HJK HOLISTIK JURNAL KESEHATAN
ISSN 1978-3337 (Print)
ISSN 2620-7478 (Online)
DOI: 10.33024

sinta 3 Terakreditasi
Nomor: 79/E/KPT/2023

INFORMASI ARTIKEL
Received: November, 16, 2024
Revised: January, 06, 2025
Available online: January, 06, 2025
at : https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk

Program improvement kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif oleh kepala ruangan

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

Abstract

Background: Transformation in healthcare in this digital era demands efficiency, hospitals must be able to balance between quality of service and operational costs. The healthcare sector is prone to inefficiencies such as unnecessary care, waste in healthcare, undesirable variations in clinical practice, administrative burden, fraud and abuse.
Purpose: To explore the improvement program of quality control and cost control in palliative patients by the head of the room.
Method: This mini research is in accordance with the process of data collection and literature study using questionnaires, observations, interviews, and document studies. Data were analyzed using the POSAC and SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) management approaches.
Results: The analysis show that there are problems of high cost, high volume and high risk in palliative patients so that it is necessary to improve the role and function of the head of the room in implementing quality control and cost control. Implementation of solutions in the form of preparation of nurse responsibility guidelines and monitoring checklists by the head of the room in quality control and cost control.
Conclusion: The role of the head of the room in managing quality control and cost control in palliative patients is vital. Although there are still various challenges that hinder the optimization of services such as not yet compiled.
Suggestion: Development of quality control and cost control guidelines in accordance with the needs of hospitals with a broader scope, Increasing awareness and compliance of professional caregivers to standard operating procedures in health services and services, Conducting socialization of guidelines, SOPs, checklists and tariff patterns so that all professional caregivers are exposed and have the same understanding of quality control and cost control and Quality control and cost control programs need to be used as a curriculum in health institution education and new employee orientation in hospitals.

Keywords: Improvement Program; Quality Control and Cost Control; Role of the Head of the Room.

Pendahuluan: Transformasi di bidang kesehatan era digital ini menuntut adanya efisiensi, rumah sakit harus mampu menyeimbangkan antara kualitas pelayanan dan biaya operasional. Sektor layanan kesehatan rentan terhadap inefisiensi seperti perawatan yang tidak perlu, pemborosan dalam layanan kesehatan, variasi praktik klinis yang tidak diinginkan, beban administrasi, *fraud*, dan penyalahgunaan.
Tujuan: Untuk mengeksplorasi program improvement kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif oleh kepala ruangan.
Metode: Penelitian mini projek sesuai dengan literatur dan proses pengumpulan data menggunakan kuesioner, observasi, wawancara serta studi dokumen. Data dianalisis dengan pendekatan manajemen POSAC dan SWOT (*strengths/*kekuatan, *weaknesses/*kelemahan, *opportunities/*peluang, dan *rhreats/*ancaman).
Hasil: Ditemukan masalah *high cost, high volume,* dan *high risk* pada pasien paliatif, sehingga perlu dilakukan program *improvement* peran dan fungsi kepala ruangan dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya. Implementasi solusi

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

berupa penyusunan panduan tanggung jawab perawat dan *cheklist monitoring* oleh kepala ruangan dalam kendali mutu dan kendali biaya.

Simpulan: Peran kepala ruangan dalam pengelolaan kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif sangat vital. Meskipun masih terdapat berbagai tantangan yang menghambat optimalisasi layanan, seperti belum tersusunnya panduan dan standar operasional prosedur, serta kesulitan dalam pengelolaan sumber daya.

Saran: Pengembangan panduan kendali mutu dan kendali biaya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit dengan *scope* yang lebih luas. Peningkatan *awareness* dan kepatuhan profesional pemberi asuhan terhadap standar operasional prosedur dalam layanan dan pelayanan kesehatan. Melakukan sosialisasi panduan, SOP, *checklist,* dan pola tarif agar semua profesional pemberi asuhan terpapar dan memiliki pemahaman yang sama dalam kendali mutu serta kendali biaya. Hal ini perlu dijadikan kurikulum dalam pendidikan institusi kesehatan dan orientasi pegawai baru di rumah sakit.

Kata Kunci: Kendali Mutu dan Kendali Biaya; Peran Kepala Ruangan; Program *Improvement.*

PENDAHULUAN

Peran kepala ruangan dalam manajemen keperawatan sangat strategis dalam memastikan kualitas dan efisiensi pelayanan di rumah sakit. Manajer dan pemimpin keperawatan harus mampu menganalisis situasi dengan menjalankan peran interpersonal, informasional, dan pengambilan keputusan, serta menerapkan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengadaan staf, pengarahan, dan pengawasan (Robbins & Judge, 2019). Sebagai manajer lini pertama, kepala ruangan bertanggung jawab dalam mengelola sumber daya yang tersedia, memastikan distribusi beban kerja yang adil, serta mengawasi penerapan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Keterampilan manajemen yang baik menjadi krusial bagi kepala ruangan karena posisinya yang dekat dengan pasien dan tim layanan kesehatan, yang pada akhirnya memengaruhi produktivitas serta kepuasan staf. Terlebih lagi, di era transformasi digital saat ini, efisiensi menjadi tuntutan utama dalam sistem pelayanan kesehatan (Marquis & Huston, 2017).

