

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN READMISI PADA PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RSUP PERSAHABATAN

Analysis of Factors Affecting Readmission Among BPJS In-Patients at RSUP Persahabatan

Annisa Endah Pratiwi^{1*}, Hanevi Djasri²

¹Program Pascasarjana Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Readmission is often regarded as an indicator of poor quality of care and is used to assess hospital performance. The readmission rate also reflects the hospital's response to the shift in payment systems following the implementation of BPJS as Indonesia's national health insurance. In 2023, RSUP Persahabatan reported a readmission rate index (RaR) of 12%.

Objectives: This study aims to analyze the factors affecting readmission events among BPJS inpatients in 2023 at RSUP Persahabatan and to formulate strategies to reduce the readmission rate.

Methods: This research employed a mixed-methods sequential explanatory design. Quantitative analysis was conducted on BPJS inpatient records from 2023 for patients aged 18 years or older who experienced readmission. Data sources included BPJS claims and electronic medical records. Qualitative analysis was conducted through focus group discussions. Quantitative data were analyzed using chi-square tests and multivariate logistic regression.

Results: Significant relationships were found between readmission and variables such as comorbidity, Charlson Comorbidity Index (CCI), severity level, polypharmacy, length of stay, admission through the emergency department, history of ED visits and inpatient care, and alignment with the clinical pathway ($p < 0.05$). Patients who did not receive care aligned with the clinical pathway had a five-fold increased risk of readmission. Strategies to reduce readmission involve three stages: during admission, while the patient is still in care, and after discharge.

Conclusions: Readmission at RSUP Persahabatan is prevalent among chronic patients with severe comorbidities. Adherence to the clinical pathway is crucial for reducing readmission rates and is a reflection of service quality. Efforts to reduce readmission must involve management and clinicians, requiring the integration of technology and a commitment to comprehensive patient care.

Keywords: Readmission, reducing readmission, service quality.

ABSTRAK

Latar belakang: Readmisi sering dianggap sebagai indikator kualitas perawatan yang rendah dan merupakan alat untuk menilai kinerja rumah sakit. Tingkat readmisi juga mencerminkan respons rumah sakit terhadap perubahan sistem pembayaran sejak berlakunya BPJS sebagai asuransi kesehatan nasional. Pada tahun 2023, RSUP Persahabatan melaporkan tingkat readmission rate index (RaR) sebesar 12%.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi pada pasien BPJS rawat inap tahun 2023 di RSUP Persahabatan dan merumuskan strategi untuk mengurangi angka readmisi.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain mixed methods dengan pendekatan sequential explanatory. Analisis kuantitatif dilakukan pada data pasien BPJS rawat inap tahun 2023 yang berusia ≥ 18 tahun dan mengalami readmisi, dengan data klaim BPJS dan rekam medis elektronik sebagai sumber data. Analisis kualitatif dilakukan melalui diskusi kelompok terarah. Data kuantitatif dianalisis menggunakan uji chi-square dan regresi logistik ganda.

Hasil: Terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian readmisi dengan variabel komorbiditas, Charlson Comorbidity Index (CCI), derajat keparahan, polifarmasi, lama perawatan, masuk melalui IGD, riwayat kunjungan IGD dan rawat inap, serta kesesuaian dengan clinical pathway ($p < 0,05$). Pasien yang pelayanannya tidak sesuai dengan clinical pathway memiliki risiko readmisi lima kali lebih tinggi. Upaya mengurangi angka readmisi dibagi dalam tiga periode: saat pasien masuk, selama perawatan, dan setelah pasien pulang.

Kesimpulan: Readmisi di RSUP Persahabatan cenderung terjadi pada pasien kronis dengan komorbiditas berat. Pelayanan yang sesuai dengan clinical pathway sangat penting untuk mengurangi readmisi dan menjadi cerminan mutu pelayanan. Upaya untuk mengurangi angka readmisi memerlukan keterlibatan manajemen dan klinisi, dengan dukungan teknologi dan komitmen pelayanan yang berkesinambungan.

Kata Kunci: readmisi, pengurangan, readmisi, mutu pelayanan

PENDAHULUAN

Universal Health Coverage (UHC) merupakan salah satu prioritas utama dalam sistem kesehatan di seluruh dunia yang diakomodasi dalam target 3.8 dari Sustainable Development Goals (SDGs). Target ini menekankan pentingnya cakupan kesehatan universal yang meliputi perlindungan terhadap risiko finansial, akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas, serta ketersediaan obat-obatan dan vaksin yang aman, efektif, dan terjangkau bagi seluruh populasi.¹ Dalam mencapai UHC, tiga dimensi utama yang harus diperhatikan adalah siapa yang ditanggung, layanan apa yang tersedia, dan seberapa besar proporsi biaya yang ditanggung. Saat ini, WHO juga menyoroti pentingnya mutu pelayanan kesehatan sebagai standar untuk meningkatkan program kesehatan yang pada akhirnya diharapkan dapat mendukung pencapaian UHC, yaitu memastikan setiap individu dapat mengakses pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang dibutuhkan tanpa menghadapi kesulitan finansial.

