

**ANALISIS PROFITABILITAS INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT PUPUK KALTIM BONTANG
DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DENGAN PENDEKATAN *REALIST EVALUATION***

**ANALYSIS OF THE PROFITABILITY OF
INPATIENT CARE FACILITY AT PUPUK KALTIM HOSPITAL BONTANG
IN THE NATIONAL HEALTH INSURANCE ERA
WITH *REALIST EVALUATION* APPROACH**



**ARTHA SURYA RISMAWAN
K012171173**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

HALAMAN PENGANTAR

**ANALISIS PROFITABILITAS INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT PUPUK KALTIM BONTANG
DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DENGAN PENDEKATAN *REALIST EVALUATION***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

Artha Surya Rismawan

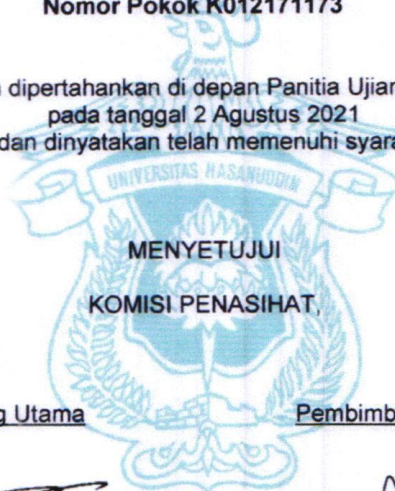
Kepada

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021

TESIS

Analisis Profitabilitas Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang di Era Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Pendekatan *Realist Evaluation*

Disusun dan diajukan oleh

Artha Surya Rismawan
Nomor Pokok K012171173Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 2 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syaratPembimbing UtamaPembimbing PendampingProf. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH
Nip. 195504141986011001Dr. Syamsuddin, SE, M.Si., Ak
Nip. 196704141994121001
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Ketua Program Studi
Magister Kesehatan MasyarakatDr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed
Nip. 196706171999031001Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH
Nip. 19590605 1986012001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Artha Surya Rismawan
Nomor Mahasiswa : K012171173
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, 12 Agustus 2021



Artha Surya Rismawan

PRAKATA

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat iman, kesehatan dan kekuatan yang tiada henti diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis dengan judul **Analisis Profitabilitas Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang di Era Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Pendekatan Realist Evaluation** ini. Salam dan Shalawat kepada junjungan kita, Rasulullah Muhammad SAW.

Perkenankan pula penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang besar dan tulus serta penuh kerendahan hati kepada Pembimbing I Bapak Prof. Dr. dr. Alimin Maidin., MPH dan Pembimbing II Bapak Dr. Syamsuddin, SE., M.Si., Ak yang dengan sabar dan tulus memberikan arahan selama penulisan tesis ini. Terima kasih yang tulus juga penulis sampaikan kepada Bapak Ibu penguji yang telah meluangkan waktu dan banyak memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini antara lain Ibu Dr. Fridawaty Rivai SKM., M. Kes., Bapak Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes., dan Ibu Dr. drg. Nurshanty S. Andi Sapada, M.Sc.

Penulis sampaikan pula rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu M.A , selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed , selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Prof. Dr. Masni Apt, MSPH , selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh Dosen pengajar dan staf di Departemen Manajemen Administrasi Rumah Sakit yang telah banyak membantu selama ini.
5. Dr. Nurul Fathoni M.Kes, AAK, selaku Direktur Utama PT Kaltim Medika Utama yang telah mengizinkan penulis untuk melanjutkan studi S2 ditengah amanah atau tanggung jawab pekerjaan penulis saat ini.
6. Keluarga Besar PT Kaltim Medika Utama dan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang, General Manager PT Kaltim Medika Utama, Direktur Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang beserta seluruh jajarannya yang telah mengizinkan penulis dan membantu dengan tulus kepada penulis untuk melakukan penelitian di Bontang.
7. Teman-teman seperjuangan MARS A dan MARS B angkatan 2018 yang telah banyak membantu dan memotivasi selama perkuliahan dan penyelesaian tesis ini.

Teristimewa, terima kasih untuk kedua orangtua penulis Ayahanda Ishaq Suryadharma dan Ibunda Indah Rismawati serta Istri tercinta, "*Teman Seperjalanan*" penulis Herwina Brahmantya bersama Ananda-ananda penulis A. R. Panjaluwinartha dan B. R. Pandhegawinartha yang selalu memberikan segalanya untuk penulis.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu masukan dan kritik membangun penulis harapkan dari

pembaca agar tesis ini menjadi lebih baik dan bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan. Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat-Nya untuk kita semua. Aamiin.

