBR.
- PwC. (2017). *The Digital Healthcare Leap*. PwC.

- Ries, E. (2017). *The Startup Way*. (Tentang manajemen adaptif).
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. (Konteks JKN masa depan).
- Topol, E. (2015). *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*. Basic Books. (Tentang demokratisasi kesehatan).
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wachter, R. (2015). *The Digital Doctor: Hope, Hype, and Harm at the Dawn of Medicine's Computer Age*. McGraw-Hill.
- World Bank. (2018). *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage*. World Bank.
- World Health Organization. (2016). *Global Diffusion of eHealth*. WHO.
- World Health Organization. (2019). *Digital Health Guidelines*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *Environmentally Sustainable Health Systems*. WHO. (Konsep Green Hospital).

# DAFTAR PUSTAKA

## A. Buku, Jurnal, dan Laporan (Nasional & Internasional)

- ACFE. (2020). *Report to the Nations: Global Study on Occupational Fraud and Abuse*. Association of Certified Fraud Examiners.
- Adisasmito, W. (2018). *Sistem Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Aditama, T. Y. (2020). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (Edisi Kedua). Jakarta: UI Press.
- Afandi, D. (2017). *Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis*. Riau: Universitas Riau Press.
- Agustina, R., et al. (2019). *Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*. Jakarta: UI Press.
- Aij, K. H., & Teunissen, M. (2017). *Lean Leadership in Healthcare: A systematic literature review*. International Journal of Quality and Service Sciences.
- Al-Assaf, A. F. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional*. Jakarta: EGC.
- Amir, A., & Hanafiah, J. (2016). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan* (Edisi 5). Jakarta: EGC.
- Andayani, T. M. (2020). *Farmakoekonomi: Prinsip dan Metodologi*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Arif, M. (2018). *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Akreditasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Arifa, N. (2015). *Analisis Pembiayaan Kesehatan di Era JKN*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arikhman, N. (2019). *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Rumah Sakit*. Padang: Andalas University Press.
- Astuti, E. K. (2018). *Hukum Kontrak dalam Transaksi Terapeutik*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Pers.
- Azwar, A. (2016). *Pengantar Administrasi Kesehatan* (Edisi Ketiga). Jakarta: Binarupa Aksara.

- Bachtiar, A., et al. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Baker, J. J., & Baker, R. W. (2017). *Prospective Payment: The Definitive Guide to Reimbursement*. Hcpro.
- Balanced Scorecard Institute. (2020). *The Balanced Scorecard: Nine Steps to Success*. BSI Press.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes: A Lean Management System for Healthcare*. ThedaCare Center for Healthcare Value.
- Basbeth, F., & Sampurno, B. (2018). *Manajemen Rumah Sakit dalam Sistem JKN*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Bastian, I. (2019). *Akuntansi Kesehatan*. Jakarta: Salemba Empat.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th Edition). Oxford University Press.
- Bercaw, R. G. (2016). *Lean Leadership for Healthcare: Approaches to Lean Transformation*. CRC Press.
- Bertens, K. (2015). *Pengantar Etika Bisnis*. Yogyakarta: Kanisius.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6).
- Budiharjo, A. (2016). *Knowledge Management di Rumah Sakit*. Jakarta: Prasetya Mulya Publishing.
- Burgess, R. (2015). *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Publishing.
- Busch, R. S. (2012). *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*. John Wiley & Sons.
- Bustami. (2016). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Padang: Erka.
- Cahyono, J. B. S. (2015). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Cahyono, J. B. S. (2016). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Kanisius.
- Chazawi, A. (2016). *Malpraktik Kedokteran: Tinjauan Norma Pidana dan Hukum Kesehatan*. Malang: Bayumedia.
- Christensen, C. M., et al. (2016). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. McGraw-Hill.
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2018). *Essentials of Health Care Finance*. Jones & Bartlett Learning.
- Dahlan, S. (2018). *Hukum Kesehatan: Rambu-Rambu bagi Profesi Dokter*. Semarang: Badan Penerbit Undip.

- Danis, M., et al. (2016). *Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside*. Oxford University Press.
- Deming, W. E. (2018). *Out of the Crisis* (Reprint Edition). Cambridge: MIT Press.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Djuhaeni, H. (2018). *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Bandung: Unpad Press.
- Donaldson, L., & Scally, G. (2019). *Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*. Oxford University Press.
- Dye, C. F. (2017). *Leadership in Healthcare: Essential Values and Skills*. Health Administration Press.
- Endang, K. (2015). *Perlindungan Hukum Pasien dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ernawaty, et al. (2019). Analisis Fraud Layanan Kesehatan di Era JKN. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*.
- Febriawati, H. (2013). *Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Firmanda, D. (2016). *Pedoman Penyusunan Clinical Pathway dalam Era JKN*. Jakarta: Persi.
- Fuady, M. (2016). *Hukum Rumah Sakit di Indonesia*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management*. Health Administration Press.
- Gaspersz, V. (2017). *Total Quality Management*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Glaser, J. P., & Salzberg, C. (2016). *The Strategic Application of Information Technology in Health Care Organizations*. Jossey-Bass.
- Goleman, D. (2015). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books.
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (3rd Edition). CRC Press.
- Guwandi, J. (2015). *Dugaan Malpraktik Medis & Draft Gugatan Perdata*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.

