

Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien Terkait Akreditasi di Puskesmas (Literature Review) Bernadeta Lintang Hardy ^{1*} , Sutopo Patria Jati ² , Yuliani Setyaningsih ²	1-11
Dukungan Sosial dan Stress Reduction pada Ibu Hamil di Era Pandemi COVID-19: Studi Pendekatan Literature Review Hery Setiawan ^{1*} , Hadi Pratomo ² , Ikrimah Nafilata ³ , Roma Yuliana ⁴	12-19
Pengaruh Pemberian Konseling Gizi Terhadap Pemilihan Makan Pada Remaja Putri Overweight dan Obesitas Putri Maulidiyah ^{1*} , Ratih Kurniasari ²	20-23
Analisis Perilaku dan Kebutuhan Remaja dalam Peningkatan Kesehatan Remaja di Kota Makassar Muliani Ratnaningsih ^{1*} , Muhammad Rustam ² , Munadhir ¹ , Hajra ¹	24-39
Tantangan dan Dukungan dalam Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Inda Wulansari ^{1*} , Cahya Tri Purnami ¹ , Agung Budi Prasetyo ²	40-48
Analisis Penemuan Kasus Tuberkulosis Dan Hasil Pengobatan Tuberkulosis Sebelum Covid-19 (2019) Dengan Saat Covid-19 (2020) di Balkesmas Wilayah Semarang Anandya Serviana Putri ^{1*} , Sri Handayani S.KM, M.Kes ²	49-65
Differences in Levels of Knowledge and Attitudes about Reproductive Health among Students of the Faculty of Health and Non-Health Faculties in Semarang City Respati Wulandari ¹ , Aprianti ^{1*} , Dwi Eko Waluyo ²	66-73
Kajian Faktor Utama User Experience dan Usability Mahasiswa Dalam Menggunakan Sistem Desain Formulir Elektronik Evina Widianawati ^{1*} , Oki Setiono ² , Widya Ratna Wulan ³ , Fitriana Wulandari ⁴	74-80
Penerapan Teori Planned Behavior Dalam Mempengaruhi Niat Remaja Jalanan Menjadi Peer educator Meliantha Asmarani Kusumawardani ^{1*} , Syamsulhuda Budi Musthofa ² , Antono Suryoputro ³	81-89
Perbedaan Mental Health Remaja Pada Sma Negeri 3 dan SMA Mataram Berbasis Strenght And Difficulties Questionnaire (SDQ) di Kota Semarang Nor Amalia Muthoharoh ^{1*} , Vilda Ana Veria Setyawati ² , Aprianti ³ , Fitriana Dewi Puspita Anggraini ⁴	90-96
Ability To Pay dan Willingness To Pay Iuran BPJS Kesehatan Pada Pedagang Pasar Bulu Semarang di Era Pandemi Agnes Oktavi Maharani ¹ , Ririn Nurmandhani ^{1*} , Agus Perry Kusuma ¹ , Muhammad Iqbal ¹	97-103
Strategi Pengelolaan Limbah Padat Infeksius di Rumah Sakit Ibu dan Anak Family Jakarta Utara Yulius Bria ^{1*} , Iman Basriman ² , Ninin Gusdini ³	104-112
Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian Pada Era Globalisasi di Klinik Utama "X" Kota Semarang F.X. Sulistiyanto W.S. ^{1*} , A. Barry Anggoro ² , Erwin Indriyanti ³	113-120
Hambatan Penemuan Kasus Tuberkulosis di Masa Pandemi Covid-19 Mita Praba Kinanti ^{1*} , Risma Nur Hakiki ² , Yolanda Handayani, M.K.M. ³	121-131
Dampak Pandemi COVID-19 Terhadap Pengelolaan Keuangan Untuk Pelayanan di Rumah Sakit Indah Mutiara Puspitas Sari ¹	132-138
Hubungan Literasi TB Dengan Stigma Tuberkulosis Masyarakat di Kelurahan Pekunden Semarang Yusthin M. Manglapy ^{1*} , Tiara Fani ² , Lice Sabata ³ , Dani Miarso ⁴	139-147
Analisis Pendekatan Perilaku Organisasi Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit (RS) Swasta X Kota Semarang Indah Mutiara Puspitas Sari ¹ , Sutopo Patria Jati ² , Septo Pawelas Arso ³	148-163
Kajian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Puskesmas Miroto Kecamatan Semarang Tengah Kota Semarang Arif Kurniadi ^{1*} , Agus Perry Kusuma ² , Jaka Prasetya ³ , Dyah Ernawati ⁴	164-171
Pengaruh Faktor Agent, Faktor Lingkungan dan Faktor Pejamu Terhadap Jumlah Kasus Penyakit Tuberkulosis di Era Pandemi Covid-19: Literatur Review Riza Triasfitri ¹ , Lice Sabata ^{2*}	172-178
Penerapan 3M dalam Mencegah Penularan COVID-19 di Bagian Pendaftaran Rawat Jalan BRSUD Tabanan Putu Chrisdayanti Suada Putri ^{1*} , Luh Yulia Adiningsih ² , I B Putra Mahardika ³	179-185
Penerapan Higiene Sanitasi Makanan Jajanan Pada Kantin di Kampus Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2021 Indah Nofita ^{1*} , Mustakim ²	186-194
Pengaruh Penyuluhan dan Sweeping Door to Door Terhadap Minat Orang Tua Dalam Memberikan Imunisasi Dasar Pada Bayi Masyudi ^{1*} , T. M. Rafsanjani ² , Husna ³ , Evi dewi Yani ⁴ , Susanti ⁵ , Yusrawati ⁶ , Muhammad Ridhwan ⁷	195-205
Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Raya Kota Banda Aceh Evi Dewi Yani ¹ , Nurul Maulina ¹ , T.M. Rafsanjani ^{1*}	206-214
Analisis Kebutuhan Petugas Pendaftaran di Rumah Sakit Pantj Waluyo Surakarta Nopita Cahyaningrum ^{1*} , Rahaju Muljo Wulandari ¹	215-226
Hubungan Beberapa Indikator PHBS Ibu Rumah Tangga Dengan Kejadian Diare Pada Balita di Gampong Blang Krueng Kabupaten Aceh Besar Riski Muhammad ¹ , Burhanuddin Syam ¹ , T.M. Rafsanjani ^{1*}	227-235

Volume 22, Nomor 1, April 2023

Ketua Redaksi

Dr. Drs. Slamet Isworo, M.Kes

Editorial

Fitria Wulandari, SKM, M.Kes

Admin

Lice Sabata, SKM

IT

Oki Setiono, M.Kom

Layout

Puput Nur Fajri, SKM

Reviewer

Enny Rachmani, SKM, M.Kom, Ph.D

Dr. Ir. Trijoko, M.Si

Dr. dr. Zaenal Sugiyanto M.Kes

Eti Rimawati SKM, M.Kes

Prof. Drs. Achmad Binadja Apt, MS, Ph.D

Dr. Adian Khoironi ST, M.Si

Kismi Mubarokah, M.Kes

Prof. Dr. Yuanita Windusari, S.Si, M.Si

Dr. Laila Fitria, SKM, M.Kes

Prof. Dr. Dwi Susilaningsih, M.Pharm

Prof. Dr. Hari Sutrisno, MSc

Dr. Poerna Sri Oetari, S.Si, M.Si.Ling

Vilda Ana Veria, S.Gz, M.Gizi

Suharyo, M.Kes

Dr. Eni Mahawati, M.Kes

Dr. Drs. Slamet Isworo, M.Kes

Dr. MG Catur Yuantari, SKM, M.Kes

Alamat Redaksi

Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Jl. Nakula I No. 5-11 Semarang