Istilah perawatan paliatif diciptakan pada tahun 1975 untuk menggambarkan tujuan inti dari layanan berbasis rumah sakit yang baru dibentuk di Quebec, Kanada yang dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi sumber-sumber kesulitan bagi pasien dengan penyakit serius yang mengancam jiwa. Kini 45 tahun kemudian, perawatan paliatif tetap mempertahankan fokus utamanya untuk meningkatkan kualitas hidup individu dengan penyakit serius yang membatasi kehidupan dan keluarga mereka dengan menangani gejala fisik dan psikologis serta kebutuhan sosial dan spiritual dan menyelaraskan nilai-nilai pasien dan keluarga dengan pilihan perawatan yang tersedia (Harrison, Kotwal, & Smith, 2020).

Pelayanan kesehatan adalah sub sistem yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan. Sub sistem yang dimaksud adalah dalam pelayanan kesehatan yaitu *input,* proses, *output*, dampak, dan umpan balik (Agustina, 2020). Implementasi perawatan paliatif yang tepat waktu di setiap institusi membutuhkan kepemimpinan yang visioner, komitmen tim onkologi, klinik perawatan paliatif yang kuat, serangkaian kriteria rujukan yang disesuaikan, dan lebih baik lagi sistem rekam kesehatan elektronik yang terintegrasi (Hui, Heung, & Bruera, 2022).

Transformasi digital di bidang kesehatan mengharuskan rumah sakit untuk menyeimbangkan antara kualitas pelayanan dan efisiensi biaya operasional. Inefisiensi seperti perawatan yang tidak diperlukan, pemborosan sumber daya, variasi praktik klinis yang tidak konsisten, serta beban administrasi dan *fraud* merupakan tantangan yang harus dihadapi (Stadhouders, Kruse, Tanke, Koolman, & Jeurissen, 2019). Selain itu, sistem pembayaran yang terfragmentasi dan tidak efisien seringkali mengarah pada penyediaan layanan yang tidak esensial yang berdampak pada meningkatnya biaya kesehatan (Wackers, Stadhouders, Heil, Westert, Dulmen, & Jeurissen, 2021). Penelitian terdahulu mengungkapkan bahwa sekitar 30% dari total biaya perawatan kesehatan di Amerika Serikat terbuang tanpa manfaat yang jelas bagi pasien. Hal ini menekankan pentingnya peran kepala ruangan dalam memastikan penerapan asuhan standar sesuai kebutuhan pasien, terutama dalam mengelola mutu dan pengendalian biaya layanan keperawatan

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

(Matchett, Nordhues, Bashir, Merry, & Sawatsky, 2023).

Kendali biaya adalah pendekatan yang bertujuan untuk memberikan perawatan yang efektif sambil meminimalkan pengeluaran yang tidak diperlukan tanpa mengorbankan kualitas (Mordang, Könings, Hunderfund, Paulus, Smeenk, & Stassen, 2020). Dalam konteks rumah sakit dengan kompleksitas tinggi, seperti RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, yang merupakan rumah sakit rujukan utama dan pendidikan, tantangan ini semakin besar. Kendali mutu dan kendali biaya bukan hanya tanggung jawab perawat, melainkan merupakan tanggung jawab multidisiplin. Namun, karena tenaga keperawatan terlibat langsung dalam 40%-50% asuhan kepada pasien, mereka menjadi sorotan utama. Kondisi ini berisiko menyebabkan pembiayaan berlebih (over budget) dan perawatan yang terlewatkan, sehingga kepala ruangan memegang peran penting dalam pengelolaan mutu dan kendali biaya. Penerapan perawatan yang bernilai tinggi dan sadar biaya semakin diperlukan seiring dengan melonjaknya biaya kesehatan global. Perawatan yang efisien dapat meningkatkan kepuasan pasien sekaligus mengendalikan biaya (Carroll, Tan, Hayes, Mordang, Rizzo, Zaia, & O'Tuathaigh, 2024). Beberapa negara di Eropa bahkan telah memasukkan konsep perawatan sadar biaya dalam kurikulum kedokteran karena banyak dokter, residen, dan fellow yang tidak menyadari biaya barang yang sering mereka gunakan. Oleh karena itu, standar pelayanan yang terjamin dan terukur sangat penting, terutama dalam perawatan pasien paliatif (Lee, Hall, Agharokh, Yu, Parikh, & Shah, 2023).

