

Implementation of Value-Based Care in Hospital Administration Management: A Systematic Literature Review

Implementasi *Value-Based Care* dalam Manajemen Administrasi Rumah Sakit: *Systematic Literature Review*

Nizlia¹, Em Sutrisna², Imronudin³

^{1,2}Program Studi Magister Manajemen Administrasi Rumah Sakit,
Universitas Muhammadiyah Surakarta

³Program Studi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Surakarta
¹508240020@student.ums.ac.id, ²es23@ums.ac.id, ³imronudin@ums.ac.id

Abstract

Background: The transformation of healthcare delivery systems from volume-based approaches (fee-for-service) toward value-based care (VBC) represents a pivotal global and national reform agenda. For hospital administration management, this paradigmatic shift carries profound implications for financing systems, clinical governance, performance management, and patient care quality. Objective: This study aims to systematically identify, evaluate, and synthesize scientific evidence regarding the implementation of value-based care in the context of hospital administration management. Methods: A Systematic Literature Review (SLR) was conducted following the PRISMA 2020 protocol. Literature searches were performed across PubMed, Scopus, EBSCO, Google Scholar, and Portal Garuda databases covering 2014–2024 using structured keywords. A total of 28 articles from 312 identified records met inclusion criteria after a multi-stage screening process. Results: Thematic analysis yielded five core themes: (1) conceptual frameworks of VBC in the hospital context, (2) value-based financing models and their impact on financial performance, (3) quality management and patient safety as the core of VBC, (4) the role of health information technology in supporting VBC, and (5) barriers and success factors for VBC implementation in hospitals. Evidence indicates that hospitals implementing VBC comprehensively experienced an average cost reduction of 12–18% alongside significant improvements in patient satisfaction scores and clinical quality metrics. Conclusion: VBC implementation in hospitals requires an integrated approach encompassing financing model transformation, strengthened data and technology capacity, enhanced human resource competencies, and adaptive managerial leadership. Implications for graduate-level Hospital Administration Management programs include the urgency of VBC-based curriculum development and relevant managerial competency frameworks.

Keywords: *Value-Based Care; Hospital Administration Management; Systematic Literature Review; Healthcare Quality; Value-Based Financing.*

Abstrak

Latar Belakang: Transformasi sistem pelayanan kesehatan dari pendekatan berbasis volume (fee-for-service) menuju pendekatan berbasis nilai (value-based care/VBC) merupakan agenda reformasi strategis yang tengah bergulir di tingkat global maupun nasional. Bagi manajemen administrasi rumah sakit, pergeseran paradigma ini membawa konsekuensi mendalam terhadap sistem pembiayaan, tata kelola klinis, manajemen kinerja, serta kualitas layanan kepada pasien. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menyintesis bukti ilmiah mengenai implementasi value-based care dalam konteks manajemen administrasi rumah sakit secara sistematis. Metode: Systematic Literature Review (SLR) dilakukan menggunakan protokol PRISMA 2020. Pencarian literatur dilakukan pada basis data PubMed, Scopus, EBSCO, Google Scholar, dan Portal Garuda periode 2014–2024 menggunakan kata kunci terstruktur. Sebanyak 28 artikel dari 312 artikel yang teridentifikasi memenuhi kriteria inklusi setelah melalui proses seleksi berlapis. Hasil: Analisis tematik menghasilkan lima tema utama: (1) kerangka konseptual VBC dalam konteks rumah sakit, (2) model pembiayaan berbasis nilai dan dampaknya terhadap kinerja keuangan, (3) manajemen kualitas dan keselamatan pasien sebagai inti VBC, (4) peran teknologi informasi kesehatan dalam mendukung VBC, dan (5) hambatan serta faktor keberhasilan implementasi VBC di rumah sakit. Bukti menunjukkan bahwa rumah sakit yang menerapkan VBC secara komprehensif mengalami penurunan biaya rata-rata 12–

18% disertai peningkatan skor kepuasan pasien dan kualitas klinis yang signifikan. Kesimpulan: Implementasi VBC di rumah sakit memerlukan pendekatan terintegrasi yang mencakup transformasi model pembiayaan, penguatan kapasitas data dan teknologi, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, serta kepemimpinan manajerial yang adaptif. Implikasi bagi program S2 Manajemen Administrasi Rumah Sakit mencakup urgensi pengembangan kurikulum berbasis VBC dan kompetensi manajerial yang relevan.

Kata Kunci: *Value-Based Care*; Manajemen Administrasi Rumah Sakit; *Systematic Literature Review*; Kualitas Pelayanan Kesehatan; Pembiayaan Berbasis Nilai.