Makassar, 12 Agustus 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Artha Surya Rismawan', with a long horizontal stroke extending to the right.

Artha Surya Rismawan

ABSTRAK

ARTHA SURYA RISMAWAN. *Analisis Profitabilitas Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang di Era Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Pendekatan Realist Evaluation* (dibimbing oleh **Alimin Maidin** dan **Syamsudin**)

Berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia menjadi era baru dalam mekanisme pembayaran jasa layanan rumah sakit dari *fee for service* (FFS) menjadi berdasarkan Indonesia *case base groups* (INA CBGs). Rumah sakit harus tetap mengedepankan mutu dan keselamatan layanan kepada pasien sehingga perlu memperhatikan biaya yang dikeluarkan dalam memberikan layanan kesehatan kepada para pasiennya salah satu caranya dengan menggunakan *clinical pathway* (CP).

Penelitian ini menggunakan metode *Realist Evaluation* dengan *mixed method* dengan tujuan penelitian untuk menganalisis profitabilitas instalasi rawat inap pada kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang telah memiliki *Clinical Pathway* terhadap tarif INA-CBGs di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

Hasil penelitian menunjukkan 100% sampel penelitian dengan diagnosa Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* telah dilengkapi dengan pengisian *Clinical Pathway*. Dengan *Clinical Pathway* yang sesuai sebanyak 96,48% pada kasus Demam Tifoid, 89,13% pada kasus Partus Normal dan 72,63% pada kasus *Sectio Caesaria*. Keuntungan rumah sakit didapat pada perawatan dengan kasus Demam Tifoid sebesar Rp. 674,091.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan biaya dasar pasien kelas 3, Rp. 59,534.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit pasien kelas 3 dan Rp. 106,094.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan biaya dasar pasien kelas 2. Sedangkan Kerugian rumah sakit atas layanan kelas 3 Partus Normal sebesar Rp. 165,679.00, *Sectio caesaria* sebesar Rp. 1,668,389.00. layanan kelas 2 Partus Normal sebesar Rp. 471,444.00, *Sectio Caesaria* sebesar Rp. 2,347,754.00, dan layanan kelas 1 Partus Normal sebesar Rp. 804,489.00. Disarankan Melakukan evaluasi dan pengkinian biaya dasar layanan yang ada di rumah sakit, serta menguatkan monitoring dan evaluasi atas implementasi kebijakan *clinical pathway* dan selisih INA-CBGs dengan biaya dasar layanan.

Kata Kunci: Clinical Pathway, Profitabilitas, BPJS, INA-CBGs, Realist Evaluation.



ABSTRACT

ARTHA SURYA RISMAWAN. *Analyzing The Future of The National Health Insurance Impact on Profitability of Inpatient Installation at Pupuk Kaltim Bontang through Realist Evaluations* (supervised by **Alimin Maidin** and **Syamsudin**)

The enactment of the National Health Insurance Plan in Indonesia brings a new method of payment for hospital services. It exchanges fee for service (FFS) with a package payment system which is determined by the patients illness. Pupuk Kaltim Bontang Hospital would received payments based on the INA-CBGs rate. The rate is the average cost spent by a group diagnosis. The Clinical Pathways is a guide to evidence based healthcare. Its aim is to translate Pupuk Kaltim Bontang Hospital's guideline recommendations into clinical process of care within Pupuk Kaltim Bontang Hospital.

This study uses the Realist Evaluation, as well as, quantitative and qualitative mixed method research. It analyzes profitability of inpatient installations in cases of Caesarian Section Births, Normal Parturition and Typhoid Fever that already have a Clinical Pathway to INA-CBGs rates at Pupuk Kaltim Bontang Hospital.

Research samples indicated that Clinical Pathway filling was used in the diagnosis of 96,48% in cases of Typhoid Fever cases, 89,13% of Normal Parturition cases and 72,63% of Caesarian Section Birth cases. The hospital profit obtained in the treatment of class three patients with Typhoid Fever is Rp. 674,091.00 as well as, the Rp. 106,094.00 difference between the INA-CBGs tariff and the real cost of class two patients. Meanwhile, the hospital's loss for normal parturition class three services was Rp. 165,679.00 and Caesarian Section Birth was Rp. 1,668,389.00. Class two services Normal Parturition Rp. 471.444.00 and Caesarian Section Birth was Rp. 2,347,754.00, and class one services for normal parturition was Rp. 804,489.00. It is recommended to strengthen monitoring and evaluation of clinical pathway policies in order to evaluate and update the real cost of services to INA-CBGs rates at Pupuk Kaltim Bontang Hospital.