- Hanafiah, J., & Amir, A. (2017). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Handayani, P. W., et al. (2018). *Strategic Hospital Management in the JKN Era*. Depok: Rajawali Pers.
- Handiwidjojo, W. (2016). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Penerbit Pohon Cahaya.
- Hatta, G. (2019). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Heryana, A. (2020). *Manajemen Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Hidayat, A. A. (2021). *Metode Penelitian Keperawatan dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- ICHOM. (2019). *Standard Sets for Health Outcomes Measurement*. International Consortium for Health Outcomes Measurement.
- Ilyas, Y. (2019). *Ekonomi Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok: FKM UI.
- Ilyas, Y. (2019). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: FKM UI.
- Ilyas, Y. (2019). *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Depok: FKM UI.
- Imai, M. (2015). *Gemba Kaizen: A Commonsense, Low-Cost Approach to Management*. Pustaka Binaman Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press.
- Joint Commission International. (2017). *JCI Accreditation Standards for Hospitals* (6th Edition). JCI.
- Jonsen, A. R., et al. (2015). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. McGraw-Hill Education.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to Solve the Cost Crisis in Health Care. *Harvard Business Review*.
- Karsid, R. (2018). *Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Kemenkes RI. (2019). *Buku Saku Pencegahan Fraud JKN*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kemenkes RI. (2022). *Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia: 6 Pilar Transformasi*. Jakarta: Kemenkes.
- Komalawati, V. (2018). *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1*. Jakarta: KARS.
- Kongstvedt, P. R. (2020). *Health Insurance and Managed Care: What They Are and How They Work*. Jones & Bartlett Learning.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.
- KPK (Komisi Pemberantasan Korupsi). (2015). *Kajian Tata Kelola Dana Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: KPK.
- Laksono, T. (2018). *Fragmentasi dan Integrasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lee, T. H., & Porter, M. E. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*.
- Lestari, T. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien: Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Liker, J. K. (2018). *The Toyota Way: 14 Management Principles*. Jakarta: Erlangga.
- Luhur, R. (2015). *Audit Medis & Audit Klinis: Teori dan Implementasi*. Jakarta: EGC.
- Lumenta, B. (2018). *Pasien, Citra, Peran dan Perilaku: Tinjauan dalam Era JKN*. Jakarta: Kanisius.
- Mahawan, A. (2018). *Hukum Pidana Kesehatan: Malpraktik dan Fraud*. Yogyakarta: Medika Press.
- Mahendradhata, Y., et al. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review*. WHO Regional Office for South-East Asia.
- Mappaware, N. A. (2017). *Bioetika, Humaniora dan Profesionalisme dalam Pelayanan Kesehatan*. Makassar: UIN Alauddin Press.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Wolters Kluwer.
- Mukti, A. G. (2015). *Sistem Jaminan Kesehatan Nasional: Arah dan Kebijakan*. Jakarta: EGC.
- Muliaputra, A. (2019). *Kupas Tuntas Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Mulyadi. (2016). *Akuntansi Manajemen: Konsep, Manfaat dan Rekayasa*. Jakarta: Salemba Empat.

- Mulyadi. (2017). *Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard*. Jakarta: UPP STIM YKPN.
- Mulyono, N. H. (2018). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A. A. G. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nasution, B. J. (2016). *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nelson, W. A. (2017). *Managing Healthcare Ethically: An Executive's Guide*. Health Administration Press.
- Notoatmodjo, S. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraheni, W. P. (2018). *Analisis Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: LIPI Press.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Edisi 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Nurwahyuni, A. (2019). *Kendali Biaya dan Mutu pada Fasilitas Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Parmenter, D. (2015). *Key Performance Indicators: Developing, Implementing, and Using Winning KPIs*. Wiley.
- Pohan, I. S. (2015). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press.
- Prasetya, D. (2020). *Koding Klinis dan Reimbursement INA-CBGs*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Prasetyo, T. (2017). *Hukum Pidana Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Pratiwi, A. (2019). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Purnomo, M. (2016). *Manajemen Strategis Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspasari, H. W. (2021). *Deteksi Kecurangan Laporan Keuangan di Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Empat.
- Quick, J. D., et al. (2012). *MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Management Sciences for Health.

- Rachmawati, I. N. (2018). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Rangkuti, F. (2016). *Manajemen Persediaan: Aplikasi di Bidang Bisnis*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rangkuti, F. (2017). *SWOT Balanced Scorecard*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Reason, J. (2016). *Organizational Accidents Revisited*. CRC Press.
- Ries, E. (2017). *The Startup Way*. Currency.
- Rivai, V., & Mulyadi, D. (2018). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Riyanto, S. (2019). *Kupas Tuntas Bisnis Rumah Sakit Era JKN*. Jakarta: Renebook.
- Rother, M., & Shook, J. (2018). *Learning to See: Value Stream Mapping to Add Value and Eliminate Muda*. Lean Enterprise Institute.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Clinical Pathway dan Manajemen Biaya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Manajemen Logistik Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sabarguna, B. S. (2016). *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sampurna, B., et al. (2017). *Bioetik dan Hukum Kedokteran*. Jakarta: Pustaka Dwipar.
- Sandel, M. J. (2012). *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*. Farrar, Straus and Giroux.
- Satibi. (2015). *Manajemen Obat di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Simanjong, A. (2021). *Manajemen Klaim BPJS Kesehatan*. Medan: USU Press.
- Siregar, C. J. P., & Amalia, L. (2015). *Farmasi Rumah Sakit: Teori dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Sitorus, R. (2019). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Soeparto, P. (2018). *Etika dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Soni, D. (2018). *Cybersecurity in Healthcare*. Apress.
- Sparrow, M. K. (2000). *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*. Westview Press.