Telp/Fax. (024) 3549948

Email : visikes@fkes.dinus.ac.id

Website : [Http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/ndex](http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/ndex)

Visikes Diterbitkan Mulai Maret 2002

Oleh Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Analisis Pendekatan Perilaku Organisasi Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit (RS) Swasta X Kota Semarang

Indah Mutiara Puspita Sari^{1*}, Sutopo Patria Jati², Septo Pawelas Arso³

^{1*}Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Soedarto, Tembalang, Semarang, Jawa Tengah

^{2,3}Dosen, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Soedarto, Tembalang, Semarang, Jawa Tengah

Dikirim : 11-12-2022

Diterima : 19-01-2023

Direvisi : 02-05-2023

ABSTRACT

There was a decrease in quality and cost recovery rate at Private Hospital X Semarang City during the COVID-19 pandemic. Hospitals must implement Quality Control and Cost Control during the COVID-19 pandemic. Hospitals need an understanding of organizational behavior management to optimize Quality Control and Cost Control. Therefore, this study aims to analyze the organizational behavior in quality control and cost control during the COVID-19 pandemic at Private Hospital X Semarang City. This study uses a qualitative method. The organizational behavior analysis by analyzing input, process, and outcomes aspects. Qualitative data collection using in-depth interviews. Informants were determined by purposive sampling. The mains informants consisted of three and three triangulated informants. Data analysis used the method of content analysis (content analysis) by triangulating sources and methods. The results showed that the input aspects were still lacking because they did not have detailed task descriptions understood by the team. The process aspects are still lacking because communication and leadership is not optimal. As a result, the outcomes in quality and cost control are still not good, as seen from the lack of cohesion and the function of the quality control and cost control teams who have not carried out scheduled and routine of medical audits and utilization reviews.

Keywords: Organizational Behaviour, Quality Control, Cost Control, Hospital, Pandemic COVID-19

**Corresponding Author: dr.indah.mps@gmail.com*

PENDAHULUAN

Pandemi COVID-19 yang terjadi sejak Maret 2020 mengakibatkan situasi industri Rumah Sakit (RS) menjadi sulit diprediksi, sementara itu RS dituntut untuk siap dalam penanganan COVID-19.¹ Hal yang dibutuhkan oleh sebuah organisasi saat terjadi Pandemi COVID-19 bukanlah penanganan yang telah terencana sebelumnya

melainkan perilaku dan pola pikir yang dapat mencegah reaksi berlebihan terhadap krisis dan cara menghadapi tantangan. Peran pemimpin sangat penting saat Pandemi COVID-19, terutama dalam mengkomunikasikan situasi yang sedang terjadi serta melakukan pengendalian konflik dalam organisasi. Pemimpin harus dapat membangun atau memperkuat perilaku serta nilai-

nilai yang dapat mendukung organisasi dan anggotanya selama Pandemi COVID-19 berlangsung dan dapat mempersiapkan organisasi dengan baik untuk tantangan yang lebih besar.² Penelitian Wiwi Ambarwati menyatakan bahwa sebagian besar rumah sakit yang merawat pasien COVID-19 pada tahun 2020 mengalami kesulitan keuangan karena terjadinya penurunan pendapatan dari pelayanan rutin dan keterlambatan pembayaran klaim COVID-19 yang mengakibatkan terhambatnya operasional rumah sakit dan pelayanan pasien.³ RS harus tetap dapat menjalankan Kendali Mutu dan Kendali Biaya agar RS tetap dapat bertahan di kondisi yang sulit. Kendali Mutu dan Kendali Biaya di rumah sakit harus tetap dilakukan dengan segala resiko dan konskuensi yang dipertimbangkan.

Penerapan kendali mutu dan kendali biaya merupakan kewajiban RS untuk menjalankannya sesuai dengan amanat Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).⁴ Kewajiban RS untuk menjalankan kendali mutu kendali biaya juga terdapat pada Pasal 87 Ayat 1 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.⁵ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 Pasal 37 huruf d tentang Pelayanan Kesehatan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga mengatur penyelenggaraan kendali mutu kendali biaya oleh fasilitas kesehatan.⁶

Penelitian Sholahuddin Sanjaya menyebutkan bahwa implementasi kendali mutu kendali biaya di Kota Surakarta belum berjalan optimal.⁷ Faktor yang menyebabkan yaitu waktu yang terbatas, kurangnya akses data, dan fasilitas Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) yang tidak memadai.⁷ Penelitian lain dengan hasil

hampir serupa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2018-2019 dimana upaya pengendalian mutu dan biaya telah diimplementasikan di rumah sakit namun belum maksimal karena *utilization review* masih dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan belum berdasarkan inisiatif TKMKB.⁹ Christina Sandra menyebutkan bahwa Kebijakan TKMKB belum diterapkan secara optimal di Jawa Timur karena tidak adanya pembagian peran yang jelas antar tim dan tidak ada sosialisasi kebijakan yang berlaku.¹⁰

RS Swasta X Kota Semarang adalah rumah sakit swasta tipe C yang dimiliki oleh Perseroan Terbatas. Berdasarkan data laporan tahunan RS Swasta X Kota Semarang tahun 2019, 80% pasien di RS Swasta X Kota Semarang adalah pasien dengan Jaminan BPJS Kesehatan.¹⁰ RS Swasta X Kota Semarang telah memiliki Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) yang dibentuk sejak tahun 2017.¹¹

Berdasarkan data tahun 2019 sebelum terjadi pandemi COVID-19, nilai BOR di RS Swasta X Kota Semarang adalah 56,46%; AvLOS adalah 3,26 hari; TOI adalah 2,52 hari; BTO adalah 63,15 kali; GDR adalah 25,38‰; dan NDR adalah 6,35‰. Sedangkan Setelah terjadi Pandemi COVID-19 Pada Tahun 2020 nilai BOR di RS Swasta X Kota Semarang adalah 34,77%; AvLOS adalah 3,21 hari; TOI adalah 6,02 hari; BTO adalah 39,55 kali; GDR adalah 27,10‰; dan NDR adalah 11,63‰. Sedangkan Pada Tahun 2021 nilai BOR di RS Swasta X Kota Semarang adalah 27,22%; AvLOS adalah 3,19 hari; TOI adalah 8,52 hari; BTO adalah 31,18 kali; GDR adalah 37,96‰; dan NDR adalah 5,46‰.^{10,12,13} Sementara itu, terjadi penurunan kepuasan pasien baik di Rawat Jalan maupun Rawat Inap selama pandemi