Keywords: Clinical Pathway, Profitability, BPJS, INA-CBGs, Realist Evaluation.



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH ASING	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Penelitian.....	1
B. Kajian Masalah.....	7
C. Rumusan Masalah	9
D. Tujuan Penelitian.....	9
E. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. <i>Clinical Pathway</i>	12

B.	Implementasi Kebijakan	16
C.	Monitoring dan Evaluasi	19
D.	<i>Sectio Caesaria</i>	20
E.	Partus Normal	22
F.	Demam Tifoid	23
G.	Tarif	25
H.	Tarif pelayanan kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional ..	27
I.	Biaya	29
J.	Penelitian Terdahulu	35
K.	<i>Realist Evaluation</i>	40
L.	Kerangka Teori.....	41
M.	Kerangka Konsep.....	42
N.	Definisi Operasional dan Kerangka Obyektif	44
BAB III METODE PENELITIAN.....		46
A.	Rancangan Penelitian	46
B.	Waktu dan Lokasi Penelitian	46
C.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	47
D.	Metode Pengumpulan Data.....	49
E.	Teknik Pengolahan dan Analisis Data	50
F.	Alur Penelitian	54

G. Etika Penelitian.....	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	55
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	119
DAFTAR PUSTAKA.....	123
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah kasus ranap bedah dan non bedah pasien JKN di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2016 -2018	5
Tabel 2.1	Penelitian terdahulu	35
Tabel 2.2	Definisi Operasional dan Kerangka Obyektif.....	44
Tabel 3.1	Matriks pengumpulan data kualitatif di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang tahun 2019.....	49
Tabel 4.1	Fasilitas Rawat Inap RS Pupuk Kaltim Bontang	57
Tabel 4.2	Gambaran implementasi <i>Clinical Pathway</i> pada kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan <i>Sectio Caesaria</i> di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018	59
Tabel 4.3	Tabel karakteristik informan dalam wawancara mendalam di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada bulan Juni 2019.....	61
Tabel 4.4	Kelompok Biaya Tetap di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	70
Tabel 4.5	Kelompok Biaya Variabel di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	70
Tabel 4.6	Komponen Biaya Demam Tifoid berdasarkan <i>Clinical Pathway</i> di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	72
Tabel 4.7	Komponen Biaya Demam Tifoid berdasarkan <i>Clinical Pathway</i> di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	73
Tabel 4.8	Komponen Biaya <i>Sectio Caesaria</i> berdasarkan <i>Clinical Pathway</i> di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	75

Tabel 4.9	Komponen Biaya Partus Normal di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	77
Tabel 4.10	Komponen Biaya <i>Sectio Caesaria</i> di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	79
Tabel 4.11	Komponen Biaya Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	82
Tabel 4.12	Nilai Minimum, Maksimum dan Rerata <i>Real Cost</i> Kasus Partus Normal, <i>Sectio Caesaria</i> dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	84
Tabel 4.13	Perbandingan <i>Real Cost</i> , Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan <i>Sectio Caesaria</i> kelas 3 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	85
Tabel 4.14	Perbandingan <i>Real Cost</i> , Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal Dan <i>Sectio Caesaria</i> kelas 2 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	86
Tabel 4.15	Perbandingan <i>Real Cost</i> , Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal Dan <i>Sectio Caesaria</i> kelas 1 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.....	87
Tabel 4.16	Analisa data dengan konfigurasi C-M-O	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Skema Kajian Masalah	7
Gambar 2.1 <i>Scope Clinical Pathway Marelli</i>	12
Gambar 2.2 Kerangka Teori	42
Gambar 2.3 Kerangka Konsep	43
Gambar 3.1 Alur Penelitian	52
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RS Pupuk Kaltim Bontang	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam	126
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Wawancara	128
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian.....	129
Lampiran 4. Bukti Kegiatan Penelitian	130
Lampiran 5. Surat Keputusan Pemberlakuan Tarif	133
Lampiran 6. Buku Tarif Rumah Sakit	134
Lampiran 7. Laporan Audit <i>Clinical Pathway</i>	135
Lampiran 8. Contoh Form <i>Clinical Pathway</i>	136
Lampiran 9. Matriks Hasil Wawancara.....	137