- Spurgeon, P., et al. (2015). *Medical Leadership: From the Dark Side to Centre Stage*. CRC Press.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2016). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sutoto. (2018). *Manajemen Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: KARS.
- Sutoto. (2020). *Manajemen Rumah Sakit di Era 4.0*. Jakarta: KARS.
- Tamtomo, D. (2016). *Etika dan Hukum Kedokteran di Era JKN*. Solo: UNS Press.
- Thabrany, H. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tim TKMKB Pusat. (2018). *Bunga Rampai Kasus Sengketa Medis JKN*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Tjiptono, F., & Diana, A. (2019). *Total Quality Management* (Edisi Revisi). Yogyakarta: Andi Offset.
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.
- Trisnantoro, L. (2018). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Trisnantoro, L. (2018). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- Trisnantoro, L. (2020). *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Triwibowo, C. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Utarini, A. (2017). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Wachter, R. (2015). *The Digital Doctor: Hope, Hype, and Harm at the Dawn of Medicine's Computer Age*. McGraw-Hill.
- Wibowo, A. (2017). *Ekonomi Kesehatan: Konsep dan Analisis Biaya*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wibowo. (2016). *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wijono, D. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2015). *Lean Solutions: How Companies and Customers Can Create Value and Wealth Together*. Simon & Schuster.
- World Health Organization. (2016). *Performance Measurement for Health System Improvement*. WHO.

World Health Organization. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Environmentally Sustainable Health Systems*. WHO.

Yustina, E. W. (2019). *Hubungan Hukum Pasien dan Dokter dalam JKN*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

## **B. Peraturan Perundang-undangan**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Pasal 28H tentang Hak atas Kesehatan).

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Omnibus Law Kesehatan).

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi (PDP).

Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 jo. UU Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (sebagaimana telah beberapa kali diubah).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) tentang E-Purchasing/E-Katalog.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES).

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional (Edisi Terbaru).

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Blueprint Transformasi Digital Kesehatan Indonesia 2024.

## LAMPIRAN – LAMPIRAN

**Lampiran A:** Contoh Format *Clinical Pathway* (Jalur Klinis Terintegrasi)

**Lampiran B:** Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Internal

**Lampiran C:** Matriks Grading Risiko (Analisis Risiko Insiden)

**Lampiran D:** Lembar Kerja PDCA (*Plan-Do-Check-Act*)

**Lampiran E:** Instrumen Audit Medis

**Lampiran F:** *Checklist* Deteksi Potensi *Fraud* JKN

**Lampiran G:** Contoh Kamus Indikator Mutu (KPI)

**Lampiran H:** Simulasi Sederhana Perhitungan *Unit Cost*

**Lampiran I:** *Checklist* Audit 5R (Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin)

### LAMPIRAN A: CONTOH FORMAT CLINICAL PATHWAY

**CLINICAL PATHWAY Rumah Sakit: ..... Judul: DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) GRADE I & II (Dewasa)**

- **Nama Pasien:** .....
- **No. RM:** .....
- **Tgl Masuk:** .....
- **Tgl Keluar:** .....
- **Lama Rawat (LOS):** Target 4-5 Hari
- **Diagnosa:** A91 (Dengue Haemorrhagic Fever)

KEGIATAN / HARI	HARI 1 (IGD/Rawat)	HARI 2	HARI 3	HARI 4	HARI 5 (Pulang)	KET / VARIAN
<b>1. ASESMEN KLINIS</b>						
Dokter IGD	Anamnesis & Fisik [x]					
Dokter Spesialis (DPJP)	Visite [x]	Visite [x]	Visite [x]	Visite [x]	Visite & Resume [x]	
Perawat	TTV per 4 jam [x]	TTV per 6 jam [x]	TTV per 6 jam [x]	TTV per 6 jam [x]	TTV, Lepas Infus [x]	
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>						
Laboratorium	DL, NS1 Ag (jika <5 hari) [x]	DL (Trombosit/Hct) [x]	DL (Trombosit/Hct) [x]	DL (jika perlu) [ ]		Cek Lab sesuai fase
<b>3. TINDAKAN MEDIS</b>						
IVFD (Infus)	RL / Asering ... tpm [x]	Sesuai balance cairan [x]	Sesuai balance cairan [x]	Aff(Lepas) jika minum baik [x]		
<b>4. OBAT-OBATAN</b>						
Simtomatis	Paracetamol 500mg (k/p) [x]	Paraceta mol (k/p) [x]	Paraceta mol (k/p) [x]	Stop jika bebas demam [x]	Obat Pulang (Vitamin) [x]	Sesuai Fornas
Gastroprotektor	(jika ada indikasi) [ ]					
<b>5. NUTRISI</b>	Diet Lunak [x]	Diet Lunak [x]	Diet Biasa [x]	Diet Biasa [x]	Diet Biasa [x]	Minum banyak 2L/hari
<b>6. EDUKASI</b>						

KEGIATAN / HARI	HARI 1 (IGD/Rawat)	HARI 2	HARI 3	HARI 4	HARI 5 (Pulang)	KET / VARIAN
Edukasi Penyakit	Tanda bahaya syok [x]	Pentingnya cairan [x]	Tanda fase pemulihan [x]		Rencana kontrol [x]	
<b>7. OUTCOME</b>	Tidak Syok [x]	Trombosit >... [ ]	Bebas demam 24 jam [ ]	Nafsu makan baik [ ]	Boleh Pulang [x]	
<b>Tanda Tangan DPJP</b>						

**LAMPIRAN B: FORMULIR LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)**

**RAHASIA - TIDAK BOLEH DIFOTOKOPI**

**1. Data Pasien:**

- Nama: ..... (Inisial/No RM)
- Ruangan: .....
- Penanggung Jawab Biaya: (Umum/JKN/Asuransi Lain)

**2. Rincian Kejadian:**

- Tanggal dan Waktu Insiden: .....
- Lokasi Kejadian: .....