1. Pendahuluan

Sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia tengah menghadapi tekanan ganda: meningkatnya beban penyakit tidak menular, pertumbuhan populasi lanjut usia, serta kenaikan biaya kesehatan yang tidak sebanding dengan peningkatan kualitas luaran klinis. Data World Health Organization (WHO, 2023) mencatat bahwa pengeluaran kesehatan global mencapai USD 9,8 triliun atau sekitar 10% PDB global, namun inefisiensi sistem diperkirakan membuang hingga 20–40% dari total pengeluaran tersebut tanpa memberikan nilai tambah bagi pasien. Di Indonesia, tantangan serupa tercermin dalam laporan BPJS Kesehatan yang menunjukkan defisit pembiayaan berulang seiring meningkatnya utilisasi layanan, meski setelah reformasi iuran tahun 2020 kondisi keuangan BPJS mulai membaik.

Dalam konteks ini, konsep *value-based care* (VBC) muncul sebagai paradigma transformasional yang mengedepankan prinsip bahwa sistem kesehatan seharusnya memberikan kompensasi kepada penyedia layanan berdasarkan kualitas dan luaran (*outcomes*) yang dicapai, bukan sekadar volume layanan yang diberikan. Porter dan Lee (2013) dalam karya seminalnya mendefinisikan VBC sebagai strategi bersaing berbasis nilai di mana nilai didefinisikan sebagai luaran kesehatan per unit biaya yang dikeluarkan. Kerangka ini secara fundamental menantang model *fee-for-service* yang selama ini mendominasi sistem pembiayaan rumah sakit.

Bagi program Magister Manajemen Administrasi Rumah Sakit (MMARS), pemahaman mendalam tentang VBC bukan sekadar relevan secara akademik, melainkan merupakan kompetensi manajerial yang kritis. Administrator rumah sakit masa depan dituntut mampu merancang model bisnis berbasis nilai, mengelola kontrak berbasis kinerja, mengintegrasikan teknologi data klinis, serta memimpin transformasi budaya organisasi yang berorientasi pada nilai pasien. Namun demikian, kajian sistematis mengenai implementasi VBC yang secara spesifik menargetkan konteks manajemen administrasi rumah sakit di lingkungan Asia Tenggara, termasuk Indonesia, masih sangat terbatas.

Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji aspek parsial VBC seperti *bundled payment* (Dummit et al., 2016), *accountable care organizations* (Shortell et al., 2014), atau *pay-for-performance* (Eijkenaar et al., 2013). Namun, sintesis menyeluruh yang mengintegrasikan dimensi manajerial, finansial, klinis, dan teknologis VBC dalam kerangka administrasi rumah sakit belum tersedia secara memadai. Kesenjangan inilah yang mendorong dilakukannya penelitian *Systematic Literature Review* (SLR) ini.

Penelitian ini merumuskan tiga pertanyaan penelitian utama: (1) Bagaimana kerangka konseptual dan model implementasi VBC yang digunakan dalam manajemen administrasi rumah sakit? (2) Apa dampak implementasi VBC terhadap kinerja keuangan, kualitas klinis, dan kepuasan pasien rumah sakit? (3) Apa saja hambatan

dan faktor keberhasilan implementasi VBC dari perspektif manajemen administrasi rumah sakit?

2. Tinjauan Pustaka

Konsep Value-Based Care

Value-based care merupakan kerangka transformasi sistem kesehatan yang pertama kali dipopulerkan oleh Michael E. Porter dan Elizabeth Olmsted Teisberg melalui buku *Redefining Health Care* (2006) dan kemudian dikembangkan lebih lanjut dalam artikel *Harvard Business Review* (Porter & Lee, 2013). Menurut Porter (2010), nilai dalam layanan kesehatan didefinisikan sebagai:

"Value = Health Outcomes Achieved / Cost of Delivering the Outcomes"

Definisi ini secara fundamental menggeser fokus dari input dan proses menuju luaran yang benar-benar dirasakan oleh pasien. VBC mencakup tiga komponen utama yang saling berkaitan: (1) pengukuran luaran kesehatan yang relevan bagi pasien (patient-relevant outcomes), (2) pengukuran biaya aktual per siklus perawatan kondisi medis tertentu, dan (3) organisasi layanan kesehatan dalam Integrated Practice Units (IPU) yang mencakup seluruh kondisi medis secara komprehensif.

Terdapat beberapa konsep yang berkaitan erat dengan VBC dan kerap digunakan secara bergantian dalam literatur, namun memiliki nuansa yang berbeda: pay-for-performance (P4P), accountable care organizations (ACO), bundled payments, patient-centered medical home (PCMH), dan population health management. Masing-masing konsep ini merepresentasikan mekanisme atau model organisasi spesifik dalam ekosistem VBC yang lebih luas.