DAFTAR ISTILAH ASING

<i>Fee For Service</i>	Sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat dan membayar langsung kepada pemberi layanan atas apa yang diterima. Pemberi layanan mendapatkan pendapatan atas layanan yang diberikan. Semakin banyak yang dilayani akan semakin besar pendapatan yang diperoleh.
<i>Clinical Pathway</i>	Konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.
<i>Length of Stay</i>	Rata-rata lama rawatan seorang pasien yang dijadikan indikator untuk menggambarkan efektifitas layanan serta mutu layanan di rumah sakit.
<i>Sectio Caesaria</i>	Suatu persalinan buatan untuk kelahiran janin dengan pembedahan pada dinding perut dan Rahim.

<i>Unit Cost</i>	Biaya satuan yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan, diperoleh dengan cara membagi biaya total dengan jumlah output.
<i>Activity Based Costing</i>	Pendekatan perhitungan pembiayaan dengan membebankan biaya sumber daya ke obyek biaya berdasarkan aktivitas yang dilakukan pada obyek biaya.
<i>Casemix</i>	Pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip dan dikelompokan dengan menggunakan <i>software grouper</i> .
<i>Direct Cost</i>	Biaya yang dapat dibebankan secara langsung kepada obyek biaya atau produk.
<i>Indirect Cost</i>	Biaya yang tidak dapat dihubungkan dan dibebankan secara langsung dengan unit yang diproduksi.
<i>Fixed Cost</i>	Biaya yang besarnya tidak dipengaruhi oleh volume kegiatan perusahaan baik dalam produksi maupun dalam penjualan.
<i>Variable Cost</i>	Biaya yang berubah secara proporsional dengan aktivitas bisnis.

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN	ARTI dan KETERANGAN
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CP	<i>Clinical Pathway</i>
FFS	<i>Fee For Service</i>
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
INACBGS	<i>Indonesia Case Base Groups</i>
INADRG	<i>Indonesia Diagnosis Related Group</i>
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	Jaminan kesehatan Nasional
LOS	<i>Length Of Stay</i>
PPK	Pemberi Pelayanan Kesehatan
PPM	Pedoman Pelayanan Medis
SPO	Standar Prosedur Operasional
UNU	<i>United Nation University</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Rumah Sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Dengan kata lain rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU 44, 2009). Rumah sakit merupakan badan usaha yang sangat kompleks yang harus terus berubah untuk bisa bertahan dan berkembang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Rumah sakit terkenal dengan suatu usaha yang membutuhkan dana besar, sumber daya yang handal, juga teknologi yang mutakhir.

Sejak 1 Januari 2014, Indonesia memasuki era Jaminan Kesehatan nasional (JKN) dan pemerintah menunjuk BPJS sebagai penyelenggara sistem jaminan kesehatan nasional sesuai dengan peraturan menteri kesehatan no 28 tahun 2014. Program JKN membawa dampak besar

dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, dimana masyarakat yang sebelumnya sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan kini sangat dipermudah dengan tersedianya layanan kesehatan yang terjangkau dengan bantuan pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional tersebut. Di samping itu dengan diberlakukannya JKN telah menjadi era baru dalam mekanisme pembayaran jasa layanan bagi banyak rumah sakit di Indonesia dimana sebagian besar rumah sakit selama ini menggunakan mekanisme pembayaran jasa layanan *fee for service* (FFS) mulai beralih ke mekanisme pembayaran jasa layanan dengan klaim berdasarkan Indonesia *case base groups* (INA CBGs).

Perubahan mekanisme pembayaran jasa layanan ini menyebabkan RS harus menghadapi kondisi bagaikan pedang bermata dua yang bisa menjadi ancaman sekaligus peluang. Menjadi Peluang jika RS dapat memanfaatkan program JKN dengan baik sehingga selisih klaim bernilai positif karena mampu menyesuaikan dengan tarif INA-CBGs dan ada yang negatif karena belum mampu memberikan pelayanan yang efektif dan efisien sehingga menjadi ancaman terhadap pengelolaan keuangan RS (Mardiah, 2016).

Rumah sakit yang mengalami surplus dalam era BPJS Kesehatan ini adalah rumah sakit yang mampu menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya, dapat membangun manajemen kesehatan yang baik, mutu coding yang baik, mutu klaim yang baik dan tentu saja tidak melakukan *fraud* (Gede N, 2015).