**3. Kronologis Kejadian:** *(Ceritakan dengan singkat, padat, jelas, tanpa menyalahkan)* .....

**4. Jenis Insiden:** (Pilih satu)

- KNC (Kejadian Nyaris Cedera / *Near Miss*)
- KTC (Kejadian Tidak Cedera)
- KTD (Kejadian Tidak Diharapkan / Cedera)
- Sentinel (Kematian/Cedera Serious tidak terkait penyakit)

**5. Tipe Insiden:** (Misal: Jatuh, Salah Obat, Salah Identifikasi, Laboratorium) .....

**6. Akibat Insiden Terhadap Pasien:**

- Tidak ada cedera
- Cedera ringan (dapat diatasi dengan P3K)
- Cedera sedang (perlu perawatan lebih/perpanjangan hari rawat)
- Cedera berat (cacat/kehilangan fungsi)
- Kematian

7. **Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian:** .....
8. **Pelapor:** (Dokter/Perawat/Admin/Lainnya) .....

## LAMPIRAN C: MATRIKS GRADING RISIKO

(Relevan dengan Bab 6 - Untuk menentukan tindak lanjut laporan insiden)

Frekuensi / Dampak	Tidak Signifikan (1)	Minor (2)	Moderat (3)	Mayor (4)	Katastropik (5)
<b>Sangat Sering</b> (Tiap Minggu/Bulan)	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
<b>Sering</b> (Beberapa kali/tahun)	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
<b>Mungkin</b> (1-2 tahun sekali)	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
<b>Jarang</b> (2-5 tahun sekali)	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem
<b>Sangat Jarang</b> (>5 tahun sekali)	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem

### Tindak Lanjut:

- **Ekstrem (Merah):** RCA (Root Cause Analysis) wajib dalam 45 hari. Lapor Direktur segera.
- **Tinggi (Kuning):** RCA oleh Tim Mutu, selesai max 45 hari.
- **Moderat (Hijau):** Investigasi sederhana oleh Kepala Unit, waktu 2 minggu.
- **Rendah (Biru):** Investigasi sederhana, diselesaikan 1 minggu.

## LAMPIRAN D: LEMBAR KERJA PDCA (Plan-Do-Check-Act)

(Relevan dengan Bab 4 & 13)

**Judul Proyek:** Menurunkan Waktu Tunggu Obat Jadi di Farmasi Rawat

Jalan **Unit Kerja:** Instalasi Farmasi **Ketua Tim:** .....

TAHAP	URAIAN KEGIATAN	TARGET / INDIKATOR
<b>PLAN</b> <b>(Perencanaan)</b>	<b>Masalah:</b> Waktu tunggu obat jadi rata-rata 60 menit (Standar 30 menit). <b>Analisis Akar Masalah (Fishbone):</b> - Mesin printer etiket sering macet. - Resep dokter tidak terbaca. - Petugas <i>double job</i> (input & racik). <b>Rencana Solusi:</b> 1. Service printer. 2. Sosialisasi E-Prescribing ke dokter. 3. Pemisahan tugas input dan penyiapan obat.	Target Waktu Tunggu: < 40 menit dalam 1 bulan pertama.
<b>(Pelaksanaan)</b>	tugas baru (Tgl ...). - Memperbaiki printer (Tgl ...). - Uji coba alur baru selama 2 minggu.	briefing, nota service, logbook uji coba.
<b>DO</b>	- Melakukan <i>briefing</i> pembagian	Dokumen absensi
<b>CHECK</b> <b>(Evaluasi)</b>	- Mengukur waktu tunggu rata-rata setelah uji coba. - <b>Hasil:</b> Rata-rata turun menjadi 35 menit. - <b>Kendala:</b> Masih ada 2 dokter yang menulis manual.	Data sampling waktu tunggu harian.

TAHAP	URAIAN KEGIATAN	TARGET / INDIKATOR
<b>ACT (Tindak Lanjut)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Adopsi:</b> Bakukan alur pemisahan tugas menjadi SPO baru.</li> <li>- <b>Modifikasi:</b> Lakukan pendekatan personal ke 2 dokter tersebut.</li> <li>- Lanjut ke siklus berikutnya untuk mencapai target &lt; 30 menit.</li> </ul>	SPO Baru disahkan Direktur.