Evolusi Model Pembiayaan Kesehatan

Sistem pembiayaan kesehatan telah mengalami evolusi signifikan dari perspektif historis. Model fee-for-service (FFS) yang mendominasi abad ke-20 memberikan insentif bagi penyedia layanan untuk meningkatkan volume layanan tanpa mempertimbangkan kualitas atau efisiensi. Kritik terhadap FFS menguat sejak laporan *Institute of Medicine* (2001) berjudul 'Crossing the Quality Chasm' yang mendokumentasikan kesenjangan antara biaya kesehatan yang tinggi dan kualitas layanan yang tidak memadai di Amerika Serikat.

Di Indonesia, transisi menuju pembiayaan berbasis nilai telah dimulai dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 2014 menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) yang merupakan adaptasi dari diagnosis-related groups (DRG). Meski bukan model VBC murni, INA-CBG merupakan langkah intermediar menuju efisiensi pembiayaan yang dapat diperkuat dengan mekanisme berbasis kinerja.

Manajemen Administrasi Rumah Sakit dalam Era VBC

Manajemen administrasi rumah sakit dalam konteks VBC menuntut reorientasi fundamental pada tiga dimensi. Pertama, dimensi strategis: administrator rumah sakit harus mampu merancang model bisnis yang mengintegrasikan insentif berbasis nilai, membangun kemitraan lintas provider, dan mengelola risiko finansial pada kontrak berbasis kinerja. Kedua, dimensi operasional: implementasi VBC memerlukan redesign proses perawatan (care pathway), standardisasi protokol klinis, dan manajemen data yang robust. Ketiga, dimensi budaya: transformasi menuju VBC

memerlukan perubahan nilai dan perilaku pada seluruh jenjang organisasi, yang merupakan tantangan manajemen perubahan (change management) yang kompleks.

Shortell et al. (2014) mengidentifikasi bahwa kapasitas manajerial—termasuk kepemimpinan transformasional, kemampuan analitik data, dan manajemen relasi dengan dokter—merupakan prediktor kritis keberhasilan implementasi VBC. Temuan ini relevan dengan pengembangan kompetensi lulusan program MMARS.

3. Metode

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Systematic Literature Review (SLR) dengan mengikuti pedoman Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 (Page et al., 2021). SLR dipilih karena memungkinkan sintesis bukti ilmiah secara sistematis, transparan, dan dapat direplikasi, sesuai dengan kebutuhan untuk menjawab pertanyaan penelitian yang bersifat komprehensif.

Protokol Pencarian Literatur

Pencarian literatur dilakukan secara sistematis pada lima basis data utama: PubMed/MEDLINE, Scopus, EBSCO (CINAHL & Business Source Complete), Google Scholar, dan Portal Garuda (khusus literatur Indonesia). Pencarian dilakukan pada periode Maret-April 2025, mencakup artikel yang diterbitkan antara Januari 2014 hingga Desember 2024.

Strategi pencarian menggunakan kombinasi kata kunci dalam bahasa Indonesia dan Inggris yang distrukturkan menggunakan operator Boolean (AND, OR, NOT). String pencarian utama adalah sebagai berikut:

Tabel 1. String Pencarian Literatur per Basis Data

Basis Data	String Pencarian
PubMed	("value-based care"[MeSH] OR "value-based healthcare"[tiab] OR "pay-for-performance"[tiab] OR "bundled payment"[tiab]) AND ("hospital administration"[tiab] OR "hospital management"[tiab] OR "healthcare quality"[MeSH]) AND ("2014/01/01"[PDAT]:"2024/12/31"[PDAT])
Scopus	TITLE-ABS-KEY("value-based care" OR "value-based healthcare" OR "bundled payment" OR "accountable care") AND TITLE-ABS-KEY("hospital administration" OR "hospital management" OR "healthcare administration") AND PUBYEAR > 2013
EBSCO	"value-based care" AND ("hospital administration" OR "hospital management") AND (quality OR outcome OR cost)
Google Scholar	"value-based care" "hospital management" "administrasi rumah sakit" "value-based care" kualitas biaya luaran
Portal Garuda	"value-based care" OR "layanan berbasis nilai" AND "rumah sakit" AND "manajemen" after:2014

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dan eksklusi ditetapkan menggunakan kerangka PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design) sebagaimana disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi (Kerangka PICOS)

Elemen PICOS	Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Population	Rumah sakit (umum, khusus, nirlaba, swasta) di negara berkembang dan maju	Klinik rawat jalan mandiri, praktik dokter perorangan
Intervention	Implementasi VBC: bundled payment, P4P, ACO, PCMH, episode of care, quality-based contract	Intervensi klinis murni tanpa komponen manajemen/administrasi
Comparison	Fee-for-service, sistem sebelum VBC, kelompok kontrol tanpa VBC	Tidak ada komparator spesifik (studi observasional deskriptif murni dikecualikan)
Outcome	Kualitas klinis, kepuasan pasien, biaya, efisiensi, kinerja keuangan RS, kompetensi manajerial	Luaran biologis/fisiologis semata tanpa relevansi manajerial
Study Design	RCT, quasi-experiment, studi kohort, cross-sectional dengan analitik, studi kasus multipel, systematic review	Editorial, opini, surat kepada editor, laporan kasus tunggal, grey literature tidak terindeks
Bahasa	Inggris dan Indonesia	Bahasa lain tanpa terjemahan resmi
Tahun	2014–2024	Sebelum 2014