Prevalensi perawatan paliatif terdiri dari penyakit kardiovaskular (38.5%), kanker (34%), penyakit pernapasan kronis (10.3%), AIDS (5.7%), dan diabetes (4.6%), serta penyakit lainnya seperti gagal ginjal, penyakit hati kronis, dan demensia (World Health Organization, 2016). Meskipun perawatan paliatif telah terbukti mengurangi penderitaan dengan meringankan beban yang berhubungan dengan penyakit bagi orang dengan penyakit serius dan keluarga mereka, hanya sedikit yang diketahui mengenai komponen dan struktur berbagai model pemberian perawatan paliatif yang diperlukan untuk meningkatkan hasil bagi orang yang terkena CF (*Cystic fibrosis*) (Kavalieratos, Georgiopoulos, Dhingra, Basile, Rabinowitz, Hempstead, & Dellon, 2021).

Di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, khususnya di lantai 7A Gedung A, perawatan pasien paliatif memerlukan perhatian khusus dalam hal kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini dikarenakan karakteristik pasien paliatif yang memiliki biaya tinggi, volume tinggi, dan risiko tinggi. Sebanyak 90% pasien yang dirawat di lantai ini mengalami over budget, dengan jumlah kunjungan mencapai 170 pasien antara Januari hingga Juni 2024, dan lama rawat inap antara 7 hingga 29 hari. Oleh karena itu, dibutuhkan kepemimpinan perawat yang efektif dalam komunikasi, kerja tim, manajemen beban kerja, dan pengambilan keputusan untuk memastikan kualitas perawatan (Murray & Cope, 2021).

METODE

Penelitian mini projek yang dilaksanakan sejak tanggal 2 September-2 Oktober 2024 di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo. Proses pengumpulan data dilakukan menggunakan survei/kuesioner, observasi, wawancara, dan studi dokumen. Selanjutnya data dianalisis dengan pendekatan manajemen POSAC dan SWOT: *strengths* (kekuatan), *weaknesses* (kelemahan), *opportunities* (peluang), dan *threats (ancaman)*. Kemudian rencana perbaikan dituangkan dalam bentuk *plan of action* (POA). Proses implementasi diawali dengan penyusunan draf panduan tanggung jawab perawat dalam pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif yang dilaksanakan sejak tanggal 19-25 September 2024. Selanjutnya draf yang telah disusun dilakukan sosialisasi. Kegiatan sosialisasi panduan dilaksanakan pada tanggal 27 September 2024 yang dihadiri oleh para kepala ruangan. Kemudian dilakukan kegiatan simulasi *checklist*/daftar tilik monitoring kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif oleh para kepala ruangan di gedung A.

Dalam proses implementasi, evaluasi dan tindak lanjut ini penulis menggunakan manajemen perubahan *Kurt Lewin* yang terdiri dari 3 tahap, yaitu pencairan dilakukan untuk menciptakan kesadaran bahwa perubahan diperlukan melalui strategi yang lebih rinci dan jelas seperti panduan dalam kendali mutu dan kendali biaya. *Change* (perubahan) dilakukan setelah organisasi sudah siap untuk perubahan, langkah ini melibatkan implementasi

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

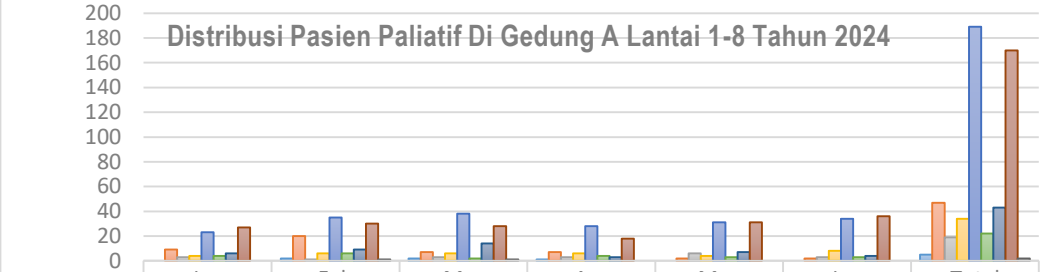
[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

perubahan yang diinginkan melalui simulasi *checklist.* Pelatihan, komunikasi yang jelas, dan dukungan dari pemimpin adalah kunci untuk memastikan proses perubahan berjalan lancar dan hasilnya bisa diterima dengan baik. *Refreezing* (pembekuan kembali) dilakukan untuk memperkuat dan menjaga perubahan tersebut agar menjadi bagian dari sistem atau budaya organisasi.

Alur proses kerja menggunakan pendekatan fungsi manajemen keperawatan, yaitu perencanaan *(planning)* berkaitan dengan menetapkan tujuan dan mengembangkan rencana dan program untuk mencapai tujuan tersebut. Pengorganisasian (*organizing*) berkaitan dengan mengatur dan mengalokasikan sumber daya perusahaan untuk menjadi satu kesatuan yang terstruktur. Proses *staffing* meliputi rekrutmen, wawancara, mempekerjakan dan mengorientasi staf. Pengarahan merupakan fase keempat dari fungsi manajemen, pengarahan adalah tahapan memerlukan tanggung jawab sumber daya manusia, seperti motivasi, pengelolaan konflik, delegasi, komunikasi dan kolaborasi dan pengendalian (*controlling)* adalah tentang mengukur dan mengevaluasi pekerjaan atau sumber daya yang digunakan untuk memastikan pencapaian target atau sesuai.