COVID-19 dimana angka kepuasan pasien Rawat Inap pada tahun 2019 adalah 97,2%, pada tahun 2020 adalah 80,25%, dan pada tahun 2021 adalah 79,25%.^{10,12,13} Sedangkan angka kepuasan pasien Rawat Jalan pada tahun 2019 adalah 86,3%, pada tahun 2020 adalah 79,25%, dan pada tahun 2021 adalah 80,25%. Data-data tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kinerja rumah sakit sebelum dan selama Pandemi COVID-19. Sedangkan untuk pengelolaan keuangan dapat dinilai dari *Cost Recovery Rate* (CRR) dimana CRR pada tahun 2019 atau sebelum pandemi adalah 1,045, sedangkan setelah pandemi yaitu pada tahun 2021 mengalami penurunan menjadi 1,008 dan meningkat di tahun 2021 sebesar 1,210.^{13,14,15}

Kegiatan rutin yang dilakukan karyawan RS Swasta X Kota Semarang sebelum terjadinya Pandemi COVID-19 tidak dilakukan selama Pandemi, seperti tidak berlangsungnya rapat rutin karena banyak yang belum terbiasa dengan rapat online, tidak berlangsungnya *briefing* pagi, tidak adanya pelatihan-pelatihan rutin untuk menambah ilmu dan *skill*. Hal tersebut mengakibatkan komunikasi dan kolaborasi menjadi terhambat. RS Swasta X Kota Semarang juga mengalami berbagai kendala dalam menjalankan Kendali Mutu dan Kendali Biaya selama Pandemi COVID-19. Kendala yang muncul yaitu tidak berjalannya *Clinical Pathway* (CP), tidak berjalannya Audit Medis (AM), dan tidak berjalannya *Utilization Review* (UR). Hal tersebut mengakibatkan munculnya konflik baru yang harus dihadapi oleh RS. Kendala lain yang muncul pada Kendali Mutu dan Kendali Biaya selama Pandemi COVID-19 adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang memberikan pemeriksaan penunjang

tambahan tanpa indikasi karena ketakutan dan kewaspadaan yang berlebihan terhadap COVID-19, serta tenaga kesehatan banyak yang terkena COVID-19 dan harus menjalani perawatan. Hal ini dapat dipengaruhi oleh perilaku organisasi rumah sakit. Perilaku organisasi merupakan ilmu yang menyelidiki pengaruh yang diakibatkan oleh individu, kelompok, dan struktur terhadap perilaku yang dilakukan manusia dalam organisasi.¹⁷

RS Swasta X Kota Semarang mengalami kesulitan dalam penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya selama masa Pandemi COVID-19, serta terdapat fluktuasi dalam kinerja pelayanan dan pengelolaan keuangan selama pandemi COVID-19. Pemahaman pengelolaan perilaku organisasi diperlukan oleh RS agar dapat mengoptimalkan Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Oleh karena itu, perlu ditelaah lebih jauh lagi mengenai analisis perilaku organisasi dalam kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit selama Pandemi COVID-19. Literasi yang membahas mengenai kendali mutu dan kendali biaya secara umum masih sangat sedikit dan secara khusus berdasarkan analisis perilaku organisasi selama Pandemi COVID-19 masih belum ada. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengetahui Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif. Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam. Desain penelitian ini menggunakan studi kasus dimana peneliti akan menganalisa permasalahan secara mendalam, utuh, menyeluruh, intensif, dan naturalistik pada suatu kasus sebagai unit tunggal. Penelitian dilakukan dengan pendekatan waktu

retrospektif dimana peneliti akan membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif dengan melihat data ke belakang.

Penentuan informan dengan *purposive sampling*. Kriteria informan pada penelitian ini yaitu orang yang berwenang dan berperan penting dalam analisis data internal dan eksternal dalam implementasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pada Era Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang. Oleh karena itu informan utama pada penelitian ini adalah Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya RS Swasta X Kota Semarang, Ketua Tim Casemix RS Swasta X Kota Semarang, Ketua Komite Medik RS Swasta X Kota Semarang. Informan triangulasi pada penelitian ini adalah Kepala Bagian Keuangan RS Swasta X Kota Semarang, Direktur RS, dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara. Data sekunder berupa referensi, dokumen, arsip-arsip, serta informasi yang berkaitan dengan obyek penelitian. Analisa data menggunakan pendekatan perilaku organisasi oleh

Robbins dengan metode *content analysis* (analisis isi) melalui triangulasi sumber dan metode untuk menguji keabsahan data. Metode *content analysis* yaitu melakukan pengumpulan data, reduksi daya, verifikasi data, penyajian analisis dalam bentuk deskriptif menggunakan alur berfikir dan melakukan penarikan kesimpulan.¹⁸

HASIL

Karakteristik Informan

Informan penelitian yang dipilih adalah pihak yang paling mengetahui mengenai kendali mutu dan kendali biaya pada era pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang. Oleh karena itu yang menjadi informan utama dalam penelitian ini yaitu semua pihak yang bertanggungjawab pada kendali mutu dan kendali biaya pada era pandemi COVID-19 yang berjumlah 3 orang informan utama dan yang menjadi informan triangulasi dalam penelitian ini adalah Kepala Bagian Keuangan RS Swasta X Kota Semarang, Direktur RS, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Adapun karakteristik informan utama dan informan triangulasi tersebut disajikan pada tabel 1.

Tabel 1 Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Masa Jabatan (Tahun)	Jabatan	Tingkat Pendidikan
Informan Utama						
1	IU1	48	P	15	Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Profesi Dokter Spesialis
2	IU2	47	L	10	Ketua Tim Casemix	Profesi Dokter Umum
3	IU3	34	P	4	Ketua Komite Medik	Profesi Dokter Spesialis
Informan Triangulasi						
1	IT1	74	L	10	Direktur Rumah Sakit	Profesi Dokter Umum
2	IT2	47	L	15	Kebag Keuangan Rumah Sakit	S1
3	IT3	51	L	10	Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)	Profesi Dokter Spesialis

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa masa kerja informan utama terlama yaitu 15 tahun dan yang paling baru adalah 4 tahun sedangkan masa kerja informan triangulasi terlama adalah 15 tahun dan yang paling baru adalah 10 tahun. Latar belakang pendidikan informan utama dan informan triangulasi tertinggi adalah Pendidikan Dokter Spesialis. Rata-rata umur informan adalah 34 – 71 tahun.

Aspek Input Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Hasil penelitian ini mengetahui perilaku organisasi dalam kendali mutu dan kendali biaya dilihat dari komponen input, proses dan *outcomes*. Pada aspek input Rumah Sakit X Kota Semarang di masa Pandemi COVID-19 telah memiliki struktur Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). Struktur Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dibentuk oleh direktur rumah sakit. Struktur Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, tim mutu, keuangan dan anggota dari komite medik. Hal ini diungkapkan oleh informan utama (IU1), (IU2) dan (IU3).