Beberapa RS sangat memperhatikan biaya yang dikeluarkan dalam memberikan layanan kesehatan kepada para pasiennya salah satu caranya dengan menggunakan *clinical pathway* (CP). Beberapa penelitian sebelumnya telah meneliti mengenai CP yang berhubungan dengan penurunan biaya (Iroth, Ahmad, & Pinzon, 2016). Namun penelitian lain memiliki hasil dan kesimpulan yang berkebalikan dengan penelitian ini, yaitu dalam hal pemberian terapi oksigen di negara Kanada dimana penerapan CP justru meningkatkan biaya perawatan pasien (Wong C, 2000).

Sebagaimana dimuat dalam *The Cochrane Library* 2010 (issue 7), CP berperan dalam meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di RS, seperti penurunan *Length Of Stay*, penurunan risiko terjadinya re-admisi, komplikasi serta kematian pasien, dan hospital cost secara keseluruhan (Arini, 2015).

Laporan kinerja pendapatan dan kunjungan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang tahun 2018 menunjukkan adanya pergeseran jumlah konsumen rumah sakit pada periode 2015 sampai dengan 2018, dimana era jaminan kesehatan nasional sudah mulai diberlakukan per 1 januari 2014. Rumah Sakit Pupuk Kaltim adalah rumah sakit umum yang melayani semua segmen masyarakat, meskipun jika dilihat dari data yang ada bahwa pasar terbesarnya masih karyawan PT. Pupuk Kaltim beserta keluarganya. Selain itu konsumen rumah sakit juga berasal dari kelompok pasien yang dibiayai oleh pihak ketiga, kapitasi non PKT, pembiayaan

mandiri dan pasien dengan penjaminan BPJS. Jika dicermati dari data yang ada, sejak pemerintah menjalankan kebijakan jaminan kesehatan nasional, terlihat kunjungan pasien BPJS semakin meningkat dari tahun ke tahun dan kunjungan pasien dengan pembiayaan mandiri menurun menjadi 6% saja di tahun 2018, dibanding 12% di tahun 2015. Begitu pula halnya untuk kunjungan pasien yang dibiayai oleh pihak ketiga, pada tahun 2015 sebanyak 40% menjadi hanya 21% di tahun 2018.

Dampak pergeseran kunjungan sejak era Jaminan Kesehatan Nasional sangat signifikan terhadap komposisi penanggung yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim.

Data kinerja keuangan periode januari sampai dengan juni tahun 2018 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang menunjukkan untuk layanan BPJS terjadi kondisi rugi sebesar Rp. 73.493.102,00. Hal ini tentunya merupakan kondisi yang tidak menguntungkan bagi operasional rumah sakit, mengingat kecenderungan kunjungan pasien BPJS semakin tinggi dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data dari Tim *Casemix* Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang, selama kurun waktu 2016 sampai dengan 2018 kasus rawat inap bedah yang paling banyak adalah kasus kelahiran dengan *Sectio Caesaria* dan kasus rawat inap non bedahnya didominasi kasus Partus Normal dan Demam Tifoid.

Tabel 1.1 Jumlah kasus ranap bedah dan non bedah pasien JKN di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2016 sd 2018

TAHUN	NO.	DIAGNOSIS	JUMLAH
2016	1	Demam tifoid	217
	2	<i>Spontaneous vertex delivery</i>	181
	3	Demam berdarah dengue (DHF)	114
	4	Demam dengue (dengue klasik)	101
	5	<i>Gastroenteritis akut (Diare)(Colitis)(Enteritis)</i>	96
	6	<i>Delivery by RE elective caesarean section</i>	65
	7	<i>Chronic sinusitis, unspecified</i>	59
	8	<i>Neonatal jaundice, unspecified</i>	58
	9	<i>Chronic tonsillitis</i>	56
	10	<i>Urinary tract infection, site not specified</i>	48
2017	1	Demam tifoid	307
	2	<i>Spontaneous vertex delivery</i>	156
	3	<i>Gastroenteritis akut (Diare)(Colitis)(Enteritis)</i>	105
	4	<i>Neonatal jaundice, unspecified</i>	72
	5	<i>Other specified intervertebral disc displacement</i>	66
	6	<i>Pneumonia, unspecified</i>	63
	7	<i>Acute pharyngitis, unspecified</i>	53
	8	<i>Chronic tonsillitis</i>	51
	9	<i>Delivery by RE elective caesarean section</i>	47
	10	<i>Chronic sinusitis, unspecified</i>	38
2018	1	<i>Spontaneous vertex delivery</i>	166
	2	Demam tifoid	131
	3	<i>Other specified intervertebral disc displacement</i>	131
	4	<i>Fetus and newborn affected by caesarean delivery</i>	102
	5	<i>Neonatal jaundice, unspecified</i>	70
	6	Chronic kidney disease, stage 5	52
	7	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	46
	8	Pneumonia, unspecified	40
	9	Dispepsia	37
	10	Delivery by RE elective caesarean section	32