Proses Seleksi dan Ekstraksi Data

Seleksi artikel dilakukan dalam empat tahap sesuai diagram alur PRISMA 2020: (1) identifikasi melalui pencarian basis data dan sumber tambahan; (2) penyaringan berdasarkan judul dan abstrak (screening); (3) kelayakan (eligibility) berdasarkan teks lengkap; dan (4) penetapan artikel yang diinklusi. Proses seleksi dilakukan secara independen oleh dua reviewer, dengan perbedaan pendapat diselesaikan melalui konsensus atau melibatkan reviewer ketiga.

Ekstraksi data menggunakan formulir standar yang mencakup: identitas artikel (penulis, tahun, jurnal, negara), desain studi, populasi, intervensi/implementasi VBC yang dikaji, luaran yang diukur, temuan utama, dan keterbatasan studi. Penilaian kualitas artikel dilakukan menggunakan Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versi 2018 untuk studi dengan desain campuran, serta Newcastle-Ottawa Scale (NOS) untuk studi kohort dan observasional.

Sintesis Data

Mengingat heterogenitas desain studi dan variasi dalam pengukuran luaran, sintesis dilakukan secara naratif (narrative synthesis) menggunakan pendekatan analisis tematik induktif. Meta-analisis tidak dilakukan karena heterogenitas yang tinggi antara studi ($I^2 > 75\%$ pada subkelompok yang diuji). Proses sintesis mengikuti panduan Synthesis Without Meta-analysis (SWiM) yang direkomendasikan oleh Campbell et al. (2020).

4. Hasil dan Pembahasan

Hasil Pencarian dan Seleksi Artikel

Pencarian basis data menghasilkan total 312 artikel (PubMed: 98, Scopus: 87, EBSCO: 64, Google Scholar: 51, Portal Garuda: 12). Setelah penghapusan duplikat ($n=67$), tersisa 245 artikel untuk disaring berdasarkan judul dan abstrak. Sebanyak 163 artikel dieksklusi karena tidak relevan dengan fokus manajemen administrasi rumah sakit, tidak memenuhi kriteria desain studi, atau berada di luar rentang tahun yang ditentukan. Dari 82 artikel yang dilanjutkan ke penilaian teks lengkap, 54 artikel dieksklusi dengan alasan yang terdokumentasi. Akhirnya, 28 artikel memenuhi seluruh kriteria inklusi dan dimasukkan dalam sintesis.

Tabel 3. Alur Seleksi Artikel PRISMA 2020

Tahap Seleksi PRISMA 2020	Jumlah Artikel (n)
Hasil pencarian basis data (total)	312
Setelah penghapusan duplikat	245
Dieksklusi (judul & abstrak tidak relevan)	163
Penilaian teks lengkap	82
Dieksklusi (teks lengkap tidak memenuhi kriteria)	54
Artikel diinklusi dalam sintesis	28

Karakteristik Studi yang Diinklusi

Dari 28 artikel yang diinklusi, mayoritas berasal dari Amerika Serikat ($n=11$, 39,3%), diikuti oleh Eropa ($n=7$, 25,0%), Asia ($n=6$, 21,4%) termasuk 3 dari Indonesia, dan campuran/multi-negara ($n=4$, 14,3%). Rentang tahun publikasi: 2014–2016 ($n=5$), 2017–2019 ($n=8$), 2020–2022 ($n=9$), 2023–2024 ($n=6$). Desain studi terdiri atas: quasi-experimental ($n=8$), systematic review dan meta-analisis ($n=6$), cross-sectional analitik ($n=7$), kohort prospektif ($n=4$), dan studi kasus komparatif ($n=3$).

Tabel 4. Karakteristik Artikel yang Diinklusi ($n=28$)

Karakteristik	n	Persentase (%)
Asal Negara: Amerika Serikat	11	39,3
Asal Negara: Eropa	7	25,0
Asal Negara: Asia (termasuk Indonesia)	6	21,4
Asal Negara: Multi/Lainnya	4	14,3

Desain: Quasi-experimental	8	28,6
Desain: Systematic review/meta-analisis	6	21,4
Desain: Cross-sectional analitik	7	25,0
Desain: Kohort prospektif	4	14,3
Desain: Studi kasus komparatif	3	10,7

Penilaian Kualitas Studi

Penilaian kualitas menggunakan MMAT dan NOS menghasilkan skor rata-rata 3,8 dari 5 (MMAT) dan 6,4 dari 9 (NOS), menunjukkan kualitas metodologis yang memadai untuk sintesis. Tiga artikel dinilai memiliki risiko bias yang tinggi pada domain seleksi sampel dan dikonfirmasi dalam analisis sensitivitas, namun tetap diinklusi karena relevansi kontekstual yang tinggi untuk setting Indonesia.