HASIL



	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Total
Lantai 1	0	2	2	1	0	0	5
Lantai 2	9	20	7	7	2	2	47
Lantai 3	3	1	3	3	6	3	19
Lantai 4	4	6	6	6	4	8	34
Lantai 5	23	35	38	28	31	34	189
Lantai 6	4	6	2	4	3	3	22
HCU	6	9	14	3	7	4	43
Lantai 7	27	30	28	18	31	36	170
Lantai 8	0	1	1	0	0	0	2

Gambar 1. Distribusi Pasien Paliatif Di Gedung A Lantai 1-8

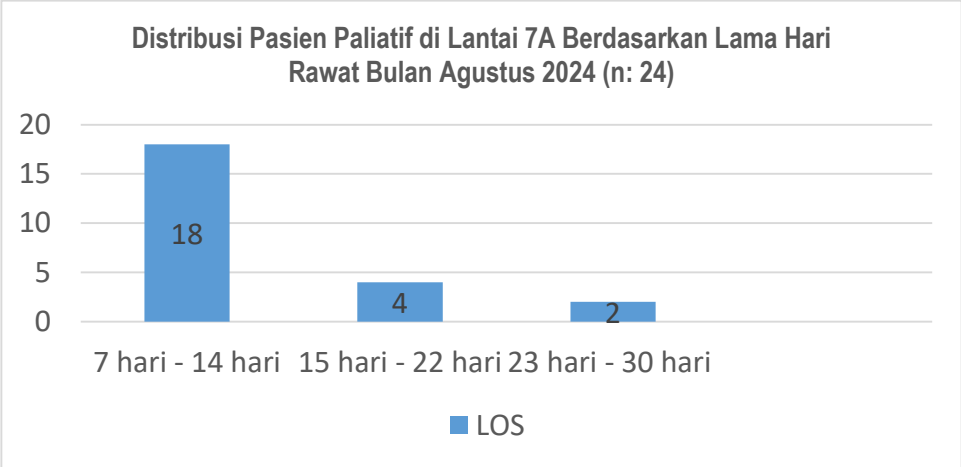
Berdasarkan Gambar 1. diketahui bahwa jumlah kunjungan pasien paliatif di gedung A periode januari-juni 2024 sebanyak 531 orang dengan jumlah kunjungan yang terbanyak ada di lantai 5 dan 7. Selain itu, rata-rata *lenght of stay* pasien paliatif yang dirawat lama. Kondisi ini juga yang menimbulkan peningkatan penggunaan sumber daya, sehingga berdampak pada peningkatan biaya operasional.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa Di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, khususnya gedung A lantai 7A, perawatan pasien paliatif perlu mendapatkan perhatian yang serius dalam kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini dilakukan mengingat *flow* pasien paliatif di lantai 7A dengan karakteristik *high cost, high volume* dan *high risk.* Dikatakan *high cost* karena data menunjukkan 90% pasien yang dirawat mengalami ovepagu, *high volume* karena jumlah kunjungan bulan januari-juni 2024 mencapai 170 pasien dan *high risk* oleh karena *lenght of stay* pasien zd7-29 hari perawatan. Selain itu, berpeluang untuk dilakukan program *improvement* peran dan fungsi kepala ruangan d kendali mutu dan kendali biaya.

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

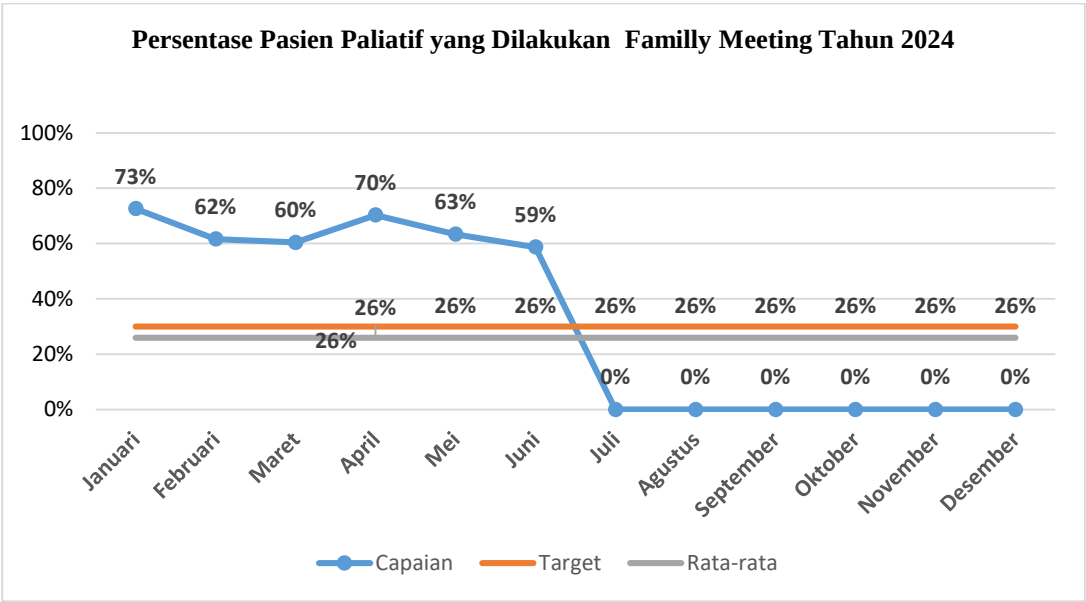
[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579