“...TKMKB dibentuk karena penunjukkan dari Direktur Rumah Sakit. TKMKB terdiri dari Ketua TKMKB, DPJP, tim casemix, dan komite medik yang memiliki perannya masing-masing dalam kendali mutu dan biaya...”(IU1)
“...Struktur TKMKB terdiri dari Ketua, wakil, sekretaris, tim mutu, keuangan, dan anggota dari komite medik...”(IU2)
“...Struktur TKMKB dibentuk oleh Direktur terdiri dari ketua TKMKB dan tim casemix...”(IU3)

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) berperan meningkatkan mutu dan mengendalikan biaya berdasarkan panduan praktik

klinik dan *clinical pathway* yang telah ditetapkan. Tim bagian mutu difungsikan untuk mengontrol mutu pelayanan, keselamatan pasien dan keselamatan kerja di rumah sakit sedangkan peran dari tim keuangan adalah melakukan pengendalian biayanya.

“...Ketua diharapkan dapat meningkatkan mutu dan mengendalikan biaya berdasarkan panduan praktik klinik dan clinical pathway yang telah ditetapkan. Tim mutu juga berperan dalam mengontrol mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan keselamatan kerja di RS. Pengendalian biaya diharapkan peran keuangan ikut berperan serta dalam pengendalian biaya...”(IU2)

Informan utama (IU2) menambahkan bahwa peran masing – masing anggota Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dalam menjalankan tugas, wewenang dan tanggungjawabnya masih saling tumpang tindih. Peran tim *casemix* paling dominan dalam pengendalian mutu dan biaya karena lebih rutin melakukan monitoring dan evaluasi implementasi.

“...Peran masing-masing anggota dalam TKMKB belum optimal dalam menjalankan tugas, wewenang, dan tanggung jawabnya. Jadi justru tim casemix yang lebih berperan dalam pengendalian mutu dan biaya karena rutin setiap bulan melakukan monitoring dan evaluasi...”(IU2)

Surat Kebijakan Direktur, Pedoman, dan Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam pelaksanaan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada masa pandemi COVID-19 sudah ada. Sudah terdapat Surat Kebijakan (SK) penunjukkan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). Pedoman pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya yang dibuat mengacu pada peraturan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

“...Terdapat SK penunjukan TKMKB. Pedoman pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya dibuat berdasarkan peraturan yang sudah ditetapkan oleh Kemenkes...”(IU1)

Informan utama (IU2) menambahkan bahwa Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya berpedoman pada panduan praktik klinis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Kemudian dari panduan praktik klinis tersebut disusun *clinical pathway* untuk kasus-kasus yang *high cost*, *high volume*, dan *high risk*. Pada pelaksanaannya, TKMKB sudah melakukan monitoring evaluasi secara rutin terhadap angka kepatuhan *clinical pathway* namun belum menjalankan rencana tindak lanjut dari hasil monitoring evaluasi tersebut seperti pertemuan dengan DPJP untuk mendiskusikan kasus-kasus yang tidak sesuai dengan *clinical pathway*. Hal tersebut mempengaruhi kurang tercapainya kendali mutu dan biaya di RS Swasta X Kota Semarang selama pandemi COVID-19. Berikut pernyataan informan utama (IU2).

“...TKMKB dibentuk sebenarnya arahnya pada kasus yang berhubungan dengan BPJS Kesehatan. Untuk penanganan COVID-19 sudah terdapat panduan praktik klinis dan *clinical pathway*nya. Monitoring dan evaluasi kepatuhan *clinical pathway* sudah dijalankan karena termasuk indikator mutu nasional, namun untuk rencana tindak lanjutnya belum dijalankan dengan optimal. Belum semua DPJP diajak diskusi terkait kasus-kasus yang tidak sesuai dengan *clinical pathway*...”(IU2)

Hal ini juga diungkapkan oleh informan triangulasi (IT1) bahwa rencana tindak lanjut terhadap hasil kepatuhan *clinical pathway* belum dijalankan secara optimal.

“...TKMKB dan Komite Medik melakukan pengendalian mutu dan biaya dengan membuat *clinical pathway* dan menjalankannya serta

melakukan monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan *clinical pathway*. Selain itu, apabila ada pasien yang sudah *over budget* TKMKB juga seharusnya mengonfirmasikan ke DPJP dan juga Pelayanan Medis untuk melakukan diskusi, namun saat ini diskusi tersebut belum dijalankan secara maksimal...”(IT1)

Aspek Proses Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Aspek proses masih memiliki kekurangan seperti komunikasi yang terjalin antar bagian dalam rangka menjalankan kendali mutu dan kendali biaya pada masa pandemi COVID-19 masih sering terjadi miskomunikasi diantara Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) karena pada beberapa kasus hanya menyampaikan *overbudget* penanganan pasien pada perawat dan tidak menyampaikan secara langsung pada DPJP. Komunikasi antara Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dengan Komite Medis juga masih kurang dari segi kuantitas. Pertemuan untuk komunikasi dan koordinasi juga belum rutin sehingga komunikasi yang terjalin dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya masih kurang optimal. Sebelum adanya pandemi selalu dilakukan *briefing* dan rapat rutin bulanan dan hal ini tidak dapat terlaksana dengan optimal karena adanya pandemi. Untuk menggantikan kegiatan tersebut maka dilakukan rapat via daring. Kegiatan ini rutin dilakukan setiap bulan, hanya saja pada awal pandemi masih banyak petugas kesehatan yang belum familiar dengan kegiatan ini dan juga keterbatasan tingkat pengetahuan teknologi sehingga tidak seluruh petugas kesehatan yang seharusnya mengikuti rapat dapat bergabung dan mengikuti rapat dengan baik. Hal ini berpengaruh

pada ketidaktepatan pemahaman informasi yang disampaikan ketika rapat.

“...Terdapat miskomunikasi antara TKMKB dan DPJP. Komunikasi antara TKMKB dengan Komed juga kurang, seharusnya rutin dilakukan pertemuan sehingga komunikasi bisa berjalan lancar. Mungkin karena sama-sama sibuk dan terkendala pandemi dimana harus melakukan pertemuan secara online sehingga tidak bisa rutin dilakukan...”(IU1)

Selain itu, rapat koordinasi juga masih kurang berjalan maksimal. Dampaknya adalah masih ada Dokter Penanggung Jawab Pasien yang tidak patuh dalam penerapan *clinical pathway* dan audit medik hanya dilakukan 1 tahun sekali. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, audit medis seharusnya dilakukan 6 bulan setelah audit sebelumnya untuk melihat adanya upaya perbaikan. Hal ini diungkapkan oleh informan utama (IU2).

“...Belum berjalan maksimal, *clinical pathway* sudah dibuat tapi tidak semua DPJP patuh terhadap pelaksanaannya. Audit medik juga sudah dijalankan namun tidak terlalu sering...”(IU2)

Informan utama (IU3) juga menambahkan bahwa bertambahnya jumlah kasus COVID-19 yang terus meningkat menyebabkan komunikasi dilakukan secara *online* dan kendala yang terjadi adalah sinyal dan jaringan yang tidak semua staf mempunyai sinyal dan jaringan yang bagus.