Sumber : Data Primer

Dari data diatas dipilih 2 (dua) kasus non bedah yaitu demam tifoid dan partus normal serta 1 (satu) kasus bedah yaitu *sectio caesaria*. Hal ini

dikarenakan ketiga kasus tersebut dapat mewakili dari tiap kasus dan dilihat dari data diatas ketiganya memiliki daya ungkit yang cukup dari 10 diagnosa pasien JKN yang jumlahnya paling kecil.

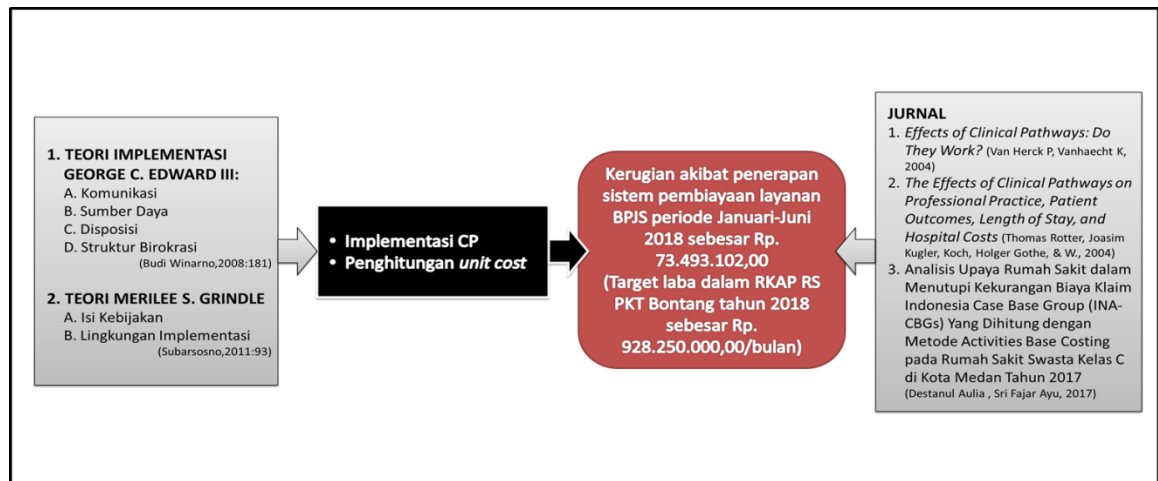
Data tahun 2016 memperlihatkan bahwa kasus demam tifoid 4,5 kali dan partus normal 3,5 kali lebih banyak dibanding diagnosis urutan ke 10 (sepuluh). Di tahun 2017 kasus demam tifoid dan partus normal masing-masing memiliki nilai 8 kali dan 4 kali lebih banyak dibandingkan diagnosa *chronic sinusitis* diurutan terakhir. Sama halnya dengan data di 2018 bahwa 2 (dua) kasus non bedah tadi masih merupakan kasus yang memiliki daya ungkit tinggi namun bedanya di tahun ini partus normal lebih tinggi dibandingkan 2 (dua) tahun sebelumnya.

Ketiga kasus tersebut telah memiliki *clinical pathway* dan telah dilakukan evaluasi *clinical pathway* secara berkala akan tetapi masih didapati kerugian atau selisih minus antara biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan pendapatan rumah sakit dari INACBGs ketiga kasus tersebut.

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu untuk dilakukan penelitian di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang tentang profitabilitas ketiga kasus tersebut di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang di era Jaminan Kesehatan Nasional ini dengan pendekatan *Realist Evaluation*. Selain itu, penelitian mengenai analisa profitabilitas ketiga kasus tersebut di instalasi rawat inap dengan pendekatan *Realist Evaluation* belum pernah dilakukan di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

B. Kajian Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat diuraikan dan diidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kerugian pada pelayanan pasien BPJS yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.



Gambar 1.1 Skema Kajian masalah

Dalam Rencana Kerja Anggaran dan Pendapatan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang telah ditetapkan target keuntungan per bulan dan akumulasi satu tahun yang nilainya positif atau laba. Namun jika dilihat dari permasalahan yang ada diketahui terjadi kerugian akibat layanan BPJS.