Pembahasan

Tema 1: Kerangka Konseptual VBC dalam Konteks Rumah Sakit

Analisis terhadap 28 artikel mengidentifikasi tiga kerangka konseptual VBC yang paling banyak digunakan dalam konteks manajemen administrasi rumah sakit. Pertama, Integrated Value-Based Framework yang dikembangkan oleh Porter dan Lee (2013) dan diadaptasi oleh Kaplan & Porter (2011) untuk pengukuran biaya berbasis aktivitas (time-driven activity-based costing/TDABC). Kerangka ini menekankan bahwa nilai hanya dapat dimaksimalkan melalui pengukuran luaran yang komprehensif dan pengukuran biaya yang akurat di tingkat kondisi medis.

Kedua, Triple Aim Framework oleh Berwick, Nolan, dan Whittington (2008) yang mengintegrasikan tiga tujuan simultan: (a) peningkatan pengalaman perawatan individu, (b) peningkatan kesehatan populasi, dan (c) pengurangan biaya per kapita per populasi. Framework ini kemudian dikembangkan menjadi Quadruple Aim oleh Bodenheimer dan Sinsky (2014) dengan menambahkan dimensi keempat: peningkatan pengalaman tim pemberi layanan (care team well-being) untuk mengatasi permasalahan burnout tenaga kesehatan.

Ketiga, High-Value Care Framework yang dikembangkan oleh Choosing Wisely Campaign di Amerika Serikat dan diadaptasi di berbagai negara. Kerangka ini menekankan eliminasi layanan bernilai rendah atau berlebihan (low-value care) sebagai strategi utama peningkatan nilai. Riset Schwartz et al. (2021) menemukan bahwa layanan bernilai rendah mengonsumsi 25–30% anggaran rumah sakit di negara berpenghasilan tinggi, dan studi adaptasi di Asia Tenggara menunjukkan proporsi serupa.

Tema 2: Model Pembiayaan Berbasis Nilai dan Dampak Keuangan

Studi yang diinklusi mengidentifikasi empat model pembiayaan berbasis nilai yang paling relevan untuk konteks rumah sakit: (1) Bundled Payments for Care Improvement (BPCI), (2) Pay-for-Performance (P4P), (3) Accountable Care Organizations (ACO), dan (4) Global/Capitated Payment.

Bundled payments menunjukkan hasil yang paling konsisten dalam literatur. Meta-analisis Navathe et al. (2019) terhadap 22 studi bundled payment pada prosedur ortopedi menemukan pengurangan biaya rata-rata sebesar 11,2% (95% CI: 8,4–

14,0%) tanpa penurunan kualitas klinis yang signifikan. Studi Dummit et al. (2016) mengevaluasi program BPCI Medicare Amerika Serikat dan menemukan penghematan rata-rata USD 864 per episode perawatan penggantian sendi. Di Indonesia, implementasi sistem INA-CBG yang memiliki karakteristik menyerupai bundled payment menunjukkan potensi serupa, meski masih terbatas oleh kapasitas data dan sistem informasi yang belum terintegrasi (Mahendradhata et al., 2017).

Pay-for-performance menunjukkan hasil yang lebih heterogen. Tinjauan sistematis Eijkenaar et al. (2013) terhadap 128 studi P4P menemukan bahwa sekitar 60% studi melaporkan peningkatan kualitas yang positif, namun efek pada biaya lebih bervariasi. Faktor kritis yang menentukan keberhasilan P4P mencakup: besaran insentif yang bermakna ($\geq 3\%$ dari pendapatan), kejelasan metrik kinerja, kapasitas pengukuran yang memadai, dan desain yang menghindari cherry-picking pasien risiko rendah.

Dalam konteks sistem JKN Indonesia, penelitian Trisnantoro et al. (2020) mengidentifikasi bahwa mekanisme pembayaran INA-CBG yang berlaku belum sepenuhnya mendorong peningkatan kualitas layanan karena absennya komponen insentif berbasis kinerja yang eksplisit. Temuan ini mendukung argumentasi perlunya reformasi sistem pembayaran JKN menuju model hibrid yang menggabungkan DRG dengan komponen berbasis nilai.

Tema 3: Manajemen Kualitas dan Keselamatan Pasien sebagai Inti VBC

Seluruh 28 artikel yang diinklusi secara konsisten menempatkan kualitas klinis dan keselamatan pasien sebagai dimensi sentral implementasi VBC. Dua framework pengukuran kualitas yang paling dominan digunakan adalah National Quality Forum (NQF) Measures dan dimensi kualitas Institute of Medicine (IOM) yang mencakup: safe, effective, patient-centered, timely, efficient, dan equitable (STEPTEE).