Gambar 2. Distribusi Pasien Paliatif di Lantai 7A Berdasarkan Lama Hari Rawat

Gambar 2. menunjukkan bahwa rata-rata lama hari perawatan pasien paliatif selama bulan agustus 2014 adalah 7-14 hari sebanyak 18 pasien bahkan hingga mencapai hari perawatan selama 30 hari. Di gedung A juga dalam tata laksana perawatan pasien paliatif juga melibatkan peran keluarga melalui kegiatan *family meeting*.



Gambar 3. Persentase Pasien Paliatif yang Dilakukan Family Meeting Tahun 2024

Gambar 3. Menunjukkan bahwa pasien paliatif dalam proses perawatan melibatkan keluarga (family meeting). Target *family meeting* tiap bulan adalah 26%, namun capaian sudah melebihi standar, meskipun melebihi standar tapi dari trend kurva terlihat bahwa persentase kegiatan family meeting mengalami penurunan setiap bulan.

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

Tabel Analisis SWOT

Analisis SWOT	Hasil
Strength **(Kekuatan)**	- Jumlah kunjungan pasien paliatif yang tinggi 170 pasien. - 83.3% kepala ruangan sadar akan KMKB. - Adanya komunikasi yang efektif antar anggota tim perawat dan PPA lain dalam memastikan layanan yang optimal untuk pasien paliatif. - Karu setiap hari memastikan penggunaan sumber daya (BMHP, obat, alat, dll.) yang efisien dalam perawatan paliatif. - Kepala ruangan selalu melibatkan tim perawat dalam proses pengembangan kebijakan terkait perawatan paliatif (66.7%). -
Weakness **(Kelemahan)**	- Belum ada unit khusus untuk perawatan pasien paliatif. - Karu kesulitan dalam memutuskan dan komunikasi dengan DPJP ketika melakukan pemeriksaan yang tidak diperlukan oleh pasien. - Adanya komunikasi yang efektif antar anggota tim perawat dan PPA lain dalam memastikan layanan yang optimal untuk pasien paliatif. - DPJP tetap menginginkan yang terbaik dengan biaya yang mahal untuk pasien. - Belum teridentifikasi secara jelas dan tegas pasien paliatif di ruang rawat. - 3 dari 6 orang kepala ruangan (50%) tidak pernah terlibat dalam perencanaan anggaran terkait kebutuhan perawatan pasien paliatif. -
Opportunity **(Peluang)**	- RSCM merupakan RS pendidikan dan rujukan utama di Indonesia. - Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya perawatan paliatif. - Kerja sama lintas PPA yang harmonis. - Dukungan penerapan teknologi RM yang memadai. - Pelibatan keluarga dalam tatalaksana perawatan paliatif. -
Threath **(Tantangan)**	- LOS pasien lama. - Perawatan paliatif memerlukan dukungan biaya yang tinggi. - Pemahaman tentang KMKB antar PPA berkaitan dengan perawatan paliatif belum selaras. - Keinginan keluarga untuk yang menuntut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik. - 90% pasien di lantai 7A mengalami over pagu.

PEMBAHASAN

Identifikasi masalah berdasarkan pendekatan fungsi manajemen POSAC meliputi *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *staffing* (ketenagaan), *actuating* (pengarahan), dan *controling* (pengendalian). *Planning* (perencanaan) antara lain, kepala ruangan selalu melibatkan tim

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

perawat dalam proses pengembangan kebijakan terkait perawatan paliatif (66.7%), 3 dari 6 orang kepala ruangan (50%) tidak pernah terlibat dalam perencanaan anggaran terkait kebutuhan perawatan pasien paliatif, belum ada unit khusus untuk pasien paliatif, 83.3% kepala ruangan sadar terhadap kendali mutu dan kendala biaya, DPJP tetap menginginkan yang terbaik dengan biaya yang mahal untuk pasien. Pemeriksaan darah, antibiotik dan obat mahal lainnya, sebelum rapat edukasi paliatif sebaiknya diadakan *case meeting* terlebih dahulu, sehingga ketika tahap akhir pasca *familly meeting* ada kesimpulan dari dokter.