## LAMPIRAN E: INSTRUMEN AUDIT MEDIS

**Topik Audit:** Kepatuhan Penggunaan Antibiotik Profilaksis pada Operasi Bedah Bersih **Kriteria:** Berdasarkan PPK Bedah & Panduan PPRA **Sampel:** 30 Rekam Medis Pasien Pasca Operasi Hernia (Elektif)

No	Kriteria Audit	Standar	Hasil (Ya/Tidak)	Keterangan / Varians
1	Indikasi operasi sesuai diagnosis	100%	Ya	
2	Jenis antibiotik sesuai formularium (Cefazolin/Ceftriaxone)	100%	Ya	
3	Waktu pemberian antibiotik 30-60 menit sebelum insisi (Pre-Op)	100%	Tidak	Diberikan 4 jam sebelumnya di ruangan
4	Tidak ada pemberian antibiotik lanjutan >24 jam pasca operasi (kecuali infeksi)	100%	Tidak	Dilanjutkan sampai 3 hari (tanpa tanda infeksi)
5	Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO)	< 2%	Ya	

## LAMPIRAN F: CHECKLIST DETEKSI POTENSI FRAUD JKN

### Unit: Casemix / Verifikator Internal

No	Indikator Potensi Fraud	Cek (Y/T)	Tindak Lanjut
<b>A</b>	<b>Administrasi &amp; Koding</b>		
1	Apakah diagnosis utama sesuai dengan alasan spesifik pasien dirawat?		Jika T, perbaiki koding.
2	Apakah ada diagnosis sekunder (komorbid) yang tidak didukung hasil Lab/Radiologi? (Misal: Sepsis tapi leukosit normal)		Jika Y, konfirmasi dokter/hapus kode.
3	Apakah terjadi <i>Upcoding</i> ? (Kode lebih berat dari kondisi klinis pasien)		
4	Apakah ada <i>Unbundling</i> ? (Tagihan obat/darah terpisah yang seharusnya masuk paket)		
<b>B</b>	<b>Pelayanan Medis</b>		
5	Apakah ada <i>Readmission</i> (Masuk lagi < 30 hari dengan diagnosis sama/terkait)?		Cek apakah pemulangan sebelumnya prematur.
6	Apakah tindakan Seksio Sesarea memiliki indikasi medis absolut?		Cek partograf/USG.

No	Indikator Potensi Fraud	Cek (Y/T)	Tindak Lanjut
7	Apakah lama hari rawat (LOS) wajar? (Tidak dipanjangkan sengaja)		
8	Apakah ada <i>Phantom Billing</i> ? (Tindakan fisioterapi/visite yang tidak ada tanda tangan/bukti di status)		

## LAMPIRAN G: CONTOH KAMUS INDIKATOR MUTU (KPI)

**Judul Indikator:** Angka Kelengkapan Pengisian Resume Medis 1x24 Jam Setelah Pasien Pulang **Perspektif BSC:** Proses Bisnis Internal

1. **Definisi Operasional:** Resume medis yang diisi lengkap oleh DPJP (Diagnosis, Tindakan, Terapi Pulang, Tanda Tangan) dalam waktu maksimal 24 jam setelah pasien dinyatakan boleh pulang.
2. **Tujuan:** Menjamin kesinambungan informasi medis dan mempercepat proses klaim INA-CBGs.
3. **Numerator (Pembilang):** Jumlah resume medis yang lengkap dalam 1x24 jam.
4. **Denominator (Penyebut):** Total jumlah pasien yang pulang pada periode tersebut.
5. **Target:** 100%
6. **Sumber Data:** Instalasi Rekam Medis (Buku Register/Sistem IT).
7. **Frekuensi Pengumpulan Data:** Harian.
8. **Periode Analisis:** Bulanan.
9. **Penanggung Jawab:** Kepala Instalasi Rekam Medis.

## LAMPIRAN H: SIMULASI SEDERHANA PERHITUNGAN UNIT COST Unit Layanan: Poliklinik Penyakit Dalam (Rawat Jalan) Periode: 1 Tahun Jumlah Pasien (Output): 10.000 Kunjungan

### A. Biaya Langsung (Direct Cost)

1. Gaji Perawat & Admin Poli: Rp 300.000.000
2. Jasa Medis Dokter (Variable): Rp 500.000.000
3. BHP (Kertas, Tinta, Kapas, Handscoon): Rp 50.000.000
4. Penyusutan Alat Medis (Tensi, USG): Rp 20.000.000 *Total Biaya Langsung = Rp 870.000.000*

### B. Biaya Tidak Langsung (Indirect Cost / Alokasi Overhead)

*(Hasil step-down allocation dari unit penunjang)*

1. Alokasi Biaya Listrik, Air, Kebersihan: Rp 50.000.000
2. Alokasi Biaya Manajemen/Direksi: Rp 30.000.000
3. Alokasi Biaya Rekam Medis/Pendaftaran: Rp 50.000.000 *Total Biaya Tidak Langsung = Rp 130.000.000*

### C. Total Biaya (A + B) = Rp 1.000.000.000

**D. Unit Cost (Biaya Satuan)** = Total Biaya / Jumlah Pasien = Rp  
1.000.000.000 / 10.000 = **Rp 100.000 per kunjungan**

*Analisis: Jika Tarif INA-CBGs Rawat Jalan rata-rata Rp 180.000, maka Poliklinik ini Surplus Rp 80.000/pasien.*