Di Indonesia, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan upaya strategis dalam mewujudkan UHC. JKN menerapkan prinsip integrasi antara layanan kesehatan berkualitas dan biaya terkendali melalui sistem pembayaran prospektif. Metode pembayaran ini dirancang untuk mengendalikan biaya kesehatan, mendorong mutu pelayanan sesuai standar, membatasi pelayanan yang tidak perlu, menyederhanakan administrasi klaim, dan mengarahkan penyedia layanan untuk menerapkan kontrol biaya.² Salah satu sistem pembayaran prospektif yang digunakan adalah Indonesia Case-Based Groups (INA-CBG), yang mengharuskan rumah sakit menanggung beban biaya apabila pelayanan yang diberikan melampaui batas tarif yang telah ditentukan.³ Perubahan sistem pembayaran ini berdampak pada perilaku rumah sakit dalam menghadapi pola pembayaran yang lebih ketat, termasuk dalam hal pengendalian readmisi pasien.

Readmisi sering dianggap sebagai indikator kualitas pelayanan yang kurang optimal. Dalam beberapa sistem kesehatan, tingkat readmisi juga dijadikan sebagai salah satu parameter untuk menilai kinerja rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 659 tahun 2009, standar penilaian kinerja rumah sakit di Indonesia mensyaratkan tingkat readmisi untuk kasus serupa harus berada di bawah 1%.⁴ Tingginya tingkat readmisi dapat menunjukkan adanya permasalahan dalam perawatan pasien, baik selama perawatan di rumah sakit maupun dalam perawatan lanjutan setelah pasien pulang. Oleh karena itu, upaya pengurangan angka readmisi menjadi prioritas penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan karena tidak hanya mengurangi beban pada sumber daya kesehatan, namun juga mengurangi potensi risiko atau dampak negatif bagi pasien.⁵

Definisi readmisi menurut Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) adalah kembalinya pasien ke rumah sakit untuk perawatan akut dalam waktu 30 hari setelah keluar dari rumah sakit dengan diagnosis yang sama atau ke rumah sakit akut lainnya.⁶ Di Amerika Serikat, readmisi telah menjadi perhatian khusus, bahkan pada tahun 2012 CMS memperkenalkan Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) yang bertujuan untuk menekan angka readmisi 30 hari dengan memberikan denda pada rumah sakit yang memiliki tingkat readmisi tinggi.⁶ Menurut data CMS tahun 2023, rata-rata tingkat readmisi di 4.300 rumah sakit di Amerika Serikat adalah 14,5%, dengan variasi tingkat readmisi antar wilayah yang cukup signifikan.⁷

Di Asia, data menunjukkan bahwa negara-negara seperti Singapura dan Filipina juga memiliki tingkat readmisi yang cukup tinggi, terutama pada kelompok lanjut usia. Di Singapura, tingkat readmisi 30 hari untuk semua penyebab mencapai 11,6% pada 2010 dan meningkat menjadi 19,0% pada kelompok usia ≥ 65 tahun.⁸ Di Filipina, readmission rate index di rumah sakit Philippine General Hospital pada 2019 adalah 18%.⁹ Data ini menunjukkan bahwa readmisi tidak hanya menjadi perhatian di negara maju, tetapi juga di negara berkembang, termasuk Indonesia.

Di Indonesia, data readmisi pasien JKN menunjukkan tren peningkatan. Berdasarkan data JKN dari tahun 2015 hingga 2019, angka rawat inap tingkat lanjut meningkat dari 440 per 10.000 peserta pada 2015 menjadi 561 per 10.000 peserta pada 2019.¹⁰ RSUP Persahabatan sebagai rumah sakit rujukan tipe A di Indonesia juga menghadapi tantangan serupa. Berdasarkan data klaim tahun 2022, 12% dari seluruh kasus pending adalah kasus readmisi. Pada tahun 2023, dari total 19.401 klaim rawat inap, terdapat 1.699 (11%) kasus readmisi, dengan readmission rate index sebesar 12%. Substansi medis terbanyak yang terkait dengan readmisi adalah penyakit paru, penyakit dalam, dan bedah, dengan angka pending klaim yang cukup signifikan.

Tingginya angka readmisi di RSUP Persahabatan memberikan dampak besar, tidak hanya terhadap kondisi finansial rumah sakit tetapi juga terhadap kualitas hidup pasien. Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, faktor-faktor seperti usia, komorbiditas, tingkat keparahan, polifarmasi, dan kesesuaian dengan clinical pathway memiliki pengaruh signifikan terhadap kejadian readmisi.¹¹ Tingginya angka readmisi di RSUP Persahabatan menunjukkan adanya kebutuhan untuk menganalisis faktor-faktor penyebabnya secara komprehensif agar dapat diambil langkah-langkah preventif yang efektif.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi pada pasien JKN di ruang rawat inap RSUP

Persahabatan tahun 2023 dengan menggunakan data klaim dan rekam medis elektronik. Dengan memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap readmisi, diharapkan dapat dirumuskan strategi untuk mengurangi angka readmisi dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