“...Di awal pandemi, masih bisa dilakukan pertemuan offline, tapi seiring dengan bertambahnya kasus COVID-19, pertemuan kemudian dilakukan secara online. Kendalanya pada sinyal atau jaringan yang tidak semuanya bagus, kemudian tidak semuanya menguasai perkembangan teknologi sehingga harus belajar

terkait rapat secara online...”(IU3)

Pandemi COVID-19 menyebabkan tidak diperbolehkan adanya kerumunan dan banyaknya petugas yang harus isolasi mandiri di rumah karena terpapar COVID-19 sehingga mengakibatkan kegiatan koordinasi seperti rapat monitoring evaluasi menjadi terhambat. Meskipun rapat bisa dilakukan secara *online* namun pelaksanaannya menjadi kurang efektif. Padahal rapat koordinasi sangat penting untuk dijalankan karena keberhasilan berjalannya kendali mutu dan kendali biaya ditentukan oleh adanya rapat koordinasi. Apabila terdapat kendala atau kesulitan dapat didiskusikan bersama di rapat tersebut sehingga didapatkan keputusan yang baik untuk pelayanan rumah sakit. Terkait koordinasi, selama ini bagian tim keuangan juga belum banyak dilibatkan dalam pembahasan *clinical pathway* maupun *utilization review* sehingga untuk pengendalian biaya menjadi kurang optimal.

“...Terdapat rapat koordinasi tersebut, dan sangat penting untuk dijalankan karena berjalan atau tidaknya kendali mutu dan biaya dapat diketahui dari rapat koordinasi tersebut. Serta apabila ada kendala atau kesulitan juga bisa didiskusikan bersama di rapat tersebut sehingga didapatkan keputusan yang baik untuk pelayanan rumah sakit...”(IU1)

Kemudian dari proses kepemimpinan, peran pemimpin yaitu Ketua Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya sangat diperlukan dalam melakukan monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan program kerja dan pelaksanaan tugas serta wewenang dan tanggung jawab anggota TKMKB. Ketua TKMKB harus dapat memberikan solusi terkait permasalahan yang terjadi dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya serta memberikan usulan ke Direktur rumah sakit untuk

meningkatkan kualitas pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya.

“...Ketua TKMKB sangat berperan penting dalam berjalannya kendali mutu dan biaya. Ketua TKMKB berperan penting dalam monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kerja dan pelaksanaan tugas serta wewenang dan tanggung jawab anggotanya. Sejauh ini Ketua TKMKB sudah memberikan dukungan yang positif, artinya apabila terdapat kendala maka langsung mengajak komite medis berdiskusi, kemudian apabila ada yang tidak dapat terselesaikan di dalam RS maka akan meminta masukan terhadap DPJP maupun TKMKB di RS lain bagaimana cara mengatasi masalah tersebut...”(IU3)

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan triangulasi (IT2) dan (IT3) yang mengungkapkan bahwa Ketua TKMKB berperan penting dalam pengambilan keputusan dalam pengendalian mutu dan biaya agar menciptakan kepuasan pasien dan efisiensi biaya rumah sakit. Berikut pernyataan informan triangulasi (IT2) dan (IT3).

“...Sangat berperan penting dalam pengambilan keputusan serta kebijakan yang implementatif. Selain itu juga Ketua TKMKB juga harus bisa memberikan ketegasan pada unit-unit yang tidak bisa melakukan efisiensi biaya...”(IT2)
“...Ketua TKMKB memegang peranan penting sebagai pengambil keputusan sehingga kebijaksanaan dalam segala keputusan diperlukan untuk bisa mengimbangi pengendalian biaya dan mutu...”(IT3)

Berdasarkan proses politik dan kekuasaan, Tim Kendali Mutu Kendali Biaya di Rumah Sakit tidak memiliki unsur konflik politik. Pemilihan anggota TKMKB dilakukan oleh Direktur RS sesuai dengan ketentuan yang berlaku tanpa konflik kepentingan apapun. Kekuasaan yang berlaku pada TKMKB adalah legitimasi dan paksaan. TKMKB aktif dijalankan karena adanya

legitimasi dan paksaan dari BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan.

“...TKMKB berhubungan baik dengan BPJS Kesehatan dan justru BPJS Kesehatan memiliki peranan yang lebih dominan untuk memotivasi RS melakukan KMKB dengan sebaik mungkin...”(IU1)
“...TKMKB dibentuk berdasarkan permintaan KMK Kendali Mutu Biaya sehingga BPJS Kesehatan mendorong RS untuk membentuk tim tersebut...”(IU2)
“...Tim TKMKB di RS diinisiasi oleh BPJS Kesehatan dan pelaksanaan kegiatannya dimonitoring evaluasi oleh BPJS Kesehatan...”(IU3)

Hal ini juga diungkapkan oleh informan triangulasi (IT1) bahwa hubungan antara tim kendali mutu dan kendali biaya adalah pemantauan kegiatan pengendalian mutu dan biaya oleh BPJS Kesehatan. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB) juga diinisiasi oleh BPJS Kesehatan. Berikut pernyataan informan triangulasi (IT1).

“...TKMKB sangat berhubungan erat dengan BPJS Kesehatan karena kegiatannya dipantau dan diinisiasi oleh BPJS Kesehatan...”(IT1)

Pada proses negosiasi dan konflik terdapat beberapa masalah yang harus dihadapi Tim Kendali Mutu Kendali Biaya selama pandemi COVID-19. Permasalahan tersebut antara lain komunikasi antara tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB) yang kurang efektif, harga obat-obatan dan barang habis pakai yang melambung tinggi, serta ketidakpatuhan *clinical pathway*.

“...Kendalanya lebih utama dari segi komunikasi karena sulitnya untuk bertemu secara langsung, meskipun bisa melalui online tapi tetap masih ada kendala berupa sinyal yang sulit dan peserta pertemuan yang tidak terlalu konsentrasi saat pertemuan. Selain itu di awal pandemi terdapat kesulitan dalam mencari obat dan alat pelindung diri yang dibutuhkan dan harganya relatif

mahal... ”(IU1)

“...Kendala utama pada komunikasi, tidak berjalan dengan baik. Kedua, program kerja TKMKB tidak berjalan bahkan tidak muncul di program kerja tahunan RS. Tapi karena tim casemix adan di TKMKB sehingga tim casemix ini yang lebih banyak berperan... ”(IU2)

“...Clinical Pathway masih belum maksimal dijalankan oleh semua DPJP, masih ada beberapa poin yang tidak dijalankan oleh DPJP, artinya hari perawatan melebihi, kemudian pilihan obat yang tidak sesuai... ”(IU3)

Berbagai konflik yang ada ini belum dapat diselesaikan dengan negosiasi yang baik oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dengan negosiasi yang baik. Hal ini juga diungkapkan oleh informan triangulasi bahwa kendala dalam pelaksanaan pengendalian mutu dan biaya adalah komunikasi antara tim kendali mutu dan kendali biaya dengan dokter penanggungjawab pasien (DPJP). Selain itu tingginya harga obat juga mempengaruhi kendali biaya rumah sakit.