## LAMPIRAN I: CHECKLIST AUDIT 5R (5S)

**Area:** Nurse Station (Ruang Perawat) **Auditor:** .....

No	Item Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	Catatan
<b>R1</b>	<b>Ringkas (Sort)</b>			
1	Tidak ada dokumen lama/tidak terpakai di meja kerja			
2	Tidak ada alat rusak/kadaluarsa di laci/lemari			
<b>R2</b>	<b>Rapi (Set in Order)</b>			
3	Obat <i>High Alert</i> diberi label merah dan terpisah			
4	Status rekam medis tersusun rapi di rak/troli			
5	Alat tulis dan stempel ada di tempatnya			
<b>R3</b>	<b>Resik (Shine)</b>			
6	Meja kerja, keyboard, dan telepon bebas debu			
7	Lantai bersih dan kering			
<b>R4</b>	<b>Rawat (Standardize)</b>			
8	Ada label nama pada setiap laci/tempat penyimpanan			

No	Item Penilaian	Ya (1)	Tidak (0)	Catatan
9	Ada jadwal piket kebersihan			
<b>R5</b>	<b>Rajin (Sustain)</b>			
10	Semua staf mematuhi aturan 5R tanpa disuruh			

**Skor Total:** ..... / 10 x 100 = ..... %

## LAMPIRAN: GLOSARIUM DAN INDEKS

### A. GLOSARIUM (DAFTAR ISTILAH)

#### A

- **Activity Based Costing (ABC):** Metode akuntansi biaya yang membebaskan biaya berdasarkan aktivitas yang dikonsumsi dalam menghasilkan layanan, memberikan perhitungan biaya satuan (*unit cost*) yang lebih akurat dibanding metode tradisional.
- **Adverse Event (KTD):** Kejadian Tidak Diharapkan; insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat tindakan medis atau manajemen, bukan karena penyakit dasarnya.
- **Agile Hospital:** Konsep rumah sakit yang lincah, adaptif, dan responsif terhadap perubahan lingkungan eksternal dan kebutuhan pasien.
- **Akreditasi:** Pengakuan resmi oleh lembaga independen (seperti KARS/Lembaga Akreditasi lain) bahwa rumah sakit telah memenuhi standar pelayanan dan manajemen yang ditetapkan.
- **Audit Klinis:** Proses peningkatan mutu yang bertujuan meningkatkan pelayanan pasien dan hasil klinis melalui tinjauan sistematis terhadap pelayanan dibandingkan dengan kriteria eksplisit dan implementasi perubahan.
- **Audit Medis:** Telaah sejawat (*peer review*) secara sistematis terhadap ketepatan prosedur diagnosis dan terapi yang dilakukan oleh staf medis.

#### B

- **Balanced Scorecard (BSC):** Alat manajemen strategis yang menerjemahkan visi dan strategi organisasi ke dalam empat perspektif kinerja: keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan.
- **Bed Occupancy Rate (BOR):** Angka penggunaan tempat tidur; persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu.

- **Benchmarking:** Proses membandingkan kinerja atau proses bisnis rumah sakit dengan standar industri atau praktik terbaik (*best practice*) dari rumah sakit lain.
- **BPJS Kesehatan:** Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional.
- **Bridging System:** Sistem penghubung antar-aplikasi (misal SIMRS dengan V-Claim BPJS) yang memungkinkan pertukaran data secara otomatis tanpa input ulang.

## C

- **Case Manager (MPP):** Manajer Pelayanan Pasien; profesional di RS yang bertugas mengawal, mengoordinasikan, dan mengadvokasi pelayanan pasien agar efektif dan efisien.
- **Casemix:** Sistem pengelompokan kasus penyakit berdasarkan karakteristik klinis dan penggunaan sumber daya yang sama; dasar dari sistem INA-CBGs.
- **Clinical Pathway (CP):** Alur klinis terintegrasi; dokumen perencanaan pelayanan multidisiplin yang memetakan asuhan pasien dari masuk hingga pulang dengan kerangka waktu yang jelas.
- **Cost Containment:** Upaya sistematis untuk mengendalikan pengeluaran biaya agar tetap efisien tanpa mengurangi mutu layanan.
- **Cost Recovery Rate (CRR):** Rasio kemampuan pendapatan rumah sakit dalam menutupi biaya operasionalnya.
- **Cream Skimming:** Praktik tidak etis di mana penyedia layanan hanya memilih merawat pasien yang menguntungkan secara finansial dan menghindari pasien dengan risiko biaya tinggi.

## D

- **Defensive Medicine:** Praktik kedokteran di mana dokter melakukan tes atau prosedur berlebihan semata-mata

untuk melindungi diri dari potensi tuntutan hukum, bukan untuk kepentingan medis pasien.

- **Diagnosis Related Groups (DRG):** Sistem klasifikasi pasien rumah sakit ke dalam kelompok-kelompok yang memiliki kemiripan klinis dan biaya.
- **Discharge Planning:** Perencanaan pemulangan pasien yang dimulai sejak awal perawatan untuk memastikan kontinuitas asuhan setelah keluar dari rumah sakit.

## E

- **E-Katalog:** Sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang/jasa tertentu dari berbagai penyedia pemerintah.
- **Evidence-Based Medicine (EBM):** Praktik kedokteran yang memadukan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis, dan nilai-nilai pasien dalam pengambilan keputusan medis.

## F

- **Fee for Service:** Metode pembayaran di mana penyedia layanan dibayar untuk setiap layanan spesifik (kunjungan, tes, prosedur) yang diberikan.
- **First Expired First Out (FEFO):** Metode manajemen logistik di mana barang yang masa kadaluarsanya paling dekat dikeluarkan lebih dulu.
- **Formularium Nasional (Fornas):** Daftar obat terpilih yang paling dibutuhkan dan tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam program JKN.
- **Fraud (Kecurangan JKN):** Tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial yang tidak sah dari program jaminan kesehatan.

## G

- **Gatekeeper:** Peran fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) sebagai penapis rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut.
- **Gemba Walk:** Istilah dalam *Lean Management* di mana pemimpin turun langsung ke lokasi kerja (*floor*) untuk melihat proses yang sebenarnya terjadi.

- **Green Hospital:** Rumah sakit yang dalam desain dan operasionalnya mengutamakan efisiensi sumber daya dan ramah lingkungan.
- **Grouper:** Perangkat lunak (software) yang digunakan untuk menentukan kelompok INA-CBGs dan tarif berdasarkan data diagnosis dan prosedur.

## H

- **High Alert Medications:** Obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan secara salah (misal: elektrolit pekat, insulin).
- **Hospital Bylaws:** Peraturan internal rumah sakit yang mengatur peran, tugas, dan wewenang pemilik, pengelola, dan staf medis.

## I

- **ICD-10:** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*; standar internasional untuk kode diagnosis penyakit.
- **ICD-9-CM:** *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*; standar internasional untuk kode prosedur/tindakan medis.
- **INA-CBGs:** *Indonesian Case Base Groups*; sistem pembayaran paket prospektif yang digunakan dalam program JKN di Indonesia.
- **Informed Consent:** Persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien setelah mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tindakan tersebut.

## J

- **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):** Program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
- **Just in Time (JIT):** Strategi manajemen inventori untuk meningkatkan efisiensi dengan menerima barang hanya saat dibutuhkan dalam proses produksi, mengurangi biaya simpan.

## K

- **Kaizen:** Filosofi perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*) yang melibatkan semua anggota organisasi.
- **Kendali Biaya:** Serangkaian upaya untuk mengelola dan mengawasi pengeluaran biaya agar tetap efisien dan efektif.
- **Kendali Mutu:** Sistem pengawasan dan evaluasi untuk memastikan pelayanan kesehatan memenuhi standar yang ditetapkan.

## L

- **Lean Management:** Pendekatan manajemen yang berfokus pada penciptaan nilai bagi pelanggan dengan menghilangkan pemborosan (*waste*).
- **Length of Stay (LOS):** Lama hari rawat inap seorang pasien di rumah sakit.

## P

- **Patient Centered Care:** Asuhan yang menempatkan pasien dan keluarga sebagai pusat dari keputusan dan proses pelayanan kesehatan.
- **Patient Safety (Keselamatan Pasien):** Bebasnya pasien dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari risiko cedera potensial terkait pelayanan kesehatan.
- **Phantom Billing:** Salah satu bentuk *fraud* berupa klaim atas layanan atau tindakan yang sebenarnya tidak pernah diberikan.
- **Prospective Payment System:** Sistem pembayaran di mana tarif layanan kesehatan ditetapkan di awal sebelum pelayanan diberikan (sistem paket).

## R

- **Readmission:** Kejadian di mana pasien dirawat inap kembali dalam jangka waktu tertentu setelah dipulangkan, seringkali dengan diagnosis yang sama.

- **Root Cause Analysis (RCA):** Metode pemecahan masalah untuk mengidentifikasi akar penyebab dari suatu insiden atau kesalahan.

## S

- **Sentinel Event:** Insiden keselamatan pasien yang mengakibatkan kematian atau cedera serius (fisik/psikologis) yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien.
- **SIMRS:** Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; sistem teknologi informasi yang mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan rumah sakit.
- **Single Payer System:** Sistem pembiayaan kesehatan di mana satu lembaga publik (seperti BPJS Kesehatan) menanggung biaya perawatan kesehatan dasar bagi seluruh penduduk.

## T

- **TKMKB:** Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya; tim independen yang dibentuk untuk menyelenggarakan kendali mutu dan biaya dalam program JKN.
- **Total Quality Management (TQM):** Pendekatan manajemen organisasi yang berpusat pada kualitas, berdasarkan partisipasi semua anggota, dan bertujuan untuk kesuksesan jangka panjang.

## U

- **Unit Cost:** Biaya satuan; total biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan satu unit produk atau layanan.
- **Upcoding:** Praktik *fraud* dengan mengubah kode diagnosis atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif lebih tinggi dari yang seharusnya.
- **Utilization Review (UR):** Tinjauan pemanfaatan; evaluasi terhadap kebutuhan medis, kewajaran, dan efisiensi pelayanan kesehatan.

## V

- **Value-Based Healthcare (VBHC):** Model pelayanan kesehatan di mana penyedia layanan dibayar berdasarkan hasil kesehatan (*outcome*) pasien, bukan volume layanan.
- **Varians:** Penyimpangan dari standar atau rencana yang telah ditetapkan (misal: penyimpangan dari *Clinical Pathway*).

## B. INDEKS

*Catatan: Nomor di sebelah kanan merujuk pada Bab di mana topik tersebut dibahas secara mendalam.*

### A

- Activity Based Costing (ABC) ... Bab 8
- Akreditasi Rumah Sakit ... Bab 5
- Alur Pasien (*Patient Flow*) ... Bab 13
- Analisis Biaya (*Cost Analysis*) ... Bab 8
- Audit Klinis ... Bab 14
- Audit Medis ... Bab 14
- Audit Varians ... Bab 7

### B

- Balanced Scorecard ... Bab 18
- Bedah Sentral (*Operating Theatre*) ... Bab 13
- Benchmarking ... Bab 18
- Big Data ... Bab 16, 20
- BPJS Kesehatan ... Bab 2, 9, 15
- Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) ... Bab 6

### C

- Case Manager ... Bab 7, 10
- Casemix ... Bab 2, 9
- Clinical Leadership ... Bab 17
- Clinical Pathway ... Bab 1, 7
- Coding (*Koding Klinis*) ... Bab 9
- Cost of Quality ... Bab 1
- Cybersecurity ... Bab 16

## D

- Dashboard Kinerja ... Bab 18
- Defensive Medicine ... Bab 3
- Diagnosis Related Groups (DRG) ... Bab 9
- Digitalisasi ... Bab 16, 20
- Dispute Klaim ... Bab 9, 15

## E

- E-Katalog ... Bab 12
- Efisiensi Energi ... Bab 20
- Etika Bisnis ... Bab 19
- Evidence-Based Medicine ... Bab 7

## F

- Farmasi Klinis ... Bab 12
- Five S (5S/5R) ... Bab 13
- Formularium Nasional ... Bab 12
- Fraud (Kecurangan) ... Bab 11

## G

- Green Hospital ... Bab 20
- Gugus Kendali Mutu (GKM) ... Bab 4

## H

- High Alert Medications ... Bab 5, 12
- Hospital Liability ... Bab 3
- Human Capital ... Bab 17

## I

- ICD-10 & ICD-9-CM ... Bab 9
- INA-CBGs ... Bab 2, 9
- Indikator Mutu ... Bab 18
- Informed Consent ... Bab 3, 19
- Internet of Things (IoT) ... Bab 16, 20

## J

- Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ... Bab 2
- Just in Time (JIT) ... Bab 12, 13

## K

- Kaizen ... Bab 4, 13
- Keamanan Pasien (*Patient Safety*) ... Bab 6
- Kendali Biaya ... Bab 1, 8
- Kendali Mutu ... Bab 1, 4

- Kepemimpinan Transformasional ... Bab 17
  - Key Performance Indicator (KPI) ... Bab 18
- L**
- Lean Management ... Bab 13
  - Logistik Farmasi ... Bab 12
- M**
- Malpraktik ... Bab 3
  - Manajemen Risiko ... Bab 6
  - Mobile Health (mHealth) ... Bab 16
- P**
- Pareto Analysis ... Bab 4, 12
  - PDCA (Plan-Do-Check-Act) ... Bab 4
  - Pelaporan Insiden ... Bab 6
  - Pencegahan Infeksi (PPI) ... Bab 5
  - Phantom Billing ... Bab 11
- R**
- Readmission ... Bab 10
  - Regulasi Kesehatan ... Bab 3
  - Rekam Medis Elektronik (RME) ... Bab 16
  - Root Cause Analysis (RCA) ... Bab 6
- S**
- Sengketa Medis ... Bab 3, 15
  - SIMRS ... Bab 16
  - Six Sigma ... Bab 4
  - Smart Hospital ... Bab 20
  - Supply Chain Management ... Bab 12
- T**
- Tarif Rumah Sakit ... Bab 8
  - Telemedicine ... Bab 16, 20
  - Tim Kendali Mutu & Biaya (TKMKB) ... Bab 15
  - Total Quality Management (TQM) ... Bab 4
- U**
- Unit Cost ... Bab 8
  - Unit Dose Dispensing (UDD) ... Bab 12
  - Upcoding ... Bab 11
  - Utilization Review ... Bab 10
- V**

- Value-Based Healthcare ... Bab 1, 20
- Value Stream Mapping (VSM) ... Bab 13

## TENTANG PENULIS

**Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, SKp., SH., MM., MKes., MH., MARS**



adalah seorang praktisi dan akademisi dengan latar belakang keilmuan yang komprehensif dan multidisiplin. Memulai kariernya sebagai seorang perawat profesional, penulis memiliki pengalaman panjang di dunia pelayanan kesehatan sebelum merambah ke bidang manajemen rumah sakit. Saat ini, penulis aktif menjabat sebagai Manajer Sumber Daya Manusia (SDM) di sebuah rumah sakit, posisi yang memberikannya wawasan mendalam mengenai dinamika operasional dan pengelolaan tenaga kesehatan.

Kecintaan penulis terhadap ilmu pengetahuan tercermin dari rekam jejak akademisnya yang ekstensif. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana di bidang Keperawatan (SKp) dan Hukum (SH). Di tingkat Pascasarjana, penulis meraih gelar Magister di empat bidang sekaligus: Manajemen (MM), Kesehatan (MKes), Hukum (MH), dan Manajemen Rumah Sakit (MARS). Puncak perjalanan akademisnya ditandai dengan diraihnya gelar Doktor (Dr) di bidang Hukum. Selain itu, penulis juga tengah mendalami studi Doktorat di bidang Ilmu Agama, memperkaya perspektifnya dalam aspek etika dan humaniora.

Buku "**Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit**" ini merupakan kristalisasi dari pemikiran penulis yang memadukan perspektif klinis keperawatan, ketajaman analisis hukum kesehatan, serta strategi manajemen korporat. Melalui buku ini, penulis berharap dapat memberikan sumbangsih nyata bagi tata kelola

perumahan di Indonesia yang lebih efisien, bermutu, dan berkeadilan.