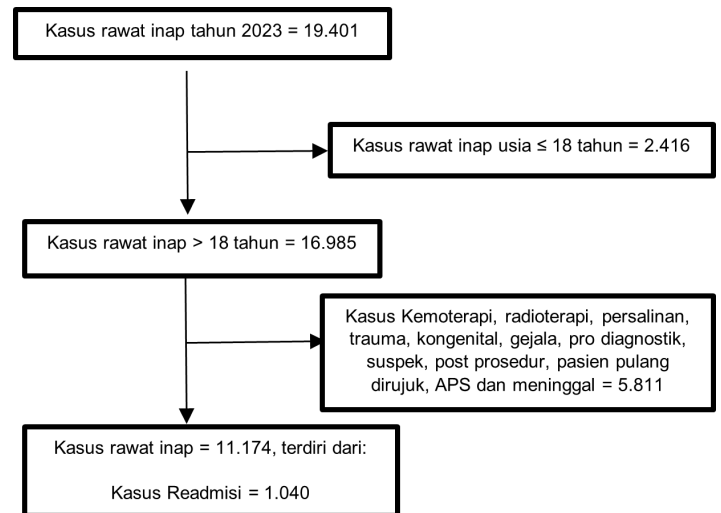
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode mixed methods dengan pendekatan sequential explanatory design. Metode mixed methods merupakan kombinasi antara metode kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk memperoleh data yang lebih komprehensif, valid, reliabel, dan objektif.¹² Pada pendekatan sequential explanatory design, tahap pertama penelitian dilakukan secara kuantitatif untuk mendapatkan pemahaman umum mengenai masalah yang diteliti, diikuti dengan tahap kualitatif untuk mendalami hasil dari analisis statistik dan memberikan penjelasan mendalam mengenai temuan kuantitatif.^{12,13}

Tahap pertama penelitian ini adalah analisis kuantitatif menggunakan desain case-control yang bersifat retrospektif. Data sekunder yang diperoleh dari aplikasi E-klaim INA-CBG dan rekam medis elektronik di RSUP Persahabatan digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi pasien BPJS di ruang rawat inap pada tahun 2023. Case-control merupakan desain penelitian observasional yang membandingkan subjek dengan efek atau kasus (readmisi) dan subjek tanpa efek atau kontrol, dengan mempertimbangkan riwayat paparan secara retrospektif. Dalam penelitian ini, metode matching digunakan untuk memastikan bahwa kelompok kasus dan kontrol memiliki karakteristik yang serupa, seperti periode waktu yang sama dan waktu awal kunjungan pasien.¹⁴

Pada tahap kedua, penelitian dilakukan dengan metode kualitatif melalui Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau Focused Group Discussion (FGD) dengan narasumber dari berbagai divisi di RSUP Persahabatan, termasuk kepala ruang rawat inap, manajer pelayanan pasien, tim pelayanan medik, tim Instalasi Gawat Darurat (IGD), tim sistem informasi, komite medik, komite mutu, dan DPJP. Data kualitatif ini bertujuan untuk merumuskan strategi dan langkah-langkah yang dapat dilakukan oleh rumah sakit dalam upaya mengurangi kejadian readmisi.

Penelitian ini dilakukan di RSUP Persahabatan, rumah sakit vertikal kelas A yang merupakan pusat rujukan nasional, pada periode Juni hingga Agustus 2024. Subjek penelitian pada tahap kuantitatif meliputi seluruh pasien rawat inap BPJS Tahun 2023 yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu pasien rawat inap BPJS berusia di atas 18 tahun. Kriteria eksklusi meliputi pasien rawat inap untuk kemoterapi, radioterapi, persalinan, kasus trauma, serta pasien dengan status pulang yang dirujuk, atas permintaan sendiri, atau meninggal.



Gambar 1. Populasi penelitian kuantitatif

Untuk menentukan besar sampel, penelitian ini mengikuti prinsip *rules of thumb* dengan jumlah variabel independen sebanyak 14 variabel, yang membutuhkan minimal 280 sampel. Dari jumlah tersebut, sampel dibagi menjadi dua kelompok, yaitu 140 kasus readmisi dan 140 kontrol.¹⁶ Pengambilan sampel dilakukan secara *simple random sampling*, di mana setiap individu dalam populasi memiliki peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel.¹²

Pada tahap kualitatif, pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan memilih narasumber yang memiliki pengetahuan mendalam mengenai aspek-aspek yang relevan dengan penelitian ini, seperti kepala ruang rawat, manajer pelayanan, dan komite mutu. Identifikasi variabel penelitian dilakukan sesuai kerangka konsep yang ada, dengan variabel dependen berupa kejadian readmisi, dan variabel independen yang meliputi faktor-faktor pasien, klinis, dan rumah sakit. Pengumpulan data dilakukan melalui formulir data pasien readmisi dan daftar pertanyaan DKT/FGD yang telah disusun sebelumnya.

Penelitian ini diharapkan memberikan pemahaman komprehensif mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi di RSUP Persahabatan, serta merumuskan upaya-upaya yang dapat diimplementasikan untuk mengurangi angka readmisi.

HASIL

Hasil Kuantitatif

Penelitian kuantitatif ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi pada pasien BPJS rawat inap di RSUP Persahabatan. Dari hasil analisis univariat, dapat dilihat dari Tabel 1.