“...Kendala utama pada komunikasi antara tim pengendali dan DPJP. Kemudian kesulitan untuk membeli obat saat masa pandemi, obat yang ditawarkan pun harganya mahal... ”(IT3)

“...Kendala paling utama adalah di bagian pengadaan obat dan sarana penunjang sehingga rumah sakit harus saling berebutan dengan rumah sakit lain untuk mendapatkan stok obat. Selain itu supllier juga memberikan harga yang mahal sehingga pengendalian biaya sulit dilakukan... ”(IT1)

Aspek Outcomes Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Aspek *outcomes* perilaku organisasi adalah kohesi dan fungsi. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) sudah menjalin hubungan (kohesi) dengan Dokter Penanggungjawab Pasien sebagai pemberi pelayanan pasien dan berhubungan dengan komite medik terkait

pelaksanaan *clinical pathway*, audit medis dan pembinaan profesi.

“...TKMKB sangat berhubungan dengan DPJP sebagai pemberi pelayanan pasien, dan juga tentu saja berhubungan dengan komite medik terkait pelaksanaan clinical pathway, audit medis, dan pembinaan profesi... ”(IU1)

“...Komite Medis sangat berperan dalam kendali mutu dan biaya. Seperti yang kita tau, Komite Medik memiliki beberapa sub yaitu sub kredensialing yang berperan terhadap kewenangan klinis DPJP, kemudian sub mutu profesi yang berperan terhadap penyusunan CP dan pelaksanaan audit medis maupun klinis, morning report, maupun pembahasan kasus-kasus khusus. Kegiatan - kegiatan ini dimasukkan dalam program kerja Komite Medis, dan sebaiknya bisa dijalankan secara rutin. Anggota Komite Medik sebaiknya rutin disosialisasikan terkait Kendali Mutu dan Biaya mengenai program KMKB, karena saya rasa DPJP banyak yang tidak paham bahwa terapi yang diberikan berlebihan dan merugikan RS. Mayoritas DPJP adalah dokter yang bekerja di RS dengan tipe lebih besar sehingga plafonnya lebih besar, dan mereka terbiasa memberikan obat yang setara dengan rs yang lebih besar, LOS yang lama, pemeriksaan penunjang yang berlebihan sehingga berisiko merugikan rs... ”(IU3)

Hal ini juga diungkapkan oleh informan triangulasi (IT1) bahwa tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB) berhubungan dengan bagian lain seperti DPJP, keperawatan, farmasi, laboratorium, dan radiologi. Kohesi (hubungan) tim ini ditandai dengan tim kendali mutu dan kendali biaya melakukan sosialisasi terkait apa saja yang harus dikendalikan agar tidak terjadi *over use* yang berdampak pada terjadinya *over budget*.

“...TKMKB sudah berhubungan dengan bagian lain seperti DPJP, keperawatan, farmasi, laboratorium, dan radiologi. Sudah dilakukan sosialisasi terkait apa saja yang harus dikendalikan agar tidak terjadi over use sehingga terjadi over budget... ”(IT1)

Meskipun demikian, kolaborasi tim kendali mutu dan kendali biaya dengan tim komite medik dan DPJP masih belum optimal karena kurangnya rapat kolaborasi yang mengakibatkan tidak berjalannya *Clinical Pathway* (CP) secara maksimal, serta tidak rutin dilaksanakannya Audit Medis (AM) dan *Utilization Review* (UR). Hal tersebut mengakibatkan munculnya konflik baru yang harus dihadapi oleh RS (IT3).

“...Kolaborasi TKMKB, komite medik, dan DPJP masih kurang sehingga perlu diadakan rapat rutin...”(IT3)

Outcomes lainnya dari periaku organisasi adalah fungsi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). Berdasarkan wawancara dengan informan utama, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) belum menjalankan fungsinya secara optimal. Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016, fungsi TKMKB yaitu melaksanakan audit medis, melaksanakan *utilization review*, evaluasi *clinical pathway*, serta sosialisasi kewenangan dan pembinaan etika dan disiplin profesi. TKMKB sudah melakukan audit medis untuk kasus - kasus tertentu yang sudah ditetapkan atau dipilih oleh manajemen, namun pelaksanaannya belum dijalankan secara rutin. *Utilization review* sudah dilakukan, namun belum dijalankan berdasarkan inisiatif dari Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). Evaluasi *clinical pathway* belum dijalankan secara optimal. Sosialisasi kewenangan dan pembinaan etika dan disiplin profesi juga lebih dominan dijalankan Komite Medis dan belum berjalan secara optimal.

“...Belum berjalan dengan maksimal...”(IU2)
 “...TKMKB sudah melakukan audit medis secara untuk kasus-kasus tertentu yang sudah ditetapkan atau dipilih oleh manajemen, namun belum rutin

dilakukan. Untuk utilization review biasanya berjalan bukan karena inisiatif oleh TKMKB tapi oleh BPJS Kesehatan, dan kegiatan tersebut juga sudah rutin dilakukan secara berkala. Untuk sosialisasi kewenangan dan pembinaan etika dan disiplin profesi lebih dominan perannya Komite Medis meskipun belum dijalankan secara maksimal...”(IU3)

Hal ini juga diungkapkan oleh informan triangulasi (IT1) bahwa Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) belum menjalankan peranannya secara optimal karena sulitnya mengumpulkan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) untuk berdiskusi. TKMKB sudah melakukan audit medis meskipun belum terjadwal secara rutin.

“...Belum berjalan dengan optimal karena sulitnya mengumpulkan DPJP untuk berdiskusi. Tapi TKMKB sudah mencoba untuk melakukan audit medis meskipun belum terjadwal secara rutin...”(IT1)

PEMBAHASAN

Aspek Input Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Berdasarkan hasil penelitian bahwa tim kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit merupakan tim teknis yang terdiri dari komite medis. Oleh karena itu, struktur Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya di RS Swasta X Kota Semarang di masa pandemi COVID-19 yang dibentuk sudah sesuai dengan persyaratan. Kesesuaian tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional pasal 38 menyebutkan bahwa BPJS kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya. Pembentukan tim kendali mutu kendali biaya yang merupakan ujung tombak dalam upaya

kendali mutu dan biaya program JKN.⁶ Peraturan terkait lainnya yaitu Peraturan BPJSK Nomor 1 Tahun 2014 Pasal 84 juga menyebutkan bahwa dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan tim kendali biaya terbagi menjadi tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Serta tim teknis yang terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.¹⁹

Namun berdasarkan pelaksanaan tugas dan tanggungjawab ketua tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) selama pandemi COVID-19 masih belum maksimal karena monitoring dan evaluasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya tidak rutin dilakukan. Padahal berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 tahun 2016 menyebutkan bahwa selain melakukan pertemuan dengan BPJS Kesehatan, TKMKB perlu untuk rutin melakukan rapat rutin dan hasil koordinasi dengan BPJS Kesehatan perlu disampaikan secara menyeluruh untuk memberikan pemahaman bersama mengenai penerapan mutu pelayanan medis. Selain itu, TKMKB juga bertugas melakukan audit medis dan rutin melakukan evaluasi serta rekapitulasi permasalahan-permasalahan medis yang masih harus didiskusikan lebih lanjut.²⁰ Hal tersebut mempengaruhi kurang sejalannya pemahaman antar anggota TKMKB dalam penerapan mutu pelayanan medis dan pengendalian biaya.

Pada aspek *input* ditemukan bahwa RS Swasta X Kota Semarang sudah memiliki pedoman dan standar operasional prosedur (SOP) kendali mutu dan kendali biaya. Pedoman dan

SOP dapat menyederhanakan proses pembuatan keputusan-keputusan dan menyesuaikan tanggung jawab program dengan sumber-sumber yang ada serta keseragaman tindakan dari para pelaksana sehingga memungkinkan untuk beradaptasi atau menyesuaikan dengan tuntutan-tuntutan perubahan.²¹ Penelitian dari Sari dkk (2022) mengungkapkan bahwa tersedianya pedoman dan standar operasional prosedur dibutuhkan dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya.²² Menurut Sanjaya dkk (2019) juga mengungkapkan bahwa tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) perlu disusun petunjuk teknis atau pedoman baku untuk mengevaluasi kinerja dari TKMKB, untuk lebih memaksimalkan pengawasan dan independensi tim.⁷

Aspek Proses Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Pada proses komunikasi dan koordinasi diantara tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) masih kurang optimal yang ditandai dengan tidak diadakannya rapat koordinasi selama pandemi COVID-19 secara rutin, komunikasi yang kurang berjalan baik sehingga sering terjadi kesalahpahaman antara tim kendali mutu dan kendali biaya dengan dokter penanggungjawab pasien, kurangnya kepatuhan *clinical pathway* serta tim keuangan yang kurang banyak terlibat dalam pembahasan *clinical pathway* maupun utilisasi *review* sehingga untuk pengendalian biaya menjadi kurang optimal. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Simanjatak (2018) yang juga menunjukkan bahwa untuk meningkatkan kerjasama tim maka pimpinan perlu melakukan komunikasi yang baik oleh pimpinan kepada pegawai, seperti memberi kesempatan kepada

pegawai untuk menyampaikan pernyataannya, dan menunjukkan perhatian kepada pegawai, bahwa informasi yang diterima adalah penting sebagai kontribusi bagi kemajuan organisasi. Komunikasi dan koordinasi yang baik juga meningkatkan kinerja karena dapat meningkatkan kerapian hasil pekerjaan pegawai.²¹ Hasil penelitian Masda (2020) juga menunjukkan bahwa kurangnya hubungan komunikasi dan kurangnya koordinasi tim pada pelaksanaan kegiatan pada instansi menjadi penyebab adanya perbedaan persepsi antar individu sehingga mempengaruhi kinerja organisasi dalam mencapai tujuan. Jika koordinasi tidak dilaksanakan dalam suatu organisasi, maka akan terjadi kemungkinan lain masing-masing spesialis akan berjalan sendiri-sendiri atau terkotak-kotak, sehingga dapat menimbulkan kesimpang siuran, tumpang tindih, dan kekaburan dalam pelaksanaan tugas-tugas organisasi.²²

Ketua TKMKB sebagai pemimpin perlu melakukan pemantau dan perbaikan mutu untuk memecahkan adanya masalah mutu pelayanan melalui identifikasi masalah, menetapkan masalah, mencari penyebab utama timbulnya masalah, memilih cara pemecahan masalah, kemudian melaksanakan solusi pemecahan masalah.^{21,24} Penelitian Munjari (2021) mengungkapkan bahwa pemimpin berperan dalam pemantauan kepatuhan *clinical pathway* untuk mengendalikan mutu dan biaya rumah sakit.²³ Dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan tentu saja diperlukan suatu kemampuan manajerial yang memadai. Sementara proses manajemen sendiri adalah sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan usaha - usaha para anggota organisasi dan menggunakan sumber daya dan sumber daya

manusia yang terorganisasi agar dapat mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.²⁴ Untuk menjaga mutu terutama dalam pelayanan kesehatan (*quality assurance*) memerlukan suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan berdasarkan standar dan prosedur medis yang semestinya agar mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga, ditinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien.²⁵

Kemudian berdasarkan proses politik dan kekuasaan telah sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang penerapan kendali mutu dan kendali biaya pada penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional bahwa posisi Tim Kendali Mutu Kendali Biaya di Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan adalah pembentuk tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB) dibentuk oleh BPJS Kesehatan. Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien.²⁰ Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan.²⁰

Proses negosiasi dan konflik yang terjadi di RS Swasta X Kota Semarang dapat mempengaruhi ketercapaian pengendalian mutu dan biaya RS Swasta X Kota Semarang akibat masih terjadinya miskomunikasi diantara tim. Komunikasi merupakan bagian terpenting dalam setiap gerak kehidupan manusia khususnya bagi organisasi atau institusi yang mempunyai program-program untuk

memajukan organisasi atau institusi itu sendiri demi kepentingan untuk masyarakat dalam hal meningkatkan pelayanan melalui program-program kerja dan dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Komunikasi juga telah menjadi bagian strategis yang perlu dicantumkan dalam setiap perencanaan program yang bersifat partisipatif.²⁶ Oleh karena itu konflik komunikasi dalam tim kendali mutu dan kendali biaya dapat mempengaruhi ketercapaian pengendalian mutu dan biaya RS Swasta X Kota Semarang. Berbagai konflik yang ada dapat terselesaikan dengan baik apabila terdapat proses negosiasi yang baik antar anggota tim dengan memaksimalkan komunikasi dan koordinasi.

Aspek *Outcomes* Perilaku Organisasi Dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang

Aspek *outcomes* perilaku organisasi terdiri dari kohesi dan fungsi tim kendali mutu dan kendali biaya. Pada Pada penelitian ini ditemukan bahwa tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB) telah menjalin kohesi dengan baik dengan bidang lain dan *stakeholder* namun kolaborasi yang dilakukan tim dengan tim komite medik dan dokter penanggungjawab pasien (DPJP) masih belum optimal karena kurangnya rapat koordinasi di antara tim. Menurut Daft (2003), ada dua hal yang mempengaruhi kohesi tim, yaitu: struktur tim dan konteks tim. Struktur tim merujuk pada pada tiga hal, interaksi tim, tujuan yang sama, serta ketertarikan pribadi. Interaksi tim berhubungan dengan hubungan yang semakin baik diantara anggota tim dan semakin banyak waktu

yang dihabiskan bersama. Apabila dua hal tersebut terjadi, maka kohesi tim akan semakin kuat.²⁷

Kemudian dari fungsi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), penelitian ini menemukan bahwa meskipun telah dilakukan audit medis oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) namun pelaksanaannya belum terjadwal secara rutin. Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa audit medis minimal dilakukan 2 kali dalam setahun.²⁰ Kegiatan *utilization review* juga masih didasarkan apabila adanya perintah dari BPJS Kesehatan, padahal *Utilization Review* merupakan salah satu upaya yang penting dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan berbasis *managed care*. *Utilization review* bertujuan memantau dan mencegah pemberian pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan.²⁸