Penggunaan *clinical pathway* salah satunya dapat berdampak pada aspek finansial dan memberikan dampak positif terhadap biaya sebesar 38% (Van Herck P, Vanhaecht K, 2004).

Prinsip dari implementasi kebijakan adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Keberhasilan implementasi *clinical pathway* serta penghitungan *unit cost* secara tepat di pengaruhi oleh faktor-faktor yang merupakan kebijakan yang sudah ditetapkan oleh

manajemen Rumah sakit. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu kebijakan menurut Edwaard III (Subarsono, 2011) berpendapat bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel yaitu:

- 1) Komunikasi
- 2) Sumber daya
- 3) Disposisi
- 4) Struktur Birokrasi,

Selain teori implementasi Edwaard III, teori implementasi lain yaitu teori Merilee S. Grindle, dimana beliau mengatakan keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh dua variabel besar yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of Implementation*).

Dari skema kajian masalah diatas peneliti akan mencoba melihat dan menganalisa dengan metode *Realist Evaluation*. Konsep *Realist Evaluation* dikembangkan melalui konfigurasi *Context, mechanism dan outcome* (C-M-O). *Context* menjelaskan tentang aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM, Kebijakan hingga kultur. Sedangkan pada *mechanism*, aspek ini lebih memaparkan tentang proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik. Pada *outcome*, aspek yang dikaji yakni mengenai perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *Context* dan *mechanism*.

Penelitian ini dilakukan karena mengingat besarnya peran penerapan *clinical pathway* dan penghitungan *unit cost* yang tepat dalam menghindari kerugian operasional serta belum pernah dilakukan penelitian untuk mengevaluasinya di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang ada, permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimana profitabilitas instalasi rawat inap pada kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada era Jaminan Kesehatan Nasional?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis profitabilitas instalasi rawat inap pada kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis implementasi *clinical pathway* kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.
- b. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway* kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

- c. Menganalisis Profitabilitas Rerata *Real Cost* kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang telah memiliki *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang terhadap tarif INA-CBGs.
- d. Menganalisis faktor-faktor yang ada didalam *Context* dan *Mechanism* terhadap profit rumah sakit menggunakan metode *Realist Evaluation*.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini bermanfaat dalam pengembangan ilmu Manajemen Keuangan dan Akuntansi Rumah Sakit serta Manajemen Mutu dan Hospital Safety di bidang Manajemen Rumah Sakit.

2. Manfaat bagi Institusi

Hasil penelitian dapat digunakan oleh rumah sakit untuk menganalisa dan mengevaluasi *Clinical pathway* serta biaya tetap kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang masih memiliki potensi kerugian akibat selisih antara tarif rumah sakit dengan tarif INACBGs.

3. Manfaat Praktis

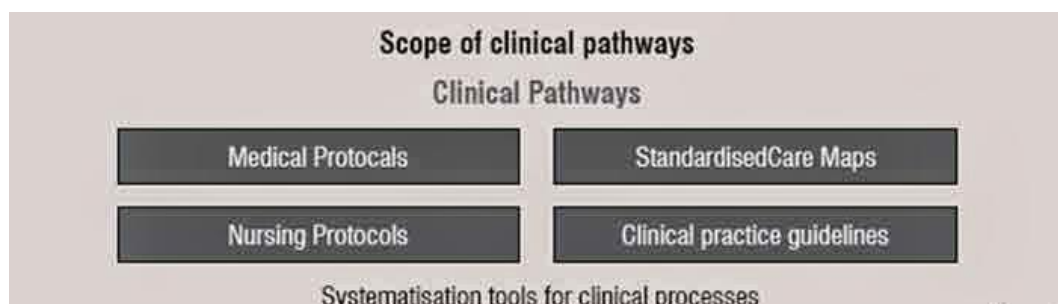
1. Menambah wawasan dan kemampuan berpikir mengenai penerapan teori yang telah didapat dari mata kuliah ke dalam penelitian yang sebenarnya.

2. Diharapkan dapat bermanfaat dan menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. *Clinical Pathway*

Definisi *Clinical pathway* menurut (Firmanda, 2005) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit. Ada definisi lainnya, yaitu menurut (Marelli, 2000) *Clinical pathway* merupakan pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis dan tahapan pelayanan. *Clinical pathway* menggabungkan standar asuhan setiap tenaga kesehatan secara sistematis. Tindakan yang diberikan diseragamkan dalam suatu standar asuhan, namun tetap memperhatikan aspek individu dari pasien.