Tabel 1. Hasil Analisa Univariate

Variabel	Jumlah Pasien	%
Umur	<60 tahun	195 69.6
	≥60 tahun	85 30.4
Jenis Kelamin	Laki-laki	177 63.2
	Perempuan	103 36.8
Komorbid	<3 komorbid	207 73.9
	≥3 komorbid	73 26.1
	Mild (<3)	114 40.7
Skor CCI	Moderate (3-4)	79 28.2
	Severe (≥5)	87 31.1
	Ringan	60 21.4
Derajat	Sedang	129 46.1
	Berat	91 32.5
Diagnosa	Karsinoma	201 71.8
	Non Karsinoma	79 28.2
Jumlah Obat	<5 obat	141 50.4
	≥5 obat	139 49.6
Lama Perawatan	<5 hari	117 41.8
	≥5 hari	163 58.2
Kelas Rawat	1	81 28.9
	2	12 4.3
	3	187 66.8
Admisi	Lewat IGD	230 82.1
	Selain IGD	50 17.9
Riwayat IGD	<2 kali	206 73.6
	≥2 kali	74 26.4
Riwayat Ranap	<4 kali	251 89.6
	≥4 kali	29 10.4
Keterisian Discharge planning	Lengkap	186 66.4
	Tidak Lengkap	94 33.6
Kesesuaian Clinical Pathway	Sesuai	49 17.5
	Tidak Sesuai	231 82.5

Sumber: Data Primer (2023)

Dari hasil univariate, rata-rata usia pasien adalah 51,47 tahun dengan standar deviasi sebesar 14,20 tahun, dimana usia termuda adalah 19 tahun dan tertua adalah 86 tahun. Sedangkan untuk rata-rata lama rawat inap 6,15 hari atau 7 hari dengan standar deviasi sebesar 3,756 hari atau 4 hari, dimana lama perawatan mulai dari 1 sampai 30 hari.

Pada analisis bivariate, faktor usia dan jenis kelamin tidak mempengaruhi readmisi. Faktor komorbiditas, pasien dengan komorbiditas lebih dari tiga jenis memiliki risiko readmisi yang lebih tinggi ($p<0,000$). Pasien dengan Charlson Comorbidity Index (CCI) kategori "severe" juga memiliki tingkat readmisi yang lebih tinggi, menunjukkan hubungan signifikan antara tingkat keparahan komorbiditas dan risiko readmisi ($p<0,000$). Derajat keparahan kondisi pasien, yang diukur melalui kode INACBG, menunjukkan bahwa pasien dengan derajat keparahan berat cenderung lebih sering mengalami readmisi dibandingkan dengan pasien dengan derajat ringan atau sedang ($p=0,012$).

Dari faktor klinis, pasien dengan diagnosa utama karsinoma menunjukkan frekuensi readmisi yang tinggi, meskipun analisis statistik tidak menemukan hubungan signifikan antara diagnosa utama dengan readmisi ($p=0,690$). Polifarmasi pada pasien, khususnya mereka yang menerima lebih dari lima jenis obat saat pulang, terbukti meningkatkan risiko readmisi secara signifikan ($p<0,000$), dengan odds ratio sebesar 2,461, yang menunjukkan bahwa pasien dengan polifarmasi berisiko hampir 2,5 kali lebih tinggi untuk readmisi dibandingkan pasien yang menerima kurang dari lima jenis obat.

Pada variabel utilisasi pelayanan, lama perawatan (LOS) menunjukkan pengaruh signifikan terhadap readmisi, dengan pasien yang dirawat lebih dari lima hari memiliki risiko readmisi dua kali lipat dibandingkan mereka yang dirawat kurang dari lima hari ($p=0,002$). Demikian pula, pasien yang masuk melalui IGD memiliki risiko readmisi yang lebih tinggi dibandingkan pasien

yang masuk dari unit lainnya ($p=0,002$). Riwayat kunjungan IGD dalam enam bulan terakhir dan riwayat rawat inap dalam satu tahun terakhir juga memiliki hubungan signifikan dengan risiko readmisi, dengan odds ratio masing-masing sebesar 4,519 dan 4,390. Namun, keterisian discharge planning tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian readmisi ($p=1,000$). Sementara itu, ketidaksesuaian perawatan dengan clinical pathway memiliki hubungan signifikan, di mana pasien yang menerima perawatan yang tidak sesuai clinical pathway memiliki risiko readmisi dua kali lebih tinggi dibandingkan pasien yang dirawat sesuai dengan clinical pathway ($p=0,041$).