Hasil manajemen *organizing* (pengorganisasian) antara lain, sebanyak 50% (3 orang) kepala ruangan mengatakan setiap hari memastikan penggunaan sumber daya (BMHP, obat, alat, dan lain-lain) yang efisien dalam perawatan paliatif, saat *breafing* kepala ruangan selalu menyampaikan kepada staf untuk melakukan efisiensi tanpa mengurangi kualitas pelayanan, belum ada klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan, masih bersifat *borderless* dan rencana *pool track*, sebanyak 66.7% kepala ruangan sering kesulitan dalam memutuskan dan komunikasi dengan DPJP ketika melakukan pemeriksaan yang tidak diperlukan oleh pasien, 66.7% kepala ruangan sering kesulitan dalam mengingatkan DPJP pada saat melakukan pemeriksaan diagnostik dan penunjang yang tidak sesuai dengan standar. Selain itu, belum teridentifikasi secara jelas dan tegas pasien paliatif di ruang rawat.

Berdasarkan analisis manajemen bagian *staffing* (ketenagaan) menunjukkan hasil bahwa, 5 dari 6 orang (83.3%) mengatakan setiap hari mengedukasi tim perawat tentang pengelolaan biaya yang efisien dalam perawatan pasien paliatif. Selanjutnya bagian a*ctuating* (pengarahan), terdapat 4 dari 6 orang kepala ruangan (66.7%) menilai dengan baik kepatuhan perawat terhadap prosedur standar perawatan pasien paliatif, 4 dari 6 orang kepala ruangan (66.7%) selalu melakukan upaya untuk menekan biaya tanpa mengurangi kualitas perawatan pasien paliatif, banyaknya DPJP konsultan, dan multi diagnosa serta l*ength of stay* yang lama.

Analisis manajemen bagian c*ontrolling* (pengendalian) menghasilkan bahwa sebanyak 2 orang (33.3%) kepala ruangan mengatakan mengevaluasi standar perawatan paliatif di unitnya, 2 orang (33.3%) kepala ruangan tidak pernah melakukan audit klinis untuk memastikan kualitas layanan paliatif, 50% kepala ruangan (3 orang) mengatakan komunikasi antar anggota tim perawat dan PPA lain efektif, 66.3% (4 orang) kepala ruangan mengatakan efektif dalam pengelolaan biaya di unit dalam memastikan perawatan paliatif yang berkualitas.

Program peningkatan kendali mutu dan biaya perawatan pasien paliatif oleh kepala ruangan menjadi *trend* dan *issue* dalam era transformasi yang menghendaki efisiensi. Sebagai *first line managers*, kepala ruangan berperan penting dalam memastikan bahwa pelayanan keperawatan tidak hanya berkualitas tetapi juga efisien. Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa keterlibatan kepala ruangan dalam pengelolaan mutu dan biaya secara proaktif dapat meningkatkan hasil perawatan pasien secara signifikan (Mordang et al., 2020; Rosa, Buck, Squires, AKozachik, Huijer, Bakitas, & Ferrell, 2022; Wackers, Stadhouders, Heil, Westert, Dulmen, & Jeurissen, 2021). Dengan demikian itu, pengelolaan sumber daya yang sistematis menjadi sangat diperlukan dalam rangka mencapai pelayanan yang optimal meskipun tidak mudah dan banyak tantangan.

Penelitian sebelumnya menggunakan bahwa lima artikel nasional dengan kata kunci perawatan paliatif, kualitas hidup, kanker dan anak leukemia, didapatkan hasil perawatan paliatif yang dilakukan secara komprehensif oleh tim pelayanan kesehatan akan memberikan dampak yang baik bagi anak namun juga dibutuhkan bantuan keluarga atau caregiver dalam membantu memaksimalkan perawatan paliatif. Kualitas hidup anak yang baik dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor psikologis, fisik, pendidikan, emosional, dan pola *overprotective* orang tua serta dukungan keluarga sebagai *caregiver* dalam melakukan perawatan paliatif (Rahmah, Suminar, & Sari, 2022).

Salah satu tantangan utama dalam implementasi kendali mutu dan biaya adalah belum adanya strategi yang jelas dan terinci baik dalam bentuk panduan maupun standar operasional prosedur. Panduan dan standar prosedur operasional yang jelas dapat memberikan uraian tugas, peran, dan tanggungjawab yang tegas dalam pelayanan dan asuhan pasien. Ketiadaan panduan dan standar prosedur operasional yang jelas sering kali menyebabkan variasi dalam praktik klinis, sehingga memengaruhi kualitas pelayanan secara keseluruhan. Penelitian

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

lain menyatakan bahwa, kurangnya panduan yang jelas dapat memicu terjadinya inefisiensi dan pemborosan dalam layanan kesehatan (Stadhouders et al., 2019). Untuk mengatasi hal ini, kepala ruangan perlu menyusun serta menerapkan prosedur yang konsisten dalam praktik keperawatan sehari-hari (Moleman, Zuiderent-Jerak, Lageweg, van den Braak, & Schuitmaker-Warnaar, 2022; Lee et al., 2023).