Utilization Review belum optimal karena belum mengkaji dan menganalisis data yang ada. Pelaksanaan *Utilization Review* dilakukan dengan cara mengkaji, menganalisis efektivitas, efisiensi dan mutu pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sebagai tolak ukur *Utilization Review* yang baik adalah dengan membandingkan total biaya sebelum dan sesudah dilaksanakan *Utilization Review*. Untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan *Utilization Review* dapat dilakukan dengan cara melakukan kajian dan analisis pada data klaim sehingga dapat dilihat pola persepan, pola pemeriksaan penunjang, dan sebagainya.²⁹ *Utilization Review* belum optimal juga karena jumlah pertemuan belum sesuai standar, dan tidak

ada upaya pemantauan dan tindak lanjut terkait hasil kegiatan *Utilization Review*.³⁰

KESIMPULAN DAN SARAN

Kendali Mutu dan Kendali Biaya Selama Pandemi COVID-19 di RS Swasta X Kota Semarang belum berjalan secara optimal. Hal ini ditandai dengan aspek input yang masih kurang karena meskipun telah memiliki struktur TKMKB yang sesuai dengan kualifikasi beserta uraian tugasnya namun setiap anggota TKMKB belum memahami uraian tugasnya masing-masing secara terperinci. Pedoman dan SOP juga sudah ada namun belum dijalankan dengan baik. Pada aspek proses terdapat kendala pada aspek komunikasi berupa kurangnya koordinasi antar tim, pada aspek kepemimpinan berupa monitoring evaluasi yang belum secara rutin dilakukan, dan masih terdapat konflik yang belum terselesaikan akibat proses negosiasi yang belum optimal. Oleh karena itu *outcomes* dalam pelaksanaan kendali mutu dan biaya juga masih kurang baik yang terlihat dari kohesi belum berjalan optimal karena antar anggota TKMKB masih belum memahami peranan masing-masing. Fungsi TKMKB juga masih kurang optimal karena audit medis dan *utilization review* belum terjadwal rutin.

Maka dari itu, saran dari peneliti adalah Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) RS Swasta X Kota Semarang membuat uraian tugas yang lebih terperinci di dalam surat keputusan terkait penetapan tim kendali mutu dan kendali biaya serta dilakukan sosialisasi terhadap uraian tugas tersebut. Kemudian Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya juga mensosialisasikan kembali Pedoman Pelaksanaan Kendali Mutu dan Biaya dan Standar Operasional Prosedur (SOP). Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya juga harus

melakukan komunikasi dan koordinasi secara rutin dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) terutama apabila terdapat kasus – kasus penanganan penyakit yang sulit dan menimbulkan *over budget*. Selain itu, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya perlu melakukan audit medis, *utilization review*, dan evaluasi kepatuhan *clinical pathway* minimal dua kali setahun.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI (2021) Pedoman pelayanan Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
2. D’auria G, Smet A De. (2020) ‘Kepemimpinan di Masa Krisis: Menghadapi Wabah Virus Corona dan Tantangan di Masa Depan’, Mckinsey.com, 34, pp. 4–10.
3. Ambarwati W. (2021) ‘Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020’. J Ekon Kesehat Indones, 6, pp. 23–37.
4. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). 2004.
5. PP Nomor 82. Perpres RI No 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.pdf. 2018; 733.
6. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013. Epub ahead of print 2013. DOI: 10.1190/segam2013-0137.1.
7. Sanjaya S (2018) Kinerja Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Cabang Surakarta Dalam Pengendalian Mutu Dan Biaya Pada

- Program Jaminan Kesehatan Nasional. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
8. Candra C, Hasri ET, Rahma PA, et al. Evaluasi Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan dalam Era JKN di Daerah Istimewa Yogyakarta dengan Pendekatan Realist Evaluation Abstrak Daftar Isi Evaluasi Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan di Era JKN : Sebuah Pendekatan Realist Evaluation.
 9. Sandra C, Rahma PA, Djasri H (2020) Evaluasi Realis Implementasi Regulasi terkait Mutu dalam Penyelenggaraan Program JKN di Provinsi Jawa Timur. Kebijakan Kesehatan Indones, <https://kebijakankesehatanindonesia.net/data/kesehatan/file/mutu/Artikel-Mutu-Jatim.pdf>
 10. Medika RP (2019) Laporan Tahunan RS Permata Medika Semarang Tahun 2019. Semarang: RS Permata Medika
 11. Medika RP (2017) Buku Pedoman Pelayanan RS Pertama Medika. Semarang: RS Permata Medika.
 12. Medika RP (2020) Laporan Tahunan RS Permata Medika Semarang Tahun 2020. Semarang: RS Permata Medika.
 13. Medika RP (2021) Laporan Tahunan RS Permata Medika Semarang Tahun 2021. Semarang: RS Permata Medika.
 14. Medika RP (2019) Laporan Keuangan Tahun 2019. Semarang: RS Permata Medika.
 15. Medika RP (2020) Laporan Keuangan Tahun 2020. Semarang: RS Permata Medika.
 16. Medika RP (2021) Laporan Keuangan Tahun 2021. Semarang: RS Permata Medika.
 17. Gani NA, Utama RE, Jaharuddin, et al. (2021) Perilaku Organisasi Pdf, <https://www.researchgate.net/publication/351880570>
 18. Anggito A, Setiawan J (2018) Metode Penelitian Kualitatif. Sukabumi: Jejak. 54–55 p.
 19. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
 20. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaran Program Jaminan Kesehatan Nasional.
 21. Yalia, M. (2014) ‘Implemetasi Kebijakan Pengembangan Dan Pemberdayaan Lembaga Sosial Media Tradisional Di Jawa Barat’. Patanjala, 6, 1, pp. 149 - 160.
 22. Masda, Bintang. (2020) Hubungan Komunikasi Organisasi, Kerjasama Tim, Dan Kepemimpinan Dengan Kinerja Pegawai Pada Dinas Kelautan Dan Pertanian Di Kota Tegal. Tegal: Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Pancasakti Tegal.
 23. Munjari, M. (2021) ‘Ketidakpatuhan Dokter Spesialis Obsgin dalam Melaksanakan Clinical Pathway’. Syntax Idea, 3(4), pp. 883 – 901.
 24. Stoner, James A. F., dan Freeman, R.E (2006) Management. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall. Inc.Google Scholar.

25. Sutoto, dan Wibowo, Daniel (2013) Inovasi PERSI dalam Mutu Pelayanan Kesehatan di RS dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: PERSI. Forum Mutu IHON.
26. Ardana, Dewa. 2019 'Peranan Komunikasi Staf Dalam Sosialisasi Program Kerja Di Puskesmas Tejakula Ii Kecamatan Tejakula'. Locus Majalah Ilmiah FISIP, 11, 1, pp. 83 – 101.
27. Daft, Richard L (2003) Manajemen. Jakarta: Salemba Empat.
28. Rudman R (2003) Performance Planning and Review, 2nd Editom. Crows Nest: Allenandunwin.
29. Gabby, M. (2015) 'Prinsip Evidence Based Policy Making Dalam Konteks Audit Pendahuluan Operasional BPJS Kesehatan'. Conference In Business, Accounting, And Management (CBAM), 2, 1, pp. 301 - 308.
30. Sanjaya, Sholahuddin., Sulisty, Dwi Handono., Hendrartini, Julita. (2019) 'Kinerja Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Cabang Surakarta Dalam Pengendalian Mutu Dan Biaya Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional'. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 1, 2, pp. 11 – 18.