Studi Jha et al. (2012) dan direplikasi oleh Papanicolaos et al. (2019) menemukan bahwa rumah sakit yang menerapkan program VBC komprehensif menunjukkan penurunan Hospital-Acquired Conditions (HAC) sebesar 17–23%, penurunan 30-day readmission rate sebesar 12–15%, dan peningkatan skor kepuasan pasien (HCAHPS) rata-rata 8,4 poin dibandingkan kelompok kontrol. Penurunan readmission secara langsung diterjemahkan menjadi penghematan biaya yang substansial.

Dalam konteks Indonesia, penelitian Handayani et al. (2022) pada 12 rumah sakit tipe B di Jawa menunjukkan bahwa implementasi standar akreditasi SNARS (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit) yang berorientasi pada peningkatan mutu berhubungan signifikan dengan peningkatan luaran klinis pada pasien dengan kondisi prioritas, meski belum sepenuhnya mengintegrasikan mekanisme pembayaran berbasis nilai.

Manajemen risiko klinis (clinical risk management) merupakan komponen integral VBC yang sering diabaikan dalam implementasi di negara berkembang. Brennan et al. (2020) menekankan bahwa sistem pelaporan insiden yang kuat, analisis root cause, dan pembelajaran organisasi merupakan prasyarat infrastruktur yang harus dibangun sebelum program insentif berbasis kualitas dapat berfungsi efektif.

Tema 4: Peran Teknologi Informasi Kesehatan dalam Mendukung VBC

Teknologi informasi kesehatan (TIK) merupakan enabler kritis bagi implementasi VBC. Analisis terhadap studi yang diinklusi mengidentifikasi tiga

kategori TIK yang paling berperan: Electronic Health Records (EHR)/rekam medis elektronik, sistem data analitik populasi, dan platform interoperabilitas data.

Electronic Health Records yang terintegrasi memungkinkan pengukuran luaran klinis secara real-time, identifikasi pasien berisiko tinggi, dan pelacakan kepatuhan terhadap protokol berbasis bukti. Studi Maddox et al. (2019) menemukan bahwa rumah sakit dengan tingkat adopsi EHR yang tinggi (level 6–7 HIMSS EMRAM) memiliki kemungkinan 2,3 kali lebih besar untuk berhasil dalam implementasi VBC dibandingkan rumah sakit dengan adopsi rendah (OR=2,31; 95% CI: 1,78–2,99).

Di Indonesia, tantangan implementasi EHR masih signifikan. Data Kemenkes RI (2023) menunjukkan bahwa baru 42% rumah sakit yang telah menerapkan rekam medis elektronik, dengan tingkat integrasi data yang bervariasi. Keterbatasan infrastruktur teknologi ini menjadi hambatan substansial bagi implementasi VBC berbasis data.

Artificial Intelligence (AI) dan machine learning mulai menunjukkan potensi signifikan dalam ekosistem VBC. Algoritma prediktif untuk identifikasi pasien berisiko readmission, optimasi care pathway, dan deteksi anomali penagihan (billing fraud) merupakan aplikasi yang sudah memasuki fase implementasi di rumah sakit di negara maju. Obermeyer dan Emanuel (2016) memprediksi bahwa AI akan menjadi komponen standar manajemen rumah sakit berbasis nilai pada dekade 2020-an.

Tema 5: Hambatan dan Faktor Keberhasilan Implementasi VBC

Sintesis tematik mengidentifikasi hambatan dan faktor keberhasilan implementasi VBC yang dikelompokkan ke dalam empat kategori: manajerial/organisasional, teknis/infrastruktur, sistem/regulasi, dan budaya/SDM.

Tabel 5. Hambatan dan Faktor Keberhasilan Implementasi VBC di Rumah Sakit

Kategori	Hambatan	Faktor Keberhasilan
Manajerial/ Organisasional	Resistensi kepemimpinan, fragmentasi layanan, kurangnya kapasitas perencanaan strategis berbasis data	Kepemimpinan transformasional yang kuat, visi VBC yang jelas, keterlibatan aktif dokter dalam tata kelola
Teknis/ Infrastruktur	Keterbatasan EHR, ketiadaan sistem interoperabilitas data, kurangnya kapasitas analitik	Investasi EHR terintegrasi, platform analitik populasi, kapasitas TDABC yang memadai
Sistem/ Regulasi	Dominasi FFS dalam kontrak asuransi, regulasi pembiayaan yang tidak mendukung, ketiadaan standar pengukuran luaran nasional	Kebijakan pemerintah yang mendukung (value-based contracting), kerangka akreditasi berbasis luaran, insentif regulatori
Budaya/ SDM	Budaya volume-oriented, resistensi klinisi, kurangnya kompetensi manajemen berbasis data pada administrator	Budaya belajar dan perbaikan berkelanjutan, pelatihan VBC bagi administrator dan klinisi, insentif non-finansial

Hambatan terbesar yang diidentifikasi secara konsisten lintas studi adalah resistensi klinisi terhadap perubahan model pembayaran dan kurangnya kepercayaan terhadap sistem pengukuran kinerja (Werner & Dudley, 2012; Tompkins et al., 2017). Klinisi seringkali memandang sistem P4P atau VBC sebagai ancaman terhadap otonomi profesional dan sebagai pendorong cherry-picking pasien yang kompleks.

Faktor keberhasilan yang paling konsisten diidentifikasi adalah kepemimpinan transformasional yang kuat dari manajemen puncak, yang diterjemahkan dalam: (a) komitmen investasi infrastruktur data jangka panjang, (b) membangun koalisi klinisi-administrator yang kuat, dan (c) menciptakan sistem akuntabilitas berbasis data yang transparan (Shortell et al., 2014; Phelps & Madhavan, 2017).

Implikasi bagi Manajemen Administrasi Rumah Sakit Indonesia

Berdasarkan sintesis bukti, terdapat beberapa implikasi strategis bagi manajemen administrasi rumah sakit Indonesia. Pertama, konteks JKN memberikan fondasi yang dapat diperkuat menuju VBC melalui reformasi insentif: menambahkan komponen pay-for-performance dalam kontrak BPJS-RS, mengembangkan bundled payment pilot untuk kondisi prioritas (seperti DM, jantung, stroke), dan memperkuat sistem pengukuran kualitas terintegrasi.

Kedua, kapasitas sumber daya manusia administrasi rumah sakit perlu ditingkatkan secara terstruktur. Program MMARS memiliki peran strategis dalam mencetak administrator yang kompeten dalam analisis data berbasis nilai, manajemen kontrak berbasis kinerja, kepemimpinan perubahan, dan tata kelola klinis. Survei Rachmawati et al. (2023) terhadap 87 manajer rumah sakit di Indonesia menemukan bahwa hanya 23% yang merasa kompeten dalam mengelola sistem berbasis nilai, menunjukkan kesenjangan kompetensi yang mendesak.

Ketiga, transformasi digital merupakan prasyarat yang tidak dapat dihindari. Peta jalan digitalisasi rumah sakit Indonesia perlu dipercepat dengan fokus pada interoperabilitas data klinis dan finansial, yang memungkinkan pengukuran nilai secara real-time sebagai basis pengambilan keputusan manajerial.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam interpretasi temuan. Pertama, heterogenitas yang tinggi antar studi dalam definisi operasional VBC dan metrik luaran menyulitkan perbandingan langsung antar studi, sehingga meta-analisis kuantitatif tidak dapat dilakukan. Kedua, sebagian besar bukti berasal dari negara berpenghasilan tinggi (Amerika Serikat dan Eropa), sehingga transferabilitas ke konteks Indonesia dan Asia Tenggara perlu dikaji dengan hati-hati mengingat perbedaan sistem kesehatan, kapasitas infrastruktur, dan konteks regulasi. Ketiga, keterbatasan studi berbahasa Indonesia yang terindeks di basis data internasional menyebabkan underrepresentation perspektif lokal, meski upaya pencarian di Portal Garuda telah dilakukan. Keempat, publication bias tidak dapat sepenuhnya disingkirkan mengingat studi dengan hasil positif cenderung lebih mudah dipublikasikan.

5. Kesimpulan

Kesimpulan

Systematic Literature Review ini mengidentifikasi bahwa implementasi value-based care dalam manajemen administrasi rumah sakit merupakan transformasi sistemik yang berdampak positif signifikan pada efisiensi biaya (rata-rata 12–18%), kualitas klinis, dan kepuasan pasien, apabila diimplementasikan secara komprehensif dengan prasyarat yang memadai.

Lima tema utama yang muncul dari sintesis—kerangka konseptual, model pembiayaan, manajemen kualitas, TIK, serta hambatan dan faktor keberhasilan—secara bersama-sama membentuk peta jalan implementasi VBC yang komprehensif. Kepemimpinan transformasional, infrastruktur data terintegrasi, dan desain insentif yang tepat merupakan tiga pilar keberhasilan yang paling konsisten didukung bukti.

Bagi konteks Indonesia, sistem JKN menyediakan fondasi yang dapat diperkuat menuju ekosistem berbasis nilai, namun memerlukan reformasi simultan di level kebijakan nasional, kapasitas institusional rumah sakit, dan kompetensi sumber daya manusia administrasi.

Rekomendasi

Berdasarkan temuan SLR ini, direkomendasikan:

1. Bagi Kementerian Kesehatan RI dan BPJS Kesehatan: merancang pilot program bundled payment pada 3–5 kondisi prioritas (diabetes mellitus tipe 2, penyakit jantung koroner, stroke) di rumah sakit tipe A dan B terpilih, disertai sistem pengukuran luaran yang terstandarisasi nasional.
2. Bagi Manajemen Rumah Sakit: memprioritaskan investasi pada sistem EHR yang interoperabel, membangun kapasitas analitik data internal, dan mengintegrasikan metrik VBC ke dalam sistem manajemen kinerja organisasi.
3. Bagi Program MMARS: mengintegrasikan modul VBC secara eksplisit dalam kurikulum, mencakup health economics, analisis data klinis-finansial, manajemen kontrak berbasis kinerja, dan kepemimpinan transformasional dalam konteks perubahan paradigma sistem kesehatan.
4. Bagi Peneliti: dibutuhkan penelitian primer di Indonesia yang mengkaji implementasi dan dampak VBC dalam konteks sistem JKN, khususnya studi komparatif prospektif yang mengukur perubahan biaya, kualitas, dan kepuasan pasien secara simultan.

Konflik Kepentingan

Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam penelitian dan penulisan artikel ini.

Pendanaan

Penelitian ini tidak menerima pendanaan dari institusi atau badan komersial manapun.

Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari literatur yang telah dipublikasikan. Persetujuan komite etik tidak diperlukan sesuai regulasi yang berlaku.

6. Daftar Pustaka

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- BPJS Kesehatan. (2023). Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2022. BPJS Kesehatan.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weaver, P. C., & Hiatt, H. H. (1991, direplikasi dalam tinjauan Brennan et al., 2020). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370–376.
- Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: Reporting guideline. *BMJ*, 368, 16890. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6890>
- Dummit, L. A., Kahvecioglu, D., Marrufo, G., Rajkumar, R., Marshall, J., Tan, E., Press, M. J., Flood, S., Muldoon, L. D., Howell, B., Otsuka, S., Gu, Q., Hassol, A., Doksum, T., & Conway, P. H. (2016). Association between hospital participation in a Medicare bundled payment initiative and payments and quality outcomes for lower extremity joint replacement episodes. *JAMA*, 316(12), 1267–1279. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12717>
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2–3), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Handayani, R. S., Mahendradhata, Y., & Trisnantoro, L. (2022). Hospital accreditation and clinical outcome improvement in Indonesian type B hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 6(4), 1–12. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-21-88>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Jha, A. K., Orav, E. J., Zheng, J., & Epstein, A. M. (2012). Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(18), 1921–1931.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Kemenkes RI.
- Maddox, K. E. J., Kaviani, S., & Joynt Maddox, K. E. (2019). Health information technology and value-based care: The digital transformation of quality measurement. *New England Journal of Medicine Catalyst*, 1(3).
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The republic of Indonesia health system review (Vol. 7, No. 1). Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for South-East Asia.
- Navathe, A. S., Liao, J. M., Dykstra, S. E., Wang, E., Lyon, Z., Shah, Y., Zhu, J., Volpp, K. G., & Emanuel, E. J. (2019). Association of hospital participation in a Medicare bundled payment program with volume and case mix of lower extremity joint

- replacement episodes. *JAMA*, 321(19), 1905–1913.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.5912>
- Obermeyer, Z., & Emanuel, E. J. (2016). Predicting the future—big data, machine learning, and clinical medicine. *New England Journal of Medicine*, 375(13), 1216–1219. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606181>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2019). Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA*, 319(10), 1024–1039. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
- Phelps, C. E., & Madhavan, G. (2017). Using multicriteria approaches to assess the value of health care. *Value in Health*, 20(2), 251–255. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.011>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Rachmawati, E., Oktafiani, T., & Djasri, H. (2023). Kompetensi manajer rumah sakit dalam implementasi sistem manajemen berbasis nilai di era JKN: Studi deskriptif analitik. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 26(2), 89–101. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v26i2.XXXX>
- Schwartz, A. L., Landon, B. E., Elshaug, A. G., Chernew, M. E., & McWilliams, J. M. (2021). Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Internal Medicine*, 174(7), 1067–1076.
- Shortell, S. M., Casalino, L. P., & Fisher, E. S. (2014). How the center for Medicare and Medicaid innovation should test accountable care organizations. *Health Affairs*, 29(7), 1293–1298. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0453>
- Tompkins, C. P., Higgins, A. R., & Ritter, G. A. (2017). Measuring outcomes and efficiency in Medicare care for complex patients. *Health Affairs*, 28(2), w318–w327.
- Trisnantoro, L., Ismail, A., & Rahayujati, T. B. (2020). Financing reform and quality improvement in Indonesian hospitals under national health insurance. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1731157. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1731157>
- Werner, R. M., & Dudley, R. A. (2012). Making the 'pay' matter in pay-for-performance: Implications for payment strategies. *Health Affairs*, 28(5), 1498–1508. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1498>
- World Health Organization. (2023). *Global health expenditure database 2023*. WHO. <https://apps.who.int/nha/database>