Dalam konteks peningkatan mutu pelayanan, kepala ruangan harus memastikan bahwa setiap anggota tim melaksanakan asuhan dan pelayanan pada pasien paliatif sesuai dengan standar dan indikator pelayanan. Kendali biaya juga memegang peranan penting dalam pengelolaan layanan kesehatan. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami *over budget* dalam biaya perawatan. Berdasarkan penelitian sebelumnya, pengelolaan biaya yang efektif dapat mengurangi pemborosan tanpa menurunkan kualitas pelayanan (Alyami, Al-Shenief, Alkhudaysh, Al-Naseeb, Alalhareth, Al-Sharif, & Al-murdif, 2022). Oleh karena itu, kepala ruangan harus menerapkan strategi penggunaan sumber daya yang efisien dan mengoptimalkan pembiayaan perawatan (Hidayat & Bachtiar, 2024; Rosa, Buck, Squires, Kozachik, Huijer, Bakitas, & Ferrell, 2022; Kelley et al., 2020). Mengingat bahwa program kendali mutu dan kendali biaya adalah tanggungjawab multidisipliner, maka kerja sama tim sangat diperlukan.

Kolaborasi tim menjadi faktor kunci dalam mencapai kendali mutu dan biaya yang efektif. Hasil survei mengindikasikan adanya kesenjangan komunikasi antara kepala ruangan, perawat, dan dokter yang berpotensi menghambat pengambilan keputusan yang cepat (Moleman et at., 2022; Stadhouders et al., 2019; Wackers et al., 2023). Dengan demikian, kepala ruangan harus memfasilitasi pertemuan rutin dan memastikan bahwa seluruh anggota tim memiliki pemahaman yang sama terkait tujuan serta prosedur yang diterapkan misalkan melalui kegiatan *case meeting* dan *familly meeting*. Selain itu, teknologi informasi juga memberikan kontribusi yang signifikan dalam mendukung kendali mutu dan biaya. Implementasi sistem rekam medis elektronik (EHR) dapat membantu mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan efisiensi pengelolaan data pasien (Al-Ishaq, 2023; Carroll et al., 2024; Moleman et at., 2022). Memanfaatkan teknologi ini, profesional pemberi asuhan dapat memastikan bahwa data pasien dikelola dengan baik serta mendukung pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat.

Dalam rangka memperbaiki mutu pelayanan, kepala ruangan juga perlu menerapkan program *Continuous Quality Improvement (CQI)*, CQI dapat membantu mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dan menerapkan strategi yang sesuai (Hariyati, Yetti, Afriani, & Handiyani, 2018). Melalui pendekatan ini, kepala ruangan dapat memastikan bahwa kualitas pelayanan terus meningkat, serta umpan balik dari pasien dan staf digunakan untuk memperbaiki proses secara berkelanjutan (Mordang et al., 2020; Rosa et al., 2022). Salah satu tantangan yang dihadapi adalah memastikan bahwa seluruh anggota tim memahami dan berkomitmen terhadap kendali mutu dan biaya. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan staf dalam proses peningkatan mutu dapat meningkatkan motivasi serta hasil pelayanan (Hidayat & Bachtiar, 2024; Moleman et at., 2022; Lee et al., 2023).

Kepala ruangan perlu mengembangkan program pelatihan dan workshop yang meningkatkan kesadaran staf akan pentingnya kendali mutu dan biaya. Keberlanjutan program improvement ini membutuhkan evaluasi dan pemantauan yang berkelanjutan. Evaluasi berkala terhadap implementasi program dapat membantu mengidentifikasi pencapaian serta area yang perlu ditingkatkan (Moleman et at., 2022). Dengan demikian, kepala ruangan perlu menetapkan indikator kinerja yang jelas serta melakukan peninjauan secara rutin untuk memastikan bahwa tujuan kendali mutu dan biaya dapat tercapai (Carroll et al., 2024; Mordang et al., 2020; Wackers et al., 2023).

SIMPULAN

Peran kepala ruangan dalam pengelolaan kendali mutu dan kendali biaya pada pasien paliatif sangat vital. Meskipun masih terdapat berbagai tantangan yang menghambat optimalisasi layanan seperti belum tersusunnya panduan dan standar operasional prosedur, serta kesulitan dalam pengelolaan sumber daya.