Gambar 2.1 Scope *Clinical pathway* Marelli (2000)

Konsep *Clinical Pathway* pertama kali muncul di New England Medical Center (Boston, USA) pada tahun 1985 terinspirasi oleh Karen Zander dan Bower Kathleen. *Clinical Pathway* saat itu muncul sebagai

hasil dari adaptasi dari dokumenn yang digunakan dalam manajemen mutu, adapun tujuannya adalah a) Meningkatkan efisiensi dalam penggunaan sumber daya, b) Selesai bekerja dalam waktu yang telah ditetapkan. Management, Inc, Selatan Natick, MA, mengembangkan *Home Health Care Map Tools* (Johnson, 2002).

Clinical pathways atau juga dikenal dengan nama lain seperti: *Critical care pathway*, *Integrated care pathway*, *Coordinated care pathway*, *caremaps®*, atau *Anticipated recovery pathway*, adalah sebuah rencana yang menyediakan secara detail setiap tahap penting dari pelayanan kesehatan, bagi sebagian besar pasien dengan masalah klinis (diagnosis atau prosedur) tertentu, berikut dengan hasil yang diharapkan (Djasri, 2006).

Clinical Pathway (CP) adalah sebuah pemetaan mengenai tindakan klinis untuk diagnosis tertentu dalam waktu tertentu, yang mendokumentasikan *clinical practice* terbaik dan bukan hanya *clinical practice* sekarang. *Clinical Pathway* yang diterapkan dengan baik dapat menjadi “alat” kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan. Biaya yang dikeluarkan dari pemberi pelayanan kepada pasien dapat dihitung berdasarkan CP dan dibandingkan dengan tarif INACBG’s yang telah ditetapkan. Sehingga, jika biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien melebihi tarif INACBG’s yang telah diterapkan maka rumah sakit dapat segera mengupayakan efisiensi, tanpa perlu melakukan Fraud (Darmadjaja, 2009).

Clinical Pathways (CP) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Firmanda, 2006).

Penerapan *Clinical Pathway* berperan dalam pengendalian pembiayaan kesehatan karena dilakukan perencanaan pelayanan dan pengobatan yang dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan. Setiap komponen dalam *Clinical Pathway* dapat dilakukan konversi ke biaya pelayanan dengan mengalikannya dengan harga satuan setiap komponen. Penetapan jasa pelayanan bagi semua profesional pemberi pelayanan juga dapat ditetapkan berdasarkan besarnya kontribusi setiap personil dalam *Clinical Pathway*. Makin banyak jenis pelayanan berdasarkan diagnosis *Clinical Pathway*, maka makin terencana dan makin terkendali pembiayaan kesehatan di rumah sakit, sehingga penerapan yang baik dan lengkap merupakan kunci sukses pelaksanaan metode DRG-Casemix. Selain itu, dengan adanya *Clinical Pathway* direktur rumah sakit dapat melihat transparansi pelayanan yang diberikan kepada pasien, termasuk dalam aspek mengendalikan pelayanan baik keterlaksanaan maupun mutunya, serta akhirnya mengendalikan biaya pelayanan.

Tujuan implementasi *Clinical Pathway* terutama adalah untuk:

1. Memilih "*best practice*" pada saat pola praktek diketahui berbeda secara bermakna dan sebenarnya tidak perlu.

2. Menetapkan standar yang diharapkan mengenai lama perawatan dan penggunaan pemeriksaan klinik dan prosedur klinik lainnya.
3. Menilai hubungan antara berbagai tahap dan kondisi yang berbeda dalam suatu proses dan menyusun strategi untuk mengkoordinasi agar dapat menghasilkan pelayanan yang lebih cepat dengan tahap yang lebih sedikit
4. Memberikan seluruh staf yang terlibat tujuan umum yang harus tercapai dari sebuah pelayanan dan apa peran mereka dalam proses tersebut.
5. Menyediakan kerangka kerja untuk mengumpulkan dan menganalisa data proses pelayanan sehingga provider dapat mengetahui seberapa sering dan mengapa seorang pasien tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar
6. Mengurangi beban dokumentasi klinik
7. Meningkatkan kepuasan pasien melalui peningkatan edukasi kepada pasien (misalnya dengan menyediakan informasi yang lebih tepat tