

2-16-2025

Analisis Peran Case Manager dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Bedah di Rumah Sakit Universitas Indonesia Tahun 2022

Natasya C. Viano

Rumah Sakit Universitas Indonesia (RS UI), Depok, Indonesia, natasya.viano12@gmail.com

Purnawan Junadi

Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia, purnawan.junadi@gmail.com

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/arsi>



Part of the [Health and Medical Administration Commons](#), [Other Medicine and Health Sciences Commons](#), and the [Public Health Commons](#)

Recommended Citation

Viano, Natasya C. and Junadi, Purnawan (2025) "Analisis Peran Case Manager dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Bedah di Rumah Sakit Universitas Indonesia Tahun 2022," *Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia*: Vol. 11: No. 1, Article 3.

DOI: 10.7454/arsi.v11i1.1197

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/arsi/vol11/iss1/3>

This Original Research Article is brought to you for free and open access by the Faculty of Public Health at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia by an authorized editor of UI Scholars Hub.

Analisis Peran *Case Manager* dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Bedah di Rumah Sakit Universitas Indonesia Tahun 2022

Natasya Claresta Viano^{1*}, Purnawan Junadi²

¹Rumah Sakit Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

*Korespondensi: Natasya Claresta Viano, Rumah Sakit Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

natasya.viano12@gmail.com

Article history:

Received: December 02, 2024; Revised: January 09, 2025; Accepted: February 10, 2025

Abstract. *Patient Service Management is carried out by the case manager to create quality services with efficient cost. This study aims to evaluate the role of case managers in quality and cost control of surgical inpatients with JKN assurance at the UI Hospital in 2022. This study uses the concept of Donabedian and KARS guidelines. Quality control is seen from Length of Stay (LOS), patient satisfaction, compliance with clinical pathway, compliance with doctor visits, and delays in elective surgery. Cost control is seen from the difference between INA-CBG's claims and hospital bills and cost formulations. Secondary data were collected from medical records and document reviews. The data were processed with Microsoft Excel. The three common procedures were conducted with Focus Group Discussion (FGD) and interviews to find out the role of case managers. It was found that the role of the case manager at UI Hospital had improved compared to 2021. The case manager's performance is good based on the difference in overall surgical patient claims, LOS control, the level of patient satisfaction, the level of compliance with doctor visits, and the level of compliance with the clinical pathway. Only the level of delay in elective surgery at UI Hospital has not reached the target.*

Keywords: *Case Manager; Quality Control; Cost Control; Surgical Inpatient; JKN*

Abstrak. Manajemen Pelayanan Pasien merupakan peran yang dijalankan oleh *case manager* agar tercipta pelayanan yang bermutu dengan biaya yang efisien. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi peran *case manager* terhadap kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap bedah dengan penjamin JKN di RS UI tahun 2022. Penelitian menggunakan pendekatan sistem menurut Donabedian dan pedoman dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Kendali mutu dilihat dari *Length of Stay* (LOS), tingkat kepuasan pasien, kepatuhan penerapan *clinical pathway*, kepatuhan visit dokter, dan penundaan operasi elektif. Kendali biaya dilihat dari selisih klaim dan tagihan RS dan formulasi biaya tindakan. Pada penelitian ini, data kuantitatif diambil dari data sekunder melalui data rekam medis pasien, hasil telaah dokumen dari berkas tagihan pasien, tarif INA-CBG's, data laporan operasi, dan data Komite Mutu Rumah Sakit. Data diolah dengan *Microsoft Excel* dan didapatkan tiga tindakan terbanyak, yaitu Odontektomi, *Sectio Caesaria* (SC), dan AV shunt. Studi kualitatif, dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) untuk mendapatkan formulasi pembiayaan tindakan dan wawancara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran *case manager* di RS UI telah mengalami perbaikan dibandingkan tahun 2021. Hal ini ditunjukkan melalui perbaikan tren biaya, kinerja *case manager* sudah baik berdasarkan selisih klaim, pengendalian LOS, tingkat kepuasan pasien, tingkat kepatuhan visit dokter, dan tingkat kepatuhan terhadap *clinical pathway*. Namun, tingkat penundaan operasi elektif di RS UI masih belum mencapai target.

Kata kunci: *Case Manager; Kendali Mutu; Kendali Biaya; Rawat Inap Bedah; JKN*

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yaitu tempat pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspeialisik. Manajemen Pelayanan Pasien (MPP) merupakan suatu kolaborasi kegiatan yang terdiri dari asesmen,

perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi, dan advokasi. MPP bertujuan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien. Kegiatan MPP yang dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi proses identifikasi, kolaborasi, dan komunikasi antara

dokter dan pasien dalam merumuskan rencana perawatan, memantau perkembangan pasien, dan menawarkan alternatif intervensi yang efisien dari segi biaya. MPP yang efektif dapat menurunkan jumlah kunjungan pasien, penggunaan tes diagnostik, lama rawat inap, dan biaya di institusi (Andriani, Wulandari and Margianti, 2022).

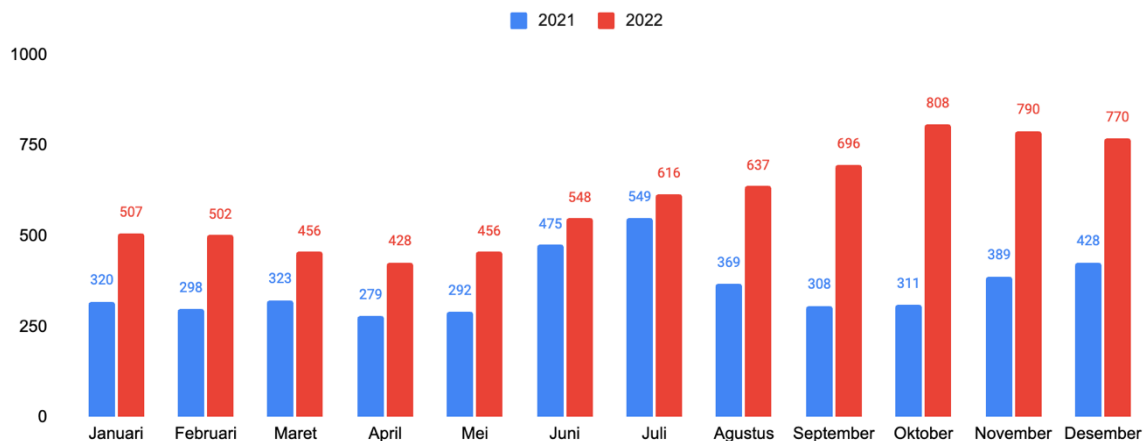
Terlaksananya MPP yang efektif memerlukan peran seorang *case manager*. *Case manager* adalah seorang tenaga medis, baik perawat maupun dokter dengan kualifikasi tertentu. *Case manager* berperan dalam memberikan keahlian dan dukungan yang berkesinambungan melalui penilaian komprehensif, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi menyeluruh terkait kebutuhan pasien, mulai dari saat pasien datang hingga saat perencanaan pulang (Safar, 2022).

Peran *case manager* adalah memenuhi kebutuhan asuhan pasien, mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien, dan mengoptimalkan proses *reimbursement*. Secara umum, *case manager* melakukan beberapa aktivitas, yaitu mengidentifikasi pasien untuk intervensi manajemen pelayanan pasien, berkolaborasi dengan dokter dan pasien untuk merumuskan hasil yang diharapkan, dan memantau intervensi yang relevan dengan rencana manajemen pelayanan pasien. Kegiatan lainnya meliputi memantau kemajuan pasien kearah hasil yang diharapkan, menyarankan alternatif intervensi yang praktis dan efisien dari segi biaya, dan memastikan sumber-sumber klinis

untuk mencapai hasil yang diharapkan (KARS, 2017).

Case manager juga bertugas menetapkan jalur komunikasi dengan manajer departemen serta mendampingi pasien dan keluarganya dalam seluruh proses pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keberadaan *case manager* di rumah sakit diharapkan dapat membuat biaya pelayanan menjadi efektif, memperkuat orientasi pelayanan holistik, dan memastikan kontinuitas pelayanan di seluruh tatanan pelayanan kesehatan. Selain itu, *case manager* juga berperan dalam mengurangi durasi rawat inap, mencegah rawat inap yang tidak diperlukan, menurunkan frekuensi serta jenis pemeriksaan yang tidak relevan, mengurangi biaya yang tidak perlu, dan menurunkan angka readmisi pasien (KARS, 2017).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Safar (2022) menunjukkan bahwa tugas pokok dan fungsi *case manager* di Rumah Sakit UI (RS UI) belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit. Hasil serupa juga didapatkan dari penelitian Salas Auladi (2022) bahwa peran *case manager* di unit perawatan intensif belum optimal dalam upaya pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan. Hal ini bertolak belakang dengan yang disebutkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bahwa *case manager* dapat memberikan asuhan pasien yang bermutu dengan biaya efektif (KARS, 2017).



Gambar 1. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap di RS UI Tahun 2021 dan 2022

RS UI mulai bekerja sama dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak akhir tahun 2020. Seiring dengan berjalannya waktu, jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan di RS UI meningkat dengan drastis (Gambar 1). Pada tahun 2022, terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat inap di RS UI menjadi 7.216 kunjungan. Peningkatan sebesar 66,2% dibandingkan tahun

2021 disebabkan oleh penetapan RS UI sebagai salah satu rumah sakit rujukan COVID-19. Peningkatan kunjungan secara drastis terjadi pada pasien BPJS Kesehatan, yaitu sebanyak 4.682 kunjungan (64,88%). Kunjungan pasien BPJS Kesehatan mengalami kenaikan sebesar 220% dibandingkan kunjungan pasien pada tahun 2021. Pembiayaan layanan kesehatan di RS UI mengalami

pergeseran dari yang sebelumnya didominasi oleh pembiayaan dari Kementerian Kesehatan menjadi didominasi oleh pembiayaan melalui BPJS Kesehatan.

Strategi yang disusun oleh RS UI tidak hanya berfokus pada peningkatan jumlah kunjungan, tetapi juga perlu mempertimbangkan keterbatasan tarif INA-CBG's. Untuk memastikan pelayanan optimal dengan pembiayaan yang efisien, peran *case manager* dalam kendali mutu dan kendali biaya menjadi sangat penting. Penelitian yang dilakukan di RSUP dr. Hasan Sadikin menunjukkan bahwa *case manager* dinilai belum secara efektif meningkatkan upaya pengendalian mutu dan biaya (Auladi, 2022). Hasil penelitian Safar (2022) mendapatkan bahwa peran *case manager* belum optimal dan nilai selisih negatif antara tarif RS dan tarif INA-CBG's masih menunjukkan -21,19%. Sebanyak 49% pasien JKN di RS UI merupakan pasien bedah sehingga diperlukan evaluasi terhadap peran *case manager* dalam pengendalian biaya pasien JKN tanpa mengesampingkan mutu pelayanan.

Penelitian ini menilai komponen proses, yaitu peran *case manager* rawat inap rumah sakit. Struktur proses tersebut terbagi menjadi karakteristik dari pasien rawat inap bedah dengan penjaminan JKN. Karakteristik yang dilihat adalah jenis kelamin, usia, kelas BPJS, dan tingkat keparahan (*severity level*) dalam bentuk deskriptif. Selain itu, karakteristik lain yang dievaluasi adalah berkas klaim (tarif INA-CBG's dan berkas tagihan rumah sakit), peran *case manager*, dan profesional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja sama dengan *case manager*. PPA yang dimaksud adalah perawat, dokter penanggung jawab pasien (DPJP), dokter jaga, apoteker, laboran, dan radiolog. Pada bagian proses, peran *case manager* rawat inap adalah sebagai koordinator, fasilitator, *problem solver*, perencanaan, edukator, konselor, advokasi, dan manajer finansial.

Output dari peran *case manager* rawat inap berupa kendali mutu pelayanan dan kendali biaya. Kendali mutu pelayanan diukur melalui indikator *Length of Stay* (LOS), tingkat kepuasan pasien, kepatuhan penerapan *clinical pathway*, kepatuhan visit dokter, dan penundaan operasi elektif. Sementara itu, kendali biaya diukur dari selisih klaim INA-CBG's dan tagihan RS (biaya obat, biaya BMHP, biaya alat kesehatan, dan biaya pemeriksaan penunjang), serta formulasi biaya tindakan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi klaim, jenis tindakan terbanyak, dan peran *case manager* dalam upaya pengendalian mutu dan biaya pelayanan bagi pasien JKN.

METODE

Penelitian ini dilakukan di RS UI, Kota Depok, Jawa Barat. Pengambilan data sekunder dilakukan pada bulan Januari hingga Desember 2022, sedangkan pengumpulan data primer berupa wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD) dilaksanakan pada bulan Oktober 2023. Penelitian ini merupakan penelitian *mixed method* dengan pendekatan studi kasus. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pengguna JKN yang berkunjung ke RSUI dengan total sebanyak 4.509 kunjungan. Sampel penelitian mencakup seluruh pasien rawat inap bedah pengguna JKN pada tahun 2022. Jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 1.823 total kunjungan.

Kriteria informan pada wawancara mendalam adalah pegawai tetap di RS UI, dapat memberikan informasi yang jujur, memiliki ketersediaan waktu, dan dapat sukarela memberikan informasi. Kriteria inklusi pada penelitian ini berdasarkan metode pengambilan data melalui wawancara mendalam dan FGD adalah laki-laki atau perempuan berusia produktif (15-64 tahun), memiliki pendidikan minimal S1, merupakan pegawai tetap di RS UI, dan sudah bekerja minimal 1 tahun di RS UI. Kriteria eksklusinya adalah informan tidak bersedia untuk diwawancarai, sedang terlibat dalam proses hukum, atau sedang menjalani masa *probation*.

Data sekunder yang dikumpulkan terkait data tagihan RS dan tarif-INA-CBG's adalah data tagihan pasien rawat inap dengan penjaminan JKN di RS UI tahun 2022. Data sekunder dari Komite Mutu Rumah Sakit, yaitu data terkait tingkat kepuasan pasien, kepatuhan penerapan *clinical pathway*, kepatuhan visit dokter, dan penundaan operasi elektif pada tahun 2022 di RS UI. Data sekunder terkait data tagihan RS dan tarif-INA-CBG's termasuk kriteria inklusi jika data tagihan pasien rawat inap bedah yang dilakukan perawatan di ruang rawat intensif (ICU) dan data tidak lengkap. Setelah diseleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, diperoleh 1.610 berkas tagihan RS dan tarif INA-CBG's sebagai sampel.

Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien, hasil telaah dokumen tagihan pasien rawat inap bedah di RS UI, tarif INA-CBG's, laporan operasi, dan data dari Komite Mutu Rumah Sakit. Data dari Komite Mutu yang tidak lengkap terkait tingkat kepuasan pasien, kepatuhan terhadap penerapan *clinical pathway*, kepatuhan visit dokter, dan penundaan operasi elektif menjadi kriteria eksklusi penelitian ini. Data telaah dokumen tagihan RS dan tarif INA-CBG's diolah menggunakan *Microsoft Excel* dan dilakukan pivot data. Pada tiga tindakan dengan frekuensi tertinggi, dilakukan studi

kualitatif lanjutan melalui FGD bersama informan yang berkompeten untuk merumuskan formulasi pembiayaan tindakan. Informan tersebut adalah DPJP, manajer keuangan, manajer pelayanan medis, tim *case manager*, tim tarif, dan tim farmasi.

Data kualitatif juga diperoleh melalui metode wawancara mendalam dengan subjek terpilih untuk mengetahui peran *case manager* dalam kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap bedah di RS UI. Subjek terpilih meliputi direktur pelayanan medik, manajer pelayanan medik, manajer keperawatan, manajer penunjang medis, manajer rawat jalan dan rawat inap, manajer akuntansi dan keuangan, ketua komite mutu dan keselamatan pasien, kepala unit COT, kepala unit farmasi, *case manager* rawat inap, DPJP tindakan terbanyak, apoteker, perawat rawat inap, dokter umum rawat inap, staf *casemix*, dan verifikasi BPJS Kesehatan. Pedoman wawancara dibuat oleh peneliti dengan pedoman KARS dan metode 5 M + 1 E (*Man, Money, Method, Measurement, Machine, dan Environment*).

Metode triangulasi digunakan pada penelitian kualitatif untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas data. Validasi penelitian kualitatif menggunakan metode triangulasi sumber data dan triangulasi metodologi. Pada triangulasi sumber data, peneliti menggunakan lebih dari satu sumber data dan lebih dari satu informan yang dianggap mempunyai sudut pandang berbeda (Afifuddin, 2012). Penelitian ini menggunakan data dari telaah dokumen, observasi, wawancara, dan FGD. Pada metode triangulasi metodologi, penelitian

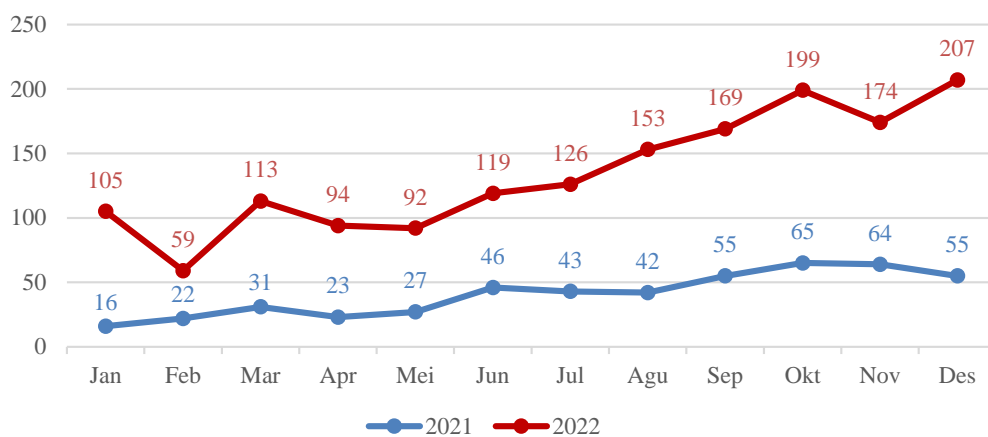
menggunakan lebih dari satu metode untuk meneliti hal yang sama (Sugiyono, 2014).

Data dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif-analitik. Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan bantuan *Microsoft Excel*. Pada tahap *data cleaning*, data disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian dilanjutkan dengan proses *editing* data. Pada analisis data kualitatif terdiri dari proses reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

HASIL

Analisis Klaim Rawat Inap Bedah di RS UI

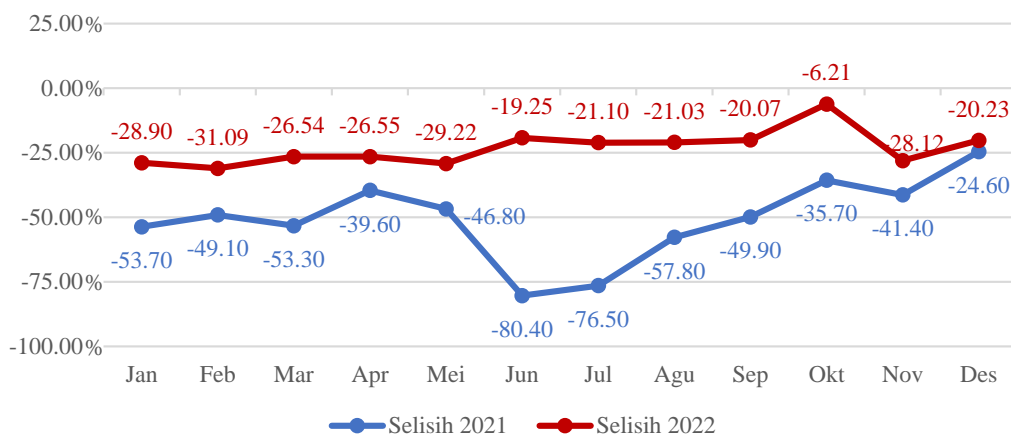
Jumlah kunjungan pasien rawat inap bedah yang menjalani tindakan menunjukkan tren meningkat atau tren positif sepanjang tahun 2021 hingga 2022 (Gambar 2). Pada September 2021, jumlah kunjungan pasien rawat inap bedah di RS UI tercatat sebanyak 55 kunjungan. Jumlah tersebut meningkat lebih dari tiga kali lipat pada September 2022, yaitu mencapai 169 kunjungan. Jumlah kunjungan pasien pada bulan Oktober 2021 ada sebanyak 65 kunjungan dan pada bulan Oktober 2022 ada sebanyak 199 kunjungan. Jumlah tersebut juga mengalami peningkatan tiga kali lipat. Jumlah kunjungan pasien tertinggi pada tahun 2022 terjadi pada bulan Desember, dengan total 207 kunjungan. Angka ini meningkat sebesar 3,76 kali dibandingkan dengan bulan Desember pada tahun 2021, yang hanya mencatat 55 kunjungan. Secara keseluruhan, jumlah kunjungan pasien tindakan pada tahun 2022 mengalami kenaikan sebesar 229,24% dibandingkan pada tahun 2021.



Gambar 2. Grafik Tren Kunjungan Pasien Tindakan Rawat Inap Bedah di RS UI Tahun 2021-2022

Persentase selisih antara tarif RS dan tarif INA-CBG's untuk pasien tindakan bedah di RS UI pada tahun 2021 dan 2022 menunjukkan tren negatif yang dapat dilihat pada Gambar 3. Persentase selisih tarif terbesar terjadi pada bulan Juni 2021 dengan nilai -80,40%. Namun, pada bulan Juni 2022 selisih tarif sudah semakin kecil menjadi -19,25%. Pada tiga bulan terakhir tahun 2022, selisih tarif RS dengan tarif INA-CBG's untuk pasien tindakan bedah umum sudah semakin kecil. Data menunjukkan bahwa pada bulan Oktober 2022 terdapat selisih persentase tarif mencapai -6,21%.

Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan dalam kendali biaya untuk tindakan bedah umum di RS UI. Jika dibandingkan dengan data tahun 2021, rata-rata persentase selisih antara tarif RS dan tarif INA-CBG's untuk pasien tindakan bedah di tahun 2022 mengalami penurunan yang signifikan. Pada tahun 2021, rata-rata persentase selisih tercatat sebesar -56,58%, sedangkan pada tahun 2022 menurun menjadi -21,19%. Target persentase selisih tarif yang ditetapkan RS UI adalah sebesar -35%. Dengan demikian, persentase selisih tarif pada tahun 2022 telah memenuhi target dan dapat dikategorikan sudah baik.



Gambar 3. Persentase Selisih Tarif INA-CBG's Pasien Tindakan Bedah Secara Keseluruhan

Pada tahun 2022, sebanyak 78,26% pasien memiliki LOS ≤ 4 hari. Ketentuan Kemenkes untuk LOS adalah LOS ≤ 6 hari dan ditemukan hasil persentase pasien mencapai 94,41%. Data pada tahun 2021, persentase pasien dengan LOS ≤ 4 hari sebesar 69,1% dan LOS ≤ 6 hari sebesar 82,8%. Jika

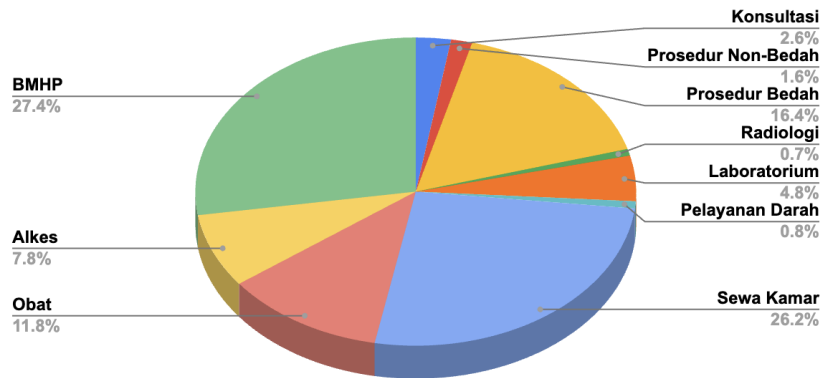
dibandingkan antara tahun 2021 dan 2022 dapat dikatakan bahwa LOS pasien rawat inap bedah RS UI yang optimal (yaitu < 4 hari) pada tahun 2022 telah mengalami peningkatan. Data lebih lengkap terkait perbandingan LOS pasien rawat inap bedah tahun 2021–2022 dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. LOS Pasien Rawat Inap Bedah di RS UI Tahun 2021 – 2022

2021			2022		
LOS (RS UI)	n	%	LOS (RS UI)	n	%
≤ 4 hari	338	69,1	≤ 4 hari	1260	78,26
> 4 hari	151	30,9	> 4 hari	350	21,74
Total	489	100	Total	1610	100
LOS (Kemenkes)	n	%	LOS (Kemenkes)	n	%
≤ 6 hari	405	82,8	≤ 6 hari	1520	94,41
> 6 hari	84	17,2	> 6 hari	90	5,59
Total	489	100	Total	1610	100

Data pada Gambar 4 menunjukkan bahwa tagihan paling banyak adalah komponen tagihan BMHP. Total persentase tagihan BMHP adalah sebesar 27,44%. Komponen tagihan sewa kamar menduduki posisi kedua dengan jumlah sebesar

26,23%. Posisi ketiga komponen tagihan tindakan bedah paling banyak di RS UI adalah komponen tagihan prosedur bedah dengan jumlah sebesar 16,4%.



Gambar 4. Komponen Tagihan Tindakan Bedah di RS UI Tahun 2022

Sumber: Data Internal RS UI

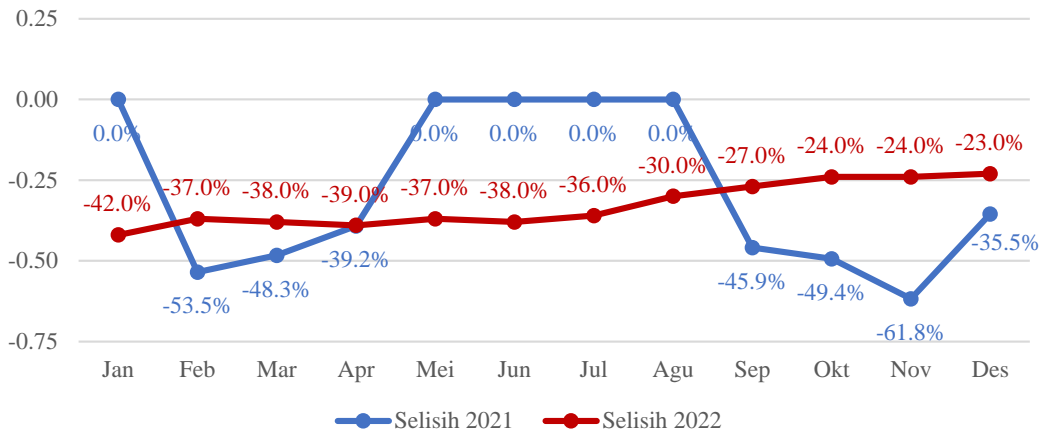
Analisis Klaim Tiga Tindakan Terbanyak di RS UI

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa tiga tindakan terbanyak di RS UI adalah tindakan odontektomi, *sectio caesaria* (SC), dan AV shunt.

Analisis Klaim Odontektomi

Hasil penelitian mendapatkan bahwa total kunjungan pada tahun 2021 adalah sebanyak 62 kunjungan. Pada tahun 2022, jumlah kunjungan tercatat sebanyak 573 kunjungan. Data tersebut

menunjukkan bahwa tren jumlah kunjungan pasien tindakan odontektomi terus meningkat dibandingkan tahun 2021. Jumlah kunjungan tindakan odontektomi pada tahun 2022 mengalami peningkatan sebesar 824%. Rata-rata selisih tarif RS dengan tarif INA-CBG's untuk tindakan odontektomi pada tahun 2022 adalah -31,24%. Pada tahun 2021, persentase selisih tarif untuk pasien tindakan odontektomi adalah -50,35%. Persentase selisih tarif tersebut menunjukkan tren negatif dengan kecenderungan mengalami perbaikan setiap bulannya yang dapat dilihat pada Gambar 5.

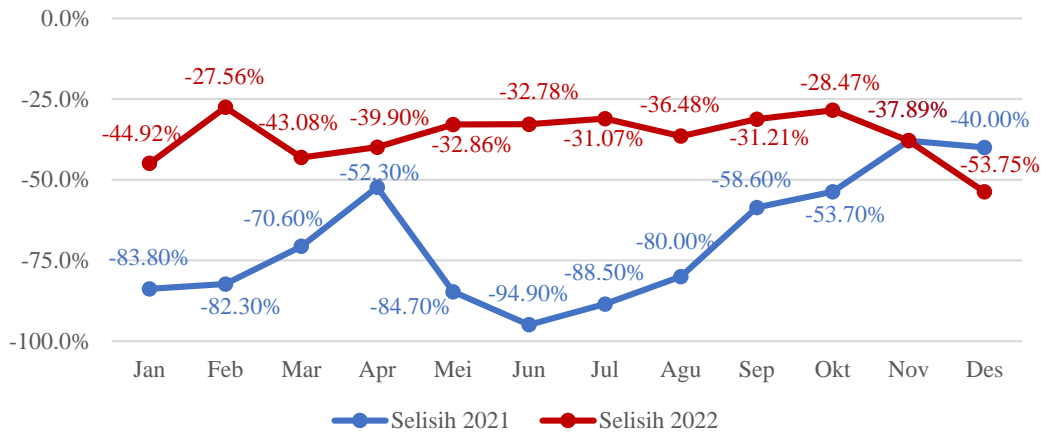


Gambar 5. Persentase Selisih Tarif Tindakan Odontektomi

Analisis Klaim SC

Tren jumlah kunjungan pasien tindakan SC sepanjang tahun 2022 cenderung fluktuatif. Total kunjungan pada tahun 2022 berjumlah 77 kunjungan. Jumlah tersebut meningkat sebesar 16% dibandingkan total kunjungan pada tahun 2021 yang hanya berjumlah 68 kunjungan. Tindakan SC

menunjukkan persentase selisih tarif dengan kecenderungan margin negatif, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 6. Persentase rata-rata selisih tarif RS dengan tarif INA-CBG's pada tahun 2022 adalah -36,52%. Persentase tersebut menunjukkan ada perbaikan karena rata-rata selisih tarif pada tahun 2021 adalah -85,90%.

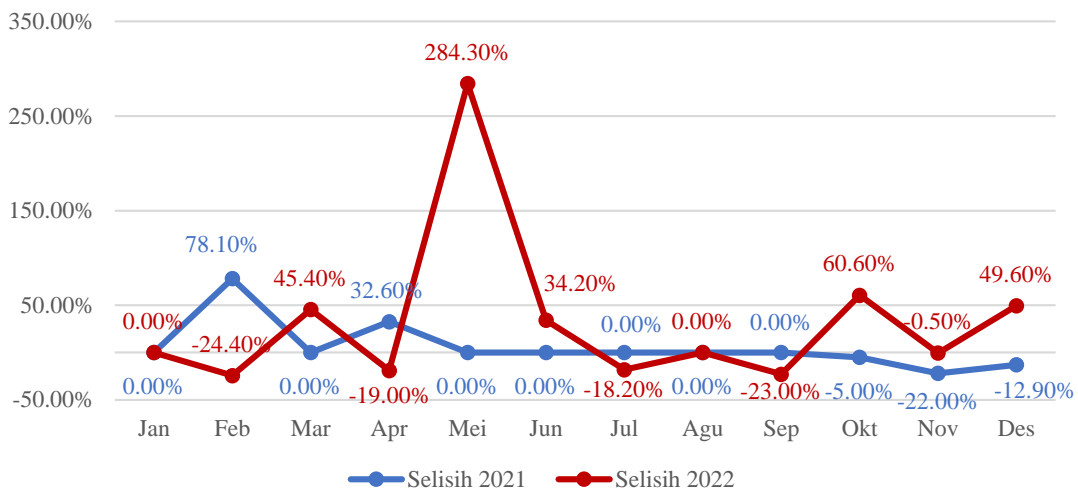


Gambar 6. Persentase Selisih Tarif Tindakan SC

Analisis Klaim AV Shunt

Tren jumlah kunjungan pasien tindakan AV shunt sepanjang tahun 2022 bersifat fluktuatif dengan jumlah total 41 pasien. Jika dibandingkan dengan tahun 2021, jumlah kunjungan pasien untuk tindakan AV shunt pada tahun 2022 mengalami peningkatan sebesar 273%. Pada pasien tindakan AV shunt didapatkan 100% memiliki LOS ≤ 4 hari.

Rata-rata selisih tarif RS dengan tarif INA-CBG's tindakan AV shunt pada tahun 2022 di RS UI adalah +13,07%. Sementara itu, rata-rata selisih tarif RS dengan tarif INA-CBG's tindakan AV shunt pada tahun 2021 hanya sebesar +4%. Tren persentase selisih tarif untuk pasien tindakan AV shunt bersifat fluktuatif dengan kecenderungan margin positif yang dapat dilihat pada Gambar 7.



Gambar 7. Tren Persentase Selisih Tarif Tindakan AV Shunt Tahun 2021 – 2022

Persepsi Case manager di RS UI

Peneliti melakukan wawancara terhadap 10 informan dari pihak manajemen rumah sakit, 6 orang dari PPA, dan 2 orang dari casemix. Secara umum, seluruh informan sudah mengetahui mengenai case manager di RS UI. Case manager di RS UI telah diterapkan sejak tahun 2021. Pada Pedoman Organisasi RS UI, case manager berada di bawah unit Pengelolaan Kasus, Kendali Mutu, dan Kendali Biaya (PK-KMKB). Unit ini dikoordinasikan oleh seorang koordinator case manager dan dikepalai oleh seorang kepala unit.

Case manager di RS UI terdiri dari 2 orang case manager rawat jalan, 1 orang case manager rawat inap, dan 2 orang case manager asuransi. Para informan mengetahui bahwa case manager memiliki peran dalam kendali mutu dan kendali biaya. Case manager telah berperan dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya melalui pengawasan terhadap proses penanganan pasien. Hal ini dinyatakan dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Case manager di RS UI fungsinya untuk mengawal penanganan pasien dalam hal pemeriksaan atau misalnya tindakan atau laboratorium, radiologi yang memang perlu atau tidak diperlukan. Jadi mengawal proses

kendali mutu dan kendali biaya.” (Informan A-04)

“Hmm mungkin sepengetahuan saya case manager di RS UI itu adalah orang yang mengurus pasien dari awal pasien itu admit, dari masuk, sampai pasien pulang. Case manager ini adalah yang memberikan edukasi pasien apabila ada masalah pasien di saat perawatan, kemudian mungkin case manager ini yang menjawab acc an terhadap mungkin rencana tindakan, rencana diagnostik, atau obat-obatan pasien yang sesuai bergantung pada pagu dari pasien BPJS untuk pasien-pasien BPJS” (Informan B-04)

Empat informan mengatakan bahwa *case manager* berperan dalam kendali mutu dan kendali biaya, sedangkan tujuh informan mengatakan *case manager* berperan dalam kendali biaya. Enam informan juga mengatakan bahwa *case manager* berperan dalam pengelolaan pasien/manajemen kasus dan satu orang informan belum mengetahui peran *case manager*. Informan tersebut menganggap *case manager* sebagai kepala *casemix*. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 76,47% informan berpendapat bahwa peran *case manager* di RS UI sudah optimal. Sisanya atau sebanyak 23,52% informan mengatakan belum optimal. Berikut kutipan wawancaranya:

“Secara keseluruhan hmm yang jelas masih ada area untuk improvement, artinya masih belum ideal atau belum 100% optimal, mungkin masih ada area improvement untuk perbaikan” (Informan A-09)

“Nah kalau dibandingkan dengan definisi case manager yang sesungguhnya menurut teori sebenarnya sih masih belum optimal karena kita masih berfokus hanya pada pembiayaan saja tapi untuk ke istilah case manager sesungguhnya harusnya kita ke pasien centered gitu jadi harusnya manager pelayanan pasien semuanya nih baik terhadap keluhan pasien terus kelancaran pelayanan.” (Informan C-02)

Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa peran *case manager* belum optimal karena alasan terdapat gap atau ketimpangan pada peran *case manager* terkait regulasi. Regulasi yang dimaksud adalah pedoman pengorganisasian *case manager* dengan pedoman KARS. Masih terdapat

kebijakan yang bersifat subjektif, yaitu peran *case manager* lebih difokuskan pada aspek pengelolaan pembiayaan pasien. Namun, hasil wawancara dengan *case manager* menyampaikan bahwa *case manager* sudah menjalankan fungsi *assessment*, perencanaan, komunikasi, koordinasi, edukasi, dan advokasi.

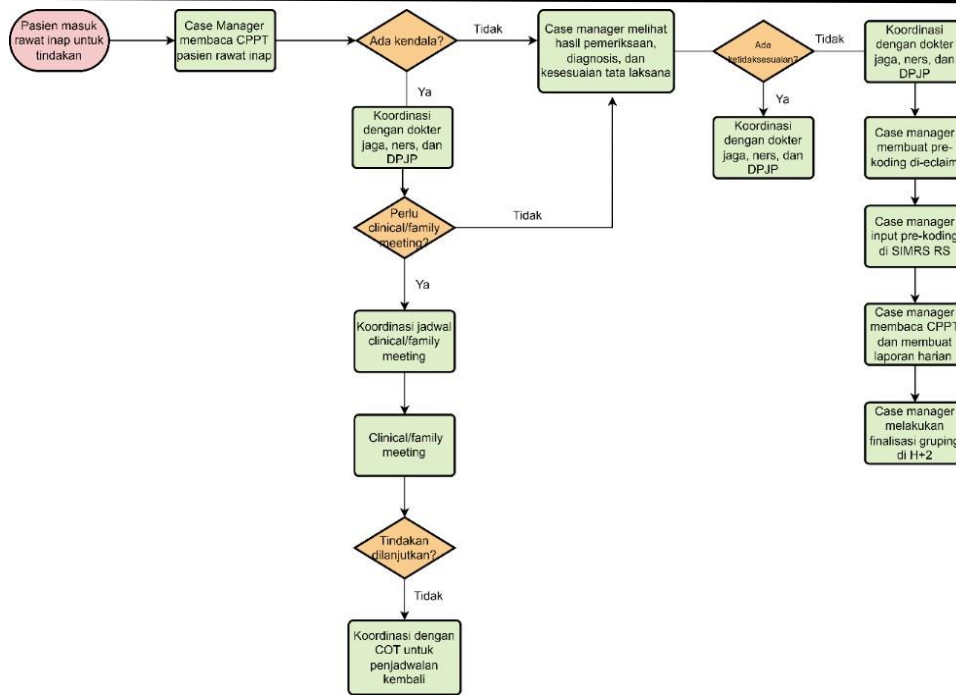
Aktivitas dan Peran Case Manager di RS UI

Hasil wawancara dengan *case manager* menunjukkan bahwa aktivitas yang dilakukan oleh *case manager* cukup banyak. Kegiatan yang dilakukan tidak hanya terkait kendali biaya, tetapi juga melakukan kendali mutu dengan melakukan koordinasi dengan DPJP, dokter jaga, perawat, dan bagian farmasi. Ketika menjalankan aktivitasnya, *case manager* masih bekerja dengan cara manual terhadap pembacaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), perhitungan prekoding, monitoring tagihan dan pagu berjalan pasien, dan visitasi pasien. Oleh karena itu, perlu dikembangkan media digital dengan bantuan dari tim IT untuk membuat suatu *dashboard* khusus *case manager*.

Kebijakan internal RS UI dalam menentukan peran, fungsi, maupun tugas pokok *case manager* dituangkan dalam Pedoman Pengorganisasian Unit PK-KMKB RS UI. *Case manager* di RS UI sudah pernah mendapatkan pelatihan mengenai *case manager*. Hasil wawancara dengan *case manager* di RS UI menunjukkan bahwa dalam proses prekoding belum terdapat sosialisasi rutin dari unit *casemix* terkait prosedur klaim. Sebagian besar informan belum mengetahui sepenuhnya terhadap aktivitas yang dilakukan oleh *case manager* sehari-hari. Adapun dalam menjalankan pekerjaannya, kendala yang dialami oleh *case manager* adalah melakukan prioritas tugas yang dikerjakan karena pekerjaannya yang banyak. Hasil observasi dan wawancara dengan *case manager* menunjukkan bahwa alur kerja *case manager* cukup kompleks dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan pasien. Alur kerja *case manager* dapat dilihat pada Gambar 8.

Fungsi Komunikasi dengan Case Manager

Hasil wawancara mendalam dengan informan didapatkan bahwa *case manager* sudah melakukan fungsi komunikasi dan koordinasi dengan PPA. PPA yang terlibat adalah dokter umum, dokter jaga, perawat, apoteker, dan juga tim admisi atau registrasi pasien. Komunikasi yang dijalankan oleh *case manager* dengan lintas sektor juga sudah baik.



Gambar 8. Alur Kerja *Case manager* RS UI untuk Pasien Bedah

Sumber: Pedoman Pengorganisasian Unit PK-KMKB RS UI

Konflik Internal antara DPJP dan Case Manager

Hasil wawancara dengan informan DPJP terkait konflik internal, didapatkan sebanyak 66,67% informan menyatakan tidak ada konflik internal dengan *case manager*. Hanya satu informan (33,33%) yang mengaku pernah mengalami konflik internal dengan DPJP karena terkait dengan proses persetujuan atau *approval*. Hasil wawancara mendalam dengan *case manager* menyampaikan bahwa dalam menjalankan aktivitasnya dapat mengalami konflik. Akan tetapi, hal tersebut masih bisa ditangani karena memiliki komunikasi yang baik dengan sektor lain, baik PPA maupun tenaga non-nakes.

Kendala Case Manager dalam Menjalankan Tugas

Ukuran kinerja *case manager* dituangkan dalam bentuk efisiensi, yang diukur melalui persentase target selisih klaim antara tarif RS dan pagu atau plafon BPJS, serta kesesuaian dengan *clinical pathway*. Target selisih klaim antara tarif RS dengan plafon BPJS yang ditetapkan adalah sebesar -35%. Secara keseluruhan, selisih klaim antara tarif RS dengan plafon BPJS pasien sudah sesuai dengan target, yaitu -21,19%.

Perhitungan efisiensi dilakukan menggunakan perhitungan selisih klaim. Hal ini disebabkan oleh belum adanya perhitungan unit *cost* di rumah sakit. Pada tahun 2022, jumlah *case manager* rawat inap yang bertugas di RS UI hanya ada satu orang. Tugas *case manager* mencakup pengelolaan seluruh pasien

rawat inap bedah, rawat inap non-bedah, ICU, dan NICU dengan penjaminan BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Kemenkes-BPJS, bantuan sosial (Bansos), Jasa Raharja, dan Global Fund. Saat ini, RS UI belum memiliki kebijakan internal yang mengatur rasio *case manager*.

Peran Case Manager dalam Mengendalikan LOS

Case manager mengendalikan LOS pasien melalui *clinical pathway* dan memantau perkembangan kondisi pasien melalui CPPT. Pengendalian LOS juga dilakukan dengan berkomunikasi secara rutin dengan DPJP dan melakukan monitoring terhadap pagu atau plafon biaya pasien. Hasil wawancara mendalam terhadap informan, target LOS untuk pasien bedah adalah 4 hari.

Peran Case Manager dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien

Pada indikator mutu nasional, target kepuasan pasien adalah $\geq 76,61\%$. Hasil data mengenai tingkat kepuasan pasien di RS UI pada tahun 2022 menunjukkan bahwa target bulanan selalu tercapai dengan rata-rata tingkat kepuasan sebesar 88,67%. Tahun 2021, rata-rata tingkat kepuasan pasien adalah 88,2%. Peran *case manager* dalam meningkatkan kepuasan pasien dilakukan melalui pemberian edukasi kepada pasien, partisipasi dalam *clinical meeting* atau *family meeting*, dan pemberian respons cepat dalam pelayanan pasien. *Case manager* juga berperan dalam melakukan

pengendalian biaya, salah satunya terkait dengan pemberian *approval*.

Peran Case Manager dalam Meningkatkan Kepatuhan Visit Dokter

Data dari indikator mutu nasional, target pencapaian untuk indikator kepatuhan visit dokter adalah $\geq 80\%$. Kepatuhan visit dokter di RS UI adalah sebagian besar sudah mencapai target. Hanya terdapat satu bulan dimana target belum tercapai, yaitu di bulan Juni 2022 (77%). Hasil wawancara mendalam terhadap informan penelitian, diketahui bahwa *case manager* lebih sering berkoordinasi dengan dokter jaga di ruangan maupun secara langsung kepada DPJP untuk pasien yang belum mendapatkan visit dokter. *Case manager* yang bertugas hanya ada satu orang sehingga terkait dengan kepatuhan visit, *case manager* dibantu oleh *head nurse* di ruangan yang berkoordinasi dengan dokter jaga dan DPJP.

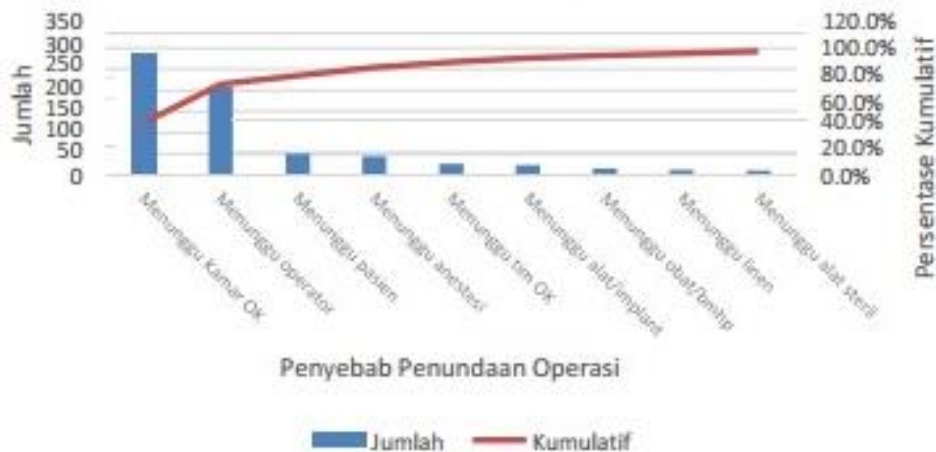
Implementasi Pelaksanaan Clinical Pathway di RS UI

Alat yang digunakan oleh *case manager* dalam melaksanakan aktivitas sehari-harinya adalah *clinical pathway* dan Panduan Praktik Klinis (PPK). RS UI sudah memiliki *clinical pathway*, tetapi belum banyak *clinical pathway* yang sudah dilaksanakan. Hasil wawancara dengan *case manager*, jumlah *clinical pathway* yang ada di RS UI sebanyak 8 buah. Pada indikator mutu nasional,

target kepatuhan implementasi *clinical pathway* adalah $\geq 80\%$. Data di RS UI, target kepatuhan implementasi terhadap *clinical pathway* sudah tercapai dengan rata-rata pencapaian sebesar 88,51% pada tahun 2022. Sementara itu, pada tahun 2021 belum ada perhitungan mengenai kepatuhan *clinical pathway*. *Case manager* menggunakan *clinical pathway* sebagai pedoman dalam melaksanakan aktivitasnya, tetapi belum semua tindakan memiliki *clinical pathway*.

Penundaan Operasi Elektif

Pada indikator mutu nasional, target pencapaian untuk penundaan operasi adalah $\leq 5\%$. Data tahun 2022 menunjukkan bahwa RS UI belum mencapai target terhadap penundaan operasi elektif. Rata-rata penundaan operasi elektif di RS UI pada tahun 2022 adalah 13,54%. Data untuk tahun 2021 tidak tersedia karena belum ada perhitungan data yang diberikan kepada Komite Mutu Rumah Sakit terkait penundaan operasi elektif di RS UI. Hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen di kamar operasi, diketahui bahwa sebesar 13,54% pasien pada tahun 2022 mengalami penundaan tindakan operasi. Laporan data penyebab penundaan operasi elektif di RS UI pada tahun 2022 dapat dilihat pada Gambar 9. Penyebab penundaan operasi elektif tertinggi pada tahun 2022 adalah menunggu kamar OK, menunggu operator, dan menunggu persiapan pasien.



Gambar 9. Penyebab Penundaan Operasi Elektif di RS UI Tahun 2022

Sumber: Data Internal RS UI

Upaya RS UI dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya selain dari Case Manager

Pihak yang melakukan kendali mutu dan kendali biaya selain dari *case manager* adalah tim manajemen, yang rutin melakukan rapat KMKB setiap minggu. Rapat dipimpin oleh Direktur Pelayanan Medik dan dilakukan *morning meeting* setiap hari untuk membahas kendala yang terjadi. Unit yang terlibat adalah farmasi dan *Central Sterile Supply Department* (CSSD), unit pengadaan rumah

sakit, tim keperawatan, tim dokter jaga, tim *casemix*, dan tim kamar operasi.

Perhitungan Formulasi Biaya berdasarkan Hasil FGD

Perhitungan formulasi biaya di RS UI dilakukan dengan perhitungan biaya langsung dari penggunaan BMHP, obat, pemeriksaan terkait laboratorium, pemeriksaan radiologi, dan penggunaan alat

kesehatan. RS UI belum melakukan perhitungan *unit cost* dalam perhitungan formulasi biaya maupun perhitungan tarif. Berikut hasil evaluasi perhitungan terbaru dari formulasi biaya yang dibantu oleh peneliti melalui FGD.

Perhitungan Formulasi Biaya Pasien Odontektomi

Hasil FGD didapatkan bahwa dokter yang melakukan tindakan odontektomi adalah dokter spesialis bedah mulut. Peneliti juga menemukan data terkait keputusan untuk melakukan evaluasi paket tindakan odontektomi dengan hasil penggunaan BMHP tercatat sebesar Rp1.407.342. Sementara itu, untuk obat rawat inap dan pulang sebesar Rp112.596 dan tidak ada penggunaan sewa alat. Pemeriksaan laboratorium yang akan dilakukan adalah hematologi lengkap, glukosa sewaktu, *Protrombin Time* (PT), dan *Activated Partial Thromboplastin Time* (APTT) dengan total biaya sebesar Rp205.000. Pemeriksaan radiologi rontgen toraks tetap dilakukan dengan biaya sebesar Rp113.000.

Hasil dari FGD juga menunjukkan bahwa LOS pasien yang diharapkan adalah dua hari. Salah satu upaya pengendalian LOS adalah memastikan pasien datang ke rumah sakit satu hari sebelum tindakan (H-1) untuk menjalani persiapan perawatan. Upaya lainnya meliputi kunjungan DPJP yang dilakukan pada pagi hari serta pengorderan obat pada malam sebelum kepulangan pasien agar mempercepat proses pemulihan. Secara umum, peran *case manager* dalam penanganan pasien odontektomi dinilai sudah optimal sehingga tidak diperlukan penambahan peran tambahan terkait upaya pengendalian LOS.

Perhitungan Formulasi Biaya Pasien SC

Dokter yang melakukan tindakan SC adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Hasil dari FGD menemukan terkait keputusan untuk melakukan evaluasi paket tindakan SC dengan hasil penggunaan obat dan BMHP di kamar operasi adalah Rp1.936.632. Penggunaan obat dan BMHP ruang rawat inap dan pulang adalah Rp67.866. dan tidak ada penggunaan sewa alat. Pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan adalah pemeriksaan hematologi lengkap, glukosa sewaktu, PT, APTT, dengan total biaya sebesar Rp205.000 dan pemeriksaan radiologi sebesar Rp113.000.

LOS yang diharapkan adalah tiga hari. Upaya yang perlu dilakukan adalah pasien datang ke RS untuk mendapatkan perawatan di H-1 tindakan dan memaksimalkan persiapan pasien di rawat jalan. Upaya lainnya adalah konsultasi ke dokter anastesi dapat dilakukan via telepon, kecuali untuk kasus dengan risiko tinggi, dan mengoptimalkan

pemberian obat anti-nyeri pasien agar mobilisasi lebih cepat. Peran tambahan yang perlu dijalankan oleh *case manager* untuk tindakan SC adalah melakukan *update* terhadap paket tindakan SC secara berkala. *Case manager* juga melakukan koordinasi dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) untuk pemberian IUD pada pasien post-SC.

Perhitungan Formulasi Biaya Pasien AV Shunt

Hasil dari FGD diperoleh informasi bahwa dokter yang melakukan tindakan adalah dokter spesialis bedah toraks dan vaskular. Paket AV shunt yang dibuat dari komponen obat dan BMHP di kamar operasi adalah sebesar Rp1.465.828. Penggunaan obat dan BMHP di rawat inap dan pulang sebesar Rp 69.522 dan tidak ada penggunaan sewa alat. Pemeriksaan laboratorium sebesar Rp595.000 dan pemeriksaan radiologi sebesar Rp113.000.

LOS pasien yang diharapkan adalah dua hari. Upaya yang perlu dilakukan untuk mengendalikan LOS tindakan AV shunt adalah pasien datang ke RS untuk mendapatkan perawatan di H-1 tindakan dan memaksimalkan persiapan pasien di rawat jalan. Peran tambahan yang perlu dijalankan oleh *case manager* untuk tindakan AV shunt adalah melakukan sosialisasi terhadap pembuatan paket operasi dan melakukan sosialisasi terhadap *clinical pathway* pasien yang dilakukan tindakan AV shunt. *Case manager* juga perlu berkoordinasi dengan tim kamar operasi untuk melakukan penyesuaian hari masuk perawatan dengan jadwal hemodialisis pasien.

DISKUSI

Peran, Fungsi, dan Aktivitas Case manager

Kebijakan internal RS UI dalam menetapkan peran, fungsi, dan tugas utama *case manager* tertuang dalam Pedoman Pengorganisasian Unit PK-KMKB RS UI. Hasil observasi dan wawancara dengan *case manager*, diketahui bahwa pelaksanaan tugas *case manager* memiliki alur kerja yang kompleks dan mencakup fasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan pasien. Sehubungan dengan banyaknya tugas pokok atau aktivitas yang dilakukan oleh *case manager* di RS UI maka diperlukan pelaksanaan kegiatan secara efektif dan efisien. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah upaya digitalisasi dalam pembuatan laporan harian *case manager* karena pembuatan laporan harian yang dilakukan selama ini masih bersifat manual.

Jika dibandingkan antara pedoman organisasi yang dimiliki oleh RS UI dengan pedoman KARS, terdapat ketidaksesuaian yang dapat diidentifikasi.

Hal itu adalah tugas pokok atau peran *case manager* di RS UI lebih berfokus untuk melakukan kendali biaya. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Safar (2022), didapatkan hasil bahwa pada tahun 2021 *case manager* di RS UI belum memiliki regulasi, panduan, maupun SOP. Namun, saat penelitian ini dilakukan sudah terdapat regulasi berupa pedoman organisasi, *clinical pathway*, dan PPK yang menjadi panduan *case manager* dalam menjalankan pekerjaannya. Berdasarkan pedoman KARS, rasio *case manager* dengan pasien seharusnya 1:50. Pada saat penelitian ini dilakukan di RS UI, jumlah *case manager* hanya ada satu orang dengan tugas pokok atau aktivitas yang banyak. Oleh karena itu, diperlukan perhitungan analisis beban kerja dan spesifikasi terkait dengan tugas pokok, fungsi, dan peran *case manager* di RS UI.

Melihat banyaknya tugas pokok *case manager* maka diperlukan identifikasi yang jelas terhadap tugas dan aktivitas yang dilaksanakan untuk mendukung efektivitas peran *case manager*. Hasil identifikasi tersebut dapat dituangkan dalam pedoman pengorganisasian di RS UI. Tugas-tugas yang berada di luar kewenangan *case manager*, seperti pembuatan prekoding dan perhitungan jasa medis operasi, sebaiknya dikembalikan kepada unit yang berwenang, yaitu unit *casemix*. Namun, hingga saat ini RS UI belum menyelenggarakan pertemuan antara *case manager* dan unit *casemix*. Pada prinsipnya, pembuatan prekoding untuk perhitungan jasa medis membutuhkan kerja sama maupun *update* kemampuan koding sehingga diperlukan pertemuan rutin antara *case manager* dengan unit *casemix*.

Pada penelitian Safar (2022), *case manager* belum memiliki ukuran kinerja dalam menjalankan pekerjaannya. Namun, pada tahun 2022 untuk pengukuran kinerja *case manager* sudah terlihat jelas. Ukuran kinerja *case manager* diukur melalui persentase target selisih klaim antara tarif RS dan pagu atau plafon BPJS maupun kesesuaian dengan *clinical pathway*. Pada tahun 2022, selisih klaim dan pencapaian kepatuhan *clinical pathway* yang ditargetkan sudah tercapai oleh *case manager*. Pengukuran kinerja *case manager* di RS UI saat ini lebih berfokus pada aspek kendali pembiayaan. Oleh karena itu, perlu disusun indikator kinerja yang juga mencerminkan peran dalam kendali mutu.

Analisis Kendali Biaya

Hasil penelitian menemukan telah terjadi perbaikan selisih tarif RS dan INA-CBG's secara keseluruhan. Pada tahun 2021 selisih tarif mencapai -56,58% dan menjadi -21,19% di tahun 2022. Untuk tiga tindakan terbanyak di RS UI juga didapatkan hasil bahwa tindakan odontektomi mengalami perbaikan dari yang selisih sebelumnya -50,35%

menjadi -31,24%. Pada tindakan SC yang selisih tarif awalnya -85,90% menjadi -36,66% dan tindakan AV shunt yang sebelumnya +4% menjadi +11,56%. Hal tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi perbaikan dalam hal kendali biaya pelayanan pasien JKN di RS UI yang dilakukan oleh *case manager*.

Kendali pembiayaan di RS UI menggunakan praktik *cost containment*. Praktik pengendalian biaya tersebut dilakukan melalui minimalisasi biaya variabel dan *total fixed cost*. Upaya lain yang diterapkan di RS UI mencakup penerapan *clinical pathway*, monitoring harian terhadap perkembangan pasien, serta pengendalian lama hari rawat. Cara untuk dapat mengatasi distorsi pada sistem pembiayaan tradisional adalah menggunakan metode penentuan tarif rawat inap yang berdasarkan aktivitas atau metode *Activity-Based Costing* (ABC). Metode ABC mengidentifikasi berbagai aktivitas yang terjadi dalam suatu organisasi dan mengumpulkan biaya yang timbul dari seluruh aktivitas tersebut (Asyari and Achyarsyah, 2022; Nurrokhmini, 2021).

Metode ABC menggunakan pendekatan dimana biaya ditimbulkan oleh adanya aktivitas yang dilakukan oleh pasien. Pendekatan ini menghasilkan informasi biaya yang lebih akurat sehingga formulasi tarif biaya juga akan lebih akurat. Informasi yang akurat tersebut mengenai biaya tarif rawat inap dapat membantu jajaran direksi maupun manajer dalam menganalisis profit rumah sakit. Informasi ini juga dapat digunakan untuk mengembangkan kinerja yang lebih inovatif, mendorong perbaikan manajemen, dan dapat berperan dalam perencanaan strategis rumah sakit (Asyari and Achyarsyah, 2022; Nurrokhmini, 2021).

Penelitian yang dilakukan Haqim and Pribadi (2019) membandingkan tarif yang dihitung dengan metode ABC dengan tarif yang dihitung dengan metode tradisional untuk tindakan SC tanpa penyulit di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa *unit cost* tindakan SC tanpa penyulit menggunakan metode ABC lebih rendah dibanding tarif yang ditetapkan rumah sakit (*overcosting*). Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit perlu melakukan evaluasi lebih lanjut untuk mengurangi biaya yang tidak diperlukan atau bahkan menghilangkan biaya yang hanya memiliki nilai minimal sehingga dapat menimbulkan efektivitas biaya.

Studi yang dilakukan Asyari and Achyarsyah (2022) di RS Siloam Kebon Jeruk menemukan bahwa analisis *unit cost* dengan metode ABC dapat memberikan informasi terkait subsidi silang yang dilakukan rumah sakit dalam menentukan tarif

kamar berdasarkan kelas perawatan. Pada kelas Executive, Suite Room, VVIP, dan Kelas 1 memiliki tarif rumah sakit lebih tinggi dari tarif ABC sehingga diharapkan dapat mensubsidi tarif kelas 2 dan kelas 3. Beberapa penelitian di luar negeri juga telah meneliti dan melaporkan kesuksesan penggunaan metode ABC untuk menghitung biaya di layanan kesehatan. Penelitian tersebut dilakukan pada beberapa negara, seperti Iran (Javid *et al.*, 2015), Turki (Popesko and Novak, 2011), dan Brazil (Jericó and Castilho, 2010).

Analisis Kendali Mutu

Hasil analisis klaim dan berdasarkan indikator nasional mutu, untuk indikator kendali mutu terkait LOS, kepatuhan *clinical pathway*, kepuasan pasien, dan kepatuhan visit dokter sudah tercapai. Namun, indikator penundaan operasi elektif belum mencapai target. Masih ada sebanyak 13,54% pasien pada tahun 2022 mengalami penundaan operasi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu menunggu kamar operasi, menunggu operator, dan menunggu persiapan pasien. *Range* tersebut masih berada dalam batas laju pembatalan operasi elektif yang dilaporkan di RS Pendidikan (6-39%) (Javid *et al.*, 2015).

Penundaan operasi elektif dapat memperpanjang Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTOE) dan menyebabkan indikator mutu tidak tercapai. Pembatalan operasi elektif menunjukkan adanya manajemen yang tidak efisien karena pembatalan operasi dapat memperpanjang LOS dan waktu operasi yang tidak efisien. Dampak lainnya dari pembatalan operasi elektif adalah penggunaan kamar operasi yang lebih sedikit dan ketidakefisienan dari sisi sumber daya manusia yang kompeten di kamar operasi. Penundaan operasi elektif juga dapat menyebabkan trauma emosional pada pasien dan keluarga yang sangat merugikan pasien (Javid *et al.*, 2015).

Koushan, Wood and Greatbanks (2021) mengemukakan bahwa pemberian solusi untuk adanya penundaan atau pembatalan operasi elektif perlu dibuat berdasarkan penyebab penundaan. Penundaan operasi elektif di RS UI yang disebabkan oleh kamar operasi yang tidak siap dapat diminimalisir dengan estimasi yang wajar atas ketidakpastian dalam durasi dan permintaan, seperti durasi operasi, transportasi, persiapan, waktu pembersihan, dan kedatangan darurat. Kerja sama dan komunikasi yang baik antara berbagai departemen yang terlibat dalam proses operasi juga dapat mengurangi pembatalan operasi.

Penyebab lain dari penundaan operasi elektif di RS UI adalah terkait dengan keterlambatan operator.

Keterlambatan pada operator dapat mengakibatkan perubahan jadwal operasi selanjutnya dan membuat waktu tunggu pasien bertambah. Hal ini dapat berpengaruh pada kondisi pasien dan tingkat kepuasan pasien terhadap rumah sakit. Jadwal yang terlambat juga dapat membuat para petugas operasi bertugas *overtime*. Tingginya angka *overtime* dapat berpengaruh pada performa layanan yang diberikan, biaya lembur, dan tingkat kepuasan kerja petugas operasi. Permasalahan ini dapat diatasi dengan penjadwalan efektif, yang dapat dilakukan dengan sistem elektronik atau dengan dibentuknya sistem jadwal operasi elektif yang lebih efisien.

Formulasi Biaya

Hasil analisis klaim didapatkan bahwa pembiayaan pasien rawat inap tindakan bedah masih perlu dilakukan efisiensi. RS UI melakukan perhitungan formulasi biaya dengan menggunakan metode akuntansi biaya tradisional. Metode tersebut hanya melakukan perhitungan terhadap biaya obat, BMHP, pemeriksaan penunjang, dan alat kesehatan. Tidak dilakukan perhitungan terhadap biaya gedung atau sewa kamar, biaya makan pasien, serta biaya SDM yang bertugas (perawat dan petugas non-kesehatan), dan yang lainnya. Metode tersebut tidak sesuai dengan sistem pembiayaan modern saat ini.

Hal ini menjadi penting karena penentuan tarif rawat inap merupakan keputusan krusial. Keputusan yang ditetapkan akan mempengaruhi biaya pelayanan yang akan diberikan. Namun, penggunaan metode tradisional menghasilkan informasi biaya yang terdistorsi. Distorsi adalah pembebanan biaya yang tidak sesuai dengan keadaan sesungguhnya sehingga menyebabkan *undercost* maupun *overcost* pada tarif yang diberlakukan (Asyari and Achyarsyah, 2022).

Untuk dapat mengatasi distorsi pada sistem pembiayaan tradisional maka perlu menggunakan metode ABC. Perbedaan utama dalam metode tradisional dengan metode ABC adalah jumlah pemicu biaya (*cost driver*) yang digunakan. Pada metode ABC digunakan lebih banyak *cost driver* dibandingkan metode tradisional (Asyari and Achyarsyah, 2022; Nurrokhmini, 2021).

KESIMPULAN

Peran *case manager* dalam melakukan kendali mutu dan kendali biaya di RS UI pada tahun 2022 sudah mengalami perbaikan dibandingkan dengan tahun 2021. Peran *case manager* dalam mengendalikan selisih klaim pasien bedah dengan penjamin JKN di RS UI tahun 2022 telah mencapai target yang ditetapkan. Selisih klaim yang dicapai RS UI adalah -21,19% dengan target yang

diharapkan adalah -35%. Pengendalian LOS yang dilakukan oleh *case manager*, tingkat kepuasan pasien, tingkat kepatuhan visit dokter, dan tingkat kepatuhan terhadap *clinical pathway* juga sudah mencapai target. Namun, tingkat penundaan operasi elektif di RS UI masih belum mencapai target.

REKOMENDASI

Perlu dilakukan spesifikasi tugas pokok, fungsi, peran, dan aktivitas dari *case manager* dalam pedoman pengorganisasian di RS UI. Hal ini agar *case manager* dapat bekerja lebih optimal. Perhitungan analisis beban kerja terkait *case manager* di RS UI juga perlu dilakukan karena saat penelitian ini berlangsung, jumlah *case manager* di RS UI hanya satu orang. *Case manager* yang jumlahnya hanya satu orang memiliki beban tugas dan aktivitas yang cukup banyak.

Diperlukan elaborasi lebih lanjut terkait ukuran kinerja *case manager*, baik dalam aspek kendali mutu maupun kendali biaya. Selain itu, dibutuhkan perhitungan unit *cost* yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Rumah Sakit untuk mendukung efisiensi perencanaan dan pengambilan keputusan. Saran lainnya mencakup penyusunan ceklist persiapan operasi pasien sebagai upaya untuk meminimalkan penundaan operasi elektif di masa mendatang. Pertemuan rutin dan pembagian peran yang jelas antara tim *casemix* dan *case manager* juga perlu dilaksanakan untuk memastikan tersedianya informasi terkini terkait koding pasien serta mencegah terjadinya beban kerja *case manager* yang berlebihan. Penerapan digitalisasi melalui pengembangan *dashboard* khusus untuk *case manager* juga diharapkan dapat membantu dalam pelaksanaan tugas secara lebih efisien dan terstruktur.

IZIN ETIK

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari RS UI dengan Nomor: S-064/KETLIT/RSUI/X/2023.

REFERENSI

- Adisasmito, W. (2016). *Sistem kesehatan*. 2nd ed. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Afifuddin. (2012) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Andriani, R., Wulandari, D.S. and Margianti, R.S. (2022) "Rekam Medis Elektronik sebagai Pendukung Manajemen Pelayanan Pasien di RS Universitas Gadjah Mada," *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), pp. 96–107. Available at: <https://doi.org/10.52943/jipiki.v7i1.599>.
- Asyari and Achyarsyah, P. (2022) "Evaluasi Model Perhitungan Tarif Dasar Kamar Rawat Inap Pasien Berdasar Metode Activity Based Costing Study Pada RS Siloam Kebon Jeruk," *JURNAL EKONOMI, MANAJEMEN, BISNIS, DAN SOSIAL (EMBISS)*, 2(2), pp. 237–246. Available at: <https://embiss.com/index.php/embiss/article/view/81>.
- Auladi, S. (2022) "Efektivitas Case Manager dalam Upaya Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan Di RSUP Dr. Hasan Sadikin," *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 2(1). Available at: <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i1.49>.
- Donabedian, A. (2023) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Haqim, R.M. and Pribadi, F. (2019) "Unit Cost Analysis of Sectio Caesarea with Activity-Based Costing in Yogyakarta City Hospital," *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 8(1). Available at: <https://doi.org/10.18196/jmmr.8183>.
- Javid, M. et al. (2015) "Application of the Activity-Based Costing Method for Unit-Cost Calculation in a Hospital," *Global Journal of Health Science*, 8(1), p. 165. Available at: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p165>.
- Jericó, M. de C. and Castilho, V. (2010) "Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado," *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), pp. 745–752. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300028>.
- KARS. (2017) *Panduan Praktik Manajer Pelayanan Pasien-MPP di Rumah Sakit (Case manager)*. [Preprint] Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Koushan, M., Wood, L.C. and Greatbanks, R. (2021) "Evaluating factors associated with the cancellation and delay of elective surgical procedures: a systematic review," *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2). Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab092>.
- Nurrokhmini, A. (2021) "Komparasi metode activity based costing system dan metode penetapan tarif jasa rawat inap Rumah Sakit

Umum PKU Muhammadiyah Jatinom,” *Journal of Accounting and Digital Finance*, 2(2), pp. 117–130. Available at: <https://doi.org/10.53088/jadfi.v2i2.574>.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pp. 1–721.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pp. 2004–2006.

Popesko, B. and Novak, P. (2011). *Application of the ABC method in hospital management*. Paper presented at the 6th IASME/WSEAS International Conference on Economy and Management Transformation (EMT '11). Available at: https://www.researchgate.net/publication/228532867_Application_of_ABC_Method_in_Hospital_Management.

Safar, A. (2022) *Analisis Peran Case Manager dalam Pelayanan Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Universitas Indonesia Tahun 2021*. Thesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Available at: <https://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=135300&lokal=lokal>.

Sugiyono. (2014). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Zulfafrial. (2012). *Penelitian kualitatif*. Surakarta: Yuma Pustaka.