Tabel 2. Hasil Analisa Univariate

Karakteristik	Tidak Readmisi N=140 n(%)	Readmisi N=140 n(%)	p-value
Usia mean ± SD, years	48.31 SD=15.006	54.63SD=12.628	
<60 tahun	104 (74.3)	91(65)	0.091
≥60 tahun	36 (25.7)	49(35)	
Jenis Kelamin			0.901
Laki-laki	89 (63.6)	84(60.0)	
Perempuan	51 (36.4)	56(40.0)	
Komorbid			0.000
<3 komorbid	123 (87.9)	84 (60.0)	
≥3 komorbid	17 (12.1)	56 (40.0)	
CCI			0.000
Mild (<3)	75 (53.6)	39 (27.9)	
Moderate (3-4)	35 (25.0)	44 (31.4)	
Severe (≥5)	30 (21.4)	57 (40.7)	
Derajat Keparahan			0.012
Ringan	40 (28.6)	20 (14.3)	
Sedang	61 (43.6)	68 (48.6)	
Berat	39 (27.9)	52 (37.1)	
Diagnosa Utama			0.690
Karsinoma	38 (27.1)	41 (29.3)	
Non Karsinoma	102 (72.9)	99 (70.7)	
Polifarmasi			0.000
<5 obat	86 (61.4)	55 (39.3)	
≥5 obat	54 (38.6)	85 (60.7)	
Lama perawatan			0.002
<5 hari	71 (50.7)	46 (32.9)	
≥5 hari	69 (49.3)	94 (67.1)	
Kelas Rawat			0.484
1	42 (30.0)	39 (27.9)	
2	4 (2.9)	8 (5.7)	
3	94 (67.1)	93 (66.4)	
Masuk Admisi			0.002
Lewat IGD	105 (75)	125 (89.3)	
Selain IGD	35 (25)	15 (10.7)	
Riwayat masuk IGD			0.000
6 bulan	122 (87.1)	84 (60)	
<2 kali	18 (12.9)	56 (40)	
≥2 kali			
Riwayat ranap setahun			0.001
<4 kali	134 (95.7)	117 (83.6)	
≥4 kali	6 (4.3)	23 (16.4)	
Keterisian Discharge Planning			1.000
Lengkap	93 (66.4)	93 (66.4)	
Tidak Lengkap	47 (33.6)	47 (33.6)	
Kesesuaian Clinical Pathway			0.041
Sesuai	31 (22.1)	18 (12.9)	
Tidak Sesuai	109 (77.9)	122 (87.1)	

Sumber: Data Primer (2023)

Tabel 3. Hasil Analisa Multivariat

Karakteristik	B	p-value	Exp(B)	95% C.I for exp (B)	
				Lower	Upper
Usia	.373	.240	1.452	.780	2.701
Masuk Admisi lewat IGD	.863	.030	2.371	1.086	5.176
Lama Perawatan	.575	.075	1.777	.943	3.347
Polifarmasi	.385	.209	1.469	.806	2.679
Riwayat masuk IGD 6 bln	1.397	.000	4.042	1.922	8.503
Riwayat ranap setahun	.790	.179	2.204	.696	6.982
Kesesuaian Clinical Pathway	1.458	.001	4.299	1.863	9.919
Komorbid	1.138	.003	3.121	1.487	6.550
Skoring CCI	.493	.008	1.637	1.139	2.353
Derajat keparahan	.002	.992	1.002	.657	1.528

Sumber: Data Primer (2023)

Analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda menunjukkan bahwa faktor-faktor yang secara signifikan mempengaruhi risiko readmisi adalah jumlah komorbid, skor CCI, lama perawatan, masuk melalui IGD, riwayat kunjungan IGD, dan ketidaksesuaian clinical pathway. Variabel ketidaksesuaian dengan clinical pathway memiliki odds ratio tertinggi, yaitu 4,299, yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian clinical pathway meningkatkan risiko readmisi hingga 4,3 kali. Faktor riwayat kunjungan IGD dalam enam bulan terakhir dan jumlah komorbid juga menjadi prediktor kuat risiko readmisi, dengan odds ratio masing-masing sebesar 4,042 dan 3,121. Secara keseluruhan, hasil penelitian kuantitatif ini menunjukkan bahwa faktor-faktor klinis, komorbiditas, serta utilisasi pelayanan memainkan peran signifikan dalam meningkatkan risiko readmisi pada pasien BPJS rawat inap di RSUP Persahabatan.

Hasil Kualitatif

Penelitian kualitatif ini bertujuan untuk memahami lebih dalam faktor-faktor yang berperan dalam kejadian readmisi dan merumuskan upaya-upaya strategis yang dapat segera diterapkan untuk mengurangi tingkat readmisi di RSUP Persahabatan. Setelah melakukan analisis kuantitatif yang mengidentifikasi faktor-faktor risiko, penelitian dilanjutkan dengan metode kualitatif melalui diskusi kelompok terarah (FGD) dengan berbagai pemangku kepentingan di RSUP Persahabatan. Diskusi ini dilaksanakan dalam dua sesi, daring dan luring, masing-masing berdurasi 90 menit dengan 31 partisipan. Partisipan dipilih menggunakan teknik purposive sampling, dimana mereka yang terlibat dianggap memiliki pengetahuan mendalam terkait isu readmisi dan solusi yang dapat diterapkan.