SARAN

Pengembangan panduan kendali mutu dan kendali biaya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

dengan *scope* yang lebih luas, seperti peningkatan *awareness* dan kepatuhan profesional, pemberi asuhan terhadap standar operasional dan pelayanan kesehatan, melakukan sosialisasi panduan, *checklist*, dan pola tarif. Agar semua profesional pemberi asuhan terpapar dan memiliki pemahaman yang sama dalam kendali mutu serta kendali biaya, program kendali mutu dan kendali biaya perlu dijadikan kurikulum dalam pendidikan institusi kesehatan dan orientasi pegawai baru di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Agustina, D. (2020). Administrasi Kebijakan Kesehatan. Diakses dari: http://repository.uinsu.ac.id/11543/1/AKK%20%28Administrasi%20Kebijakan%20Kesehatan%29.pdf

Alyami, A. M. H., Al-Shenief, H. Y. M., Al-khudaysh, M. N. M., Al-Naseeb, D. M. Y., Al-alhareth, M. S., Al Sharif, E. N. M., & Al-murdif, M. A. M. (2022). Quality Control in Primary Healthcare in Saudi Arabia: A Systematic Review. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, *9*(4).

Carroll, E., Tan, C., Hayes, S., Mordang, S., Rizzo, G., Zaia, V., & O'Tuathaigh, C. (2024). Implementing high-value, cost-conscious care: experiences of Irish doctors and the role of education in facilitating this approach. *BMC Medical Education*, *24*(1), 684.

Hariyati, R. T. S., Yetti, K., Afriani, T., & Handiyani, H. (2018). Manajemen risiko bagi manajer keperawatan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

Harrison, K. L., Kotwal, A. A., & Smith, A. K. (2020). Palliative care for patients with noncancer illnesses. *Jama*, *324*(14), 1404-1405.

Hidayat, D., & Bachtiar, A. (2024). Analisis Manajemen Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan. *Syntax Idea*, *6*(4), 1973-1982.

Hui, D., Heung, Y., & Bruera, E. (2022). Timely palliative care: personalizing the process of referral. *Cancers*, *14*(4), 1047.

Kavalieratos, D., Georgiopoulos, A. M., Dhingra, L., Basile, M. J., Rabinowitz, E., Hempstead, S. E., & Dellon, E. P. (2021). Models of palliative care delivery for individuals with cystic fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation evidence-informed consensus guidelines. *Journal of Palliative Medicine*, *24*(1), 18-30.

Lee, B. C., Hall, M., Agharokh, L., Yu, A. G., Parikh, K., & Shah, S. S. (2023). National cross-sectional study on cost consciousness, cost accuracy, and national medical waste reduction initiative knowledge among pediatric hospitalists in the United States. *Plos one*, *18*(4), e0284912.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Matchett, C. L., Nordhues, H. C., Bashir, M. U., Merry, S. P., & Sawatsky, A. P. (2023). Residents' Reflections on Cost-Conscious Care after International Health Electives: A Single-Center Qualitative Study. *Journal of general internal medicine*, *38*(1), 42-48.

Moleman, M., Zuiderent-Jerak, T., Lageweg, M., van den Braak, G. L., & Schuitmaker-Warnaar, T. J. (2022). Doctors as resource stewards? Translating high-value, cost-conscious care to the consulting room. *Health Care Analysis*, *30*(3), 215-239.

Mordang, S. B., Könings, K. D., Hunderfund, L. A. N., Paulus, A. T., Smeenk, F. W., & Stassen, L. P. (2020). A new instrument to measure high value, cost-conscious care attitudes among healthcare stakeholders: development of the MHAQ. *BMC Health Services Research*, *20*, 1-10.

Murray, M., & Cope, V. (2021). Leadership: Patient safety depends on it! *Collegian*, *28*(6), 604-609.

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579

Rahmah, I. E. N. A., Suminar, I. T., & Sari, A. D. (2022). Hubungan perawatan paliatif dengan kualitas hidup anak leukemia: literature review.

Robbins, P. S., Judge, T. A. (2019). Organizational behaviour 18tth edition. Diakses dari: https://www.pearson.com/nl/en_NL/higher-education/subject-catalogue/business-and-management/Robbins-Organizational-Behavior.html

Rosa, W. E., Buck, H. G., Squires, A. P., Kozachik, S. L., Huijer, H. A. S., Bakitas, M., & Ferrell, B. R. (2022). International consensus-based policy recommendations to advance universal palliative care access from the American Academy of Nursing Expert Panels. *Nursing outlook*, *70*(1), 36-46.

Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: a systematic review. Health Policy, 123(1), 71-79.

Wackers, E., Stadhouders, N., Heil, A., Westert, G., Dulmen, V. S., & Jeurissen, P. (2021). Hospitals bending the cost curve with increased quality: a scoping review into integrated hospital strategies. *International Journal of Health Policy and Management*, *11*(11), 2381.

Word Health Organization. (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Diakses dari: https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers

Yuvensius Pili[1]*, Roro Tutik Sri Hariyati[1], Hening Pujasari[1], Cori Tri Suryani[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
[2]RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
Korespondensi penulis: Yuvensius Pili. *Email: galdaysjuven@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.579