Tabel 4. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan		Jumlah(%) N=31
Jenis Kelamin	Laki-laki	7(23%)
	Perempuan	24(77%)
Usia	Minimum	32 tahun
	Maksimum	56 tahun
	Rata-rata	42.2 tahun
Pendidikan	S1 non kesehatan	5(16%)
	S1 Keperawatan	12(39%)
	Dokter Umum	7(23%)
	Dokter spesialis/sub spesialis	7(23%)
	Instalasi rawat inap (kepala ruang)	12(39%)
	Manager pelayanan pasien	6(19%)
	Instalasi gawat darurat	2(6%)
	Instalasi sistem informasi	3(10%)
	Tim pelayanan medik	0(0%)
	Komite mutu	1(3%)
Unit kerja	Komite medik	1(3%)
	Kelompok staf medik (DPJP)	6(19%)

Sumber: Data Primer (2023)

Hasil diskusi menunjukkan bahwa upaya untuk mengurangi readmisi memerlukan peran aktif dari berbagai pihak, terutama manajemen pelayanan pasien (MPP). MPP berperan dalam mengevaluasi pasien dengan lama rawat inap (LOS) lebih dari lima hari dan pasien berbiaya tinggi untuk mengontrol kualitas dan biaya perawatan. Selain itu, penerapan LACE Index sebagai alat skrining dinilai penting untuk

mengidentifikasi pasien berisiko tinggi readmisi. LACE Index, yang mempertimbangkan lama rawat, cara masuk lewat IGD, skor Charlson Comorbidity Index (CCI), dan riwayat kunjungan IGD, diusulkan sebagai solusi efektif untuk mendeteksi pasien dengan risiko tinggi readmisi.

Edukasi kepada pasien dan keluarga saat pulang juga menjadi rekomendasi penting. Edukasi yang baik diharapkan dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan di rumah dan meminimalisir kemungkinan pasien kembali ke rumah sakit. Hal ini mencakup informasi yang jelas terkait kondisi kesehatan pasien, gejala yang memerlukan kunjungan ke IGD atau poli, serta kapan perawatan di rumah cukup dilakukan.

Selain edukasi kepada pasien, diperlukan juga sosialisasi internal kepada tenaga medis dan profesional pemberi asuhan tentang definisi dan dampak finansial readmisi bagi rumah sakit, khususnya dalam kasus pasien BPJS. Dengan pemahaman yang sama terkait urgensi pengurangan readmisi, diharapkan komitmen bersama untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Sosialisasi ini diharapkan dapat mengurangi keputusan untuk merawat inap pasien tanpa indikasi yang tepat, yang sering kali terjadi pada pasien BPJS.

Untuk pasien-pasien tertentu, seperti penderita TB MDR, shelter sebagai tempat isolasi yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan DKI menjadi solusi untuk mengurangi potensi readmisi akibat keterbatasan ruang isolasi di rumah sakit. Selain itu, upaya *pasca* rawat inap yang diusulkan meliputi layanan *homecare*, *telemedicine*, dan *call center* 24 jam sebagai sarana *follow-up* bagi pasien kanker dan non-kanker yang membutuhkan pemantauan berkelanjutan.

Dalam era digital ini, partisipan juga mengusulkan integrasi Artificial Intelligence (AI) sebagai alat bantu untuk menjawab keluhan pasien dan mencegah kekambuhan. Selain itu, penerapan pelayanan berbasis clinical pathway yang terintegrasi dengan Panduan Praktek Klinik (PPK) juga dianggap penting untuk memastikan kesesuaian perawatan berdasarkan standar yang berlaku, yang diyakini dapat mengurangi risiko readmisi.

Sistem notifikasi di awal pendaftaran pasien juga menjadi salah satu solusi inovatif yang diusulkan. Notifikasi ini mencakup informasi mengenai pasien readmisi dalam 30 hari terakhir serta status paliatif pasien. Hal ini bertujuan agar dokter di IGD dan DPJP dapat melakukan intervensi sejak awal untuk pasien-pasien yang memiliki potensi tinggi untuk kembali dirawat.

PEMBAHASAN

Penelitian ini mendalami fenomena readmisi di RSUP Persahabatan dalam konteks sistem pembiayaan prospektif, yang mendorong rumah sakit untuk mengendalikan biaya dengan menekan lama rawat inap. Namun, upaya efisiensi ini sering kali berimplikasi pada meningkatnya kejadian readmisi, yang dapat

mempengaruhi kualitas layanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor komorbid, klinis, dan utilisasi pelayanan secara signifikan berkontribusi terhadap kejadian readmisi, sedangkan faktor pasien, yaitu usia dan jenis kelamin, tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan.

Dalam penelitian ini, faktor komorbid menjadi salah satu penentu utama readmisi. Pasien dengan ≥ 3 komorbid memiliki risiko readmisi 3 kali lebih tinggi dibandingkan pasien dengan komorbid lebih sedikit ($OR=3,121$). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Oman yang menyatakan jumlah komorbid ≥ 3 mempengaruhi readmisi¹⁷. Skor Charlson Comorbidity Index (CCI), yang mengukur keparahan kondisi komorbiditas, juga mempengaruhi risiko readmisi, dimana pasien dengan skor CCI kategori severe memiliki risiko 1,6 kali lebih tinggi untuk readmisi. Hasil ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa jumlah dan beratnya komorbiditas berkorelasi dengan risiko readmisi, terutama pada pasien dengan kondisi kompleks dan penyakit kronis. Penelitian yang dilakukan di Swedia yang menyatakan bahwa telah menemukan pasien yang readmisi dalam waktu 30 hari setelah keluar dari rumah sakit memiliki indeks komorbiditas (CCI) yang lebih tinggi¹⁸. Sebagai rumah sakit tipe A dan rujukan nasional, RSUP Persahabatan merawat pasien dengan komorbiditas multipel, yang menjadi tantangan dalam upaya pencegahan readmisi.

Faktor klinis berupa polifarmasi juga terbukti berpengaruh signifikan terhadap readmisi. Pasien yang diberikan ≥ 5 jenis obat saat pulang rawat memiliki risiko 1,5 kali lipat lebih tinggi untuk mengalami readmisi. Sesuai penelitian yang dilakukan di Filipina bahwa pasien yang menerima 5-15 obat per hari akan dua kali berisiko untuk terjadi readmisi yang tidak dapat dicegah dibandingkan dengan pasien yang menerima kurang dari 5 obat per hari⁹. Isu polifarmasi terutama pada pasien lansia atau pasien dengan dukungan keluarga yang minimal, meningkatkan kemungkinan non-adherence, yang dapat berujung pada readmisi. Solusi yang dapat diupayakan adalah memperkuat peran farmasis klinik dalam evaluasi interaksi obat, serta mempertimbangkan intervensi berbasis teknologi, seperti aplikasi pengingat obat, untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat.

Di sisi lain, faktor utilisasi pelayanan, termasuk lama rawat, admisi melalui IGD, riwayat kunjungan IGD dalam 6 bulan, dan riwayat rawat inap dalam satu tahun, juga memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian readmisi. Pasien dengan lama rawat ≥ 5 hari memiliki risiko 1,7 kali lipat untuk mengalami readmisi, yang mencerminkan tingkat keparahan dan kompleksitas kondisi pasien. Admisi melalui IGD menunjukkan risiko readmisi 2,3 kali yang lebih tinggi, sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pasien yang dirawat melalui IGD umumnya memiliki kondisi kegawatdaruratan dan sering kali membutuhkan tindak lanjut lebih intensif. Pasien dengan riwayat IGD dalam enam bulan terakhir lebih banyak memiliki risiko

4 kali terjadi nya readmisi dibandingkan dengan yang sedikit. Pasien yang memiliki riwayat rawat inap lebih banyak dalam satu tahun terakhir berisiko 2,2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang memiliki riwayat ranap inap sedikit. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian di Swedia bahwa pasien yang readmisi lebih sering dirawat di rumah sakit dalam 12 bulan terakhir dibandingkan pasien yang tidak readmisi.¹⁸ Admisi lewat IGD semakin meningkatkan angka kejadian readmisi dibandingkan dengan rawat inap elektif (25% dibandingkan dengan 17%, $p\text{-value } 0,010$)¹⁸. Penguatan sistem notifikasi awal terkait pasien berisiko tinggi readmisi serta penerapan alat skrining seperti LACE Index, dapat membantu dalam mengidentifikasi pasien berisiko readmisi sejak dini selama masa perawatan.

Faktor yang paling signifikan dalam penelitian ini adalah kesesuaian clinical pathway. Ketidakpatuhan terhadap clinical pathway meningkatkan risiko readmisi hingga 4,3 kali lipat. Sebagai panduan berbasis bukti, clinical pathway memungkinkan standar perawatan yang konsisten dan terukur, namun implementasinya di RSUP Persahabatan masih terbatas pada 29 penyakit. Tantangan dalam menerapkan clinical pathway terutama pada pasien dengan kondisi kompleks atau penyakit langka menunjukkan perlunya integrasi antara Panduan Praktek Klinik (PPK) dan clinical pathway, sehingga dapat memberikan pedoman yang lebih komprehensif bagi para klinisi dalam menghadapi kasus-kasus yang lebih kompleks.

Temuan penelitian ini menggarisbawahi perlunya intervensi yang holistik untuk mengurangi readmisi. Upaya yang dapat dilakukan meliputi tiga tahap: pendaftaran, perawatan, dan post-rawat inap. Pada tahap pendaftaran, diperlukan notifikasi awal pada IGD terkait pasien berisiko readmisi. Selama perawatan, edukasi yang baik kepada pasien dan keluarga mengenai manajemen penyakit sangat penting, terutama bagi pasien dengan komorbiditas tinggi. Setelah pasien pulang, layanan follow-up seperti homecare, telemedicine, dan call center 24 jam perlu dioptimalkan untuk mencegah readmisi. Selain itu, pedoman perawatan pasien juga penting untuk mengurangi readmisi. Panduan dapat berupa PPK atau clinical pathway yang dipatuhi oleh dokter yang merawat pasien. Dengan demikian readmisi dapat dihindari, mutu pelayanan dapat ditingkatkan dan efisiensi dapat dilakukan karena tidak banyak variasi dalam merawat pasien.

KESIMPULAN

Readmisi merupakan indikator penting yang mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, khususnya dalam konteks perawatan kesehatan dengan sistem pembiayaan prospektif. Berdasarkan hasil penelitian ini, beberapa faktor utama terbukti signifikan dalam mempengaruhi kejadian readmisi pada pasien BPJS rawat inap di RSUP Persahabatan. Faktor-faktor tersebut meliputi komorbid skoring Charlson Comorbidity Index, derajat keparahan,

polifarmasi saat pasien pulang, masuk admisi melalui IGD, lama perawatan, riwayat kunjungan IGD dalam 6 bulan, riwayat rawat inap dalam satu tahun, dan kesesuaian clinical pathway. Faktor yang paling berpengaruh adalah kesesuaian pelayanan dengan clinical pathway dengan risiko readmisi meningkat 4,3kali lipat pada pasien yang tidak mendapatkan pelayanan sesuai pathway yang ditetapkan. Berdasarkan identifikasi faktor-faktor ini, upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi kejadian readmisi adalah melalui integrasi teknologi informasi dan komitmen pelayanan, yang difokuskan pada tiga periode penting, yaitu saat pendaftaran awal, selama perawatan inap, dan pasca rawat inap. Upaya komprehensif ini diharapkan tidak hanya dapat menurunkan angka readmisi, tetapi juga meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan efisiensi pembiayaan rumah sakit.

Pengembangan penelitian dengan cakupan variabel yang lebih luas, terutama dari sisi faktor pasien seperti pendidikan, status sosial ekonomi, dan karakteristik demografi, untuk memperkaya pemahaman mengenai faktor risiko readmisi dapat dilakukan pada penelitian selanjutnya. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap kejadian readmisi setelah pelaksanaan upaya pencegahan readmisi menjadi saran yang kiranya dapat dilakukan guna memastikan efektivitas intervensi tersebut.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada seluruh jajaran direksi dan pegawai yang telah memberikan izin, kesempatan dan dukungan kepada penulis untuk melakukan penelitian di RSUP Persahabatan.

REFERENSI

1. Yanful B, Kirubarajan A, Bhatia D, Mishra S, Allin S, Di Ruggiero E. Quality of care in the context of universal health coverage: a scoping review. *Health Res Policy Sys*. 2023 Mar 23;21(1):21.
2. Kementerian Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. 2023.
3. Sanjoyo R. Transformasi Sistem Kesehatan: Harapan, Tantangan, dan Kesiapan Daerah Dalam Implementasinya. Dinas Kesehatan DIY [Internet]. 2023 Mar 7; Available from: <https://dinkes.jogjapro.go.id/berita/detail/transformasi-sistem-kesehatan-harapan-tantangan-dan-kesiapan-daerah-dalam-implementasinya>
4. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 659/Menkes/Per/VIII/2009 Tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia. Kementerian Kesehatan; 2009.
5. Kristensen SR, Bech M, Quentin W. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy*. 2015 Mar;119(3):264–73.
6. Verma, Seema. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Centers for Medicare & Medicaid Services [Internet]. Security Boulevard; 2019. Available from: <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/performance-budget/downloads/fy2019-cj-final.pdf>
7. Definitive Healthcare. Average hospital readmission rate by state. Definitive Healthcare [Internet]. 2023 Agustus; Available from: <https://www.definitivehc.com/resources/healthcare-insights/average-hospital-readmission-state>
8. Low LL, Liu N, Wang S, Thumboo J, Ong MEH, Lee KH. Predicting 30-Day Readmissions in an Asian Population: Building a Predictive Model by Incorporating Markers of Hospitalization Severity. Steyerberg EW, editor. *PLoS ONE*. 2016 Dec 9;11(12):e0167413.
9. Balane JAL, Yap CDDg, Villanueva CAG, Palileo-Villanueva LAM, Tamondong-Lachica DR. Predictors of readmission in a medical department of a tertiary university hospital in the Philippines. *BMC Health Serv Res*. 2023 Jun 12;23(1):617.
10. Hidayah A, Puspandari DA, Hendartini Y. Faktor Yang Mempengaruhi Rawat Inap Berulang Pasien JKN di FKRTL Kantor Cabang Semarang Tahun 2021. *jjkn*. 2022 Dec 5;2(2):239–49.
11. Goldfield NI, McCullough EC, Hughes JS, Tang AM, Eastman B, Rawlins LK, et al. Identifying potentially preventable readmissions. *Health Care Financ Rev*. 2008;30(1):75–91.
12. Sugiyono. Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods) Dengan 9 Desain. In: *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods) Dengan 9 Desain*. 2nd ed. Bandung: Alfabeta; 2023. (2).
13. Creswell. Creswell, John W., and Vicki L. Plano Clark. 2017. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
14. Prasasty GD. Studi Kasus Kontrol. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 2023 Mar;Volume 23, Number 1,:232–6.
15. Utarini A. Metode Penelitian Prinsip dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit. In: *Metode Penelitian Prinsip dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit*. 1st ed. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2022. p. 221–39. (1).
16. Aguinis H, Harden E, Lance CE. *Statistical and Methodological Myths and Urban Legend - Sample Size Rules of Thumbs*. New york: Taylor and Francis Group; 2009. 267–286 p.
17. Al Sibani M, Al-Maqbali JS, Yusuf Z, Al Alawi AM. Incidence and Risk Factors for 28 Days Hospital Readmission: A Retrospective Study from Oman. *Oman Med J*. 2022 Sep 30;37(5):e423–e423.
18. Glans M, Kragh Ekstam A, Jakobsson U, Bondesson Å, Midlöv P. Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge – a comparative retrospective study. *BMC Geriatr*. 2020 Dec;20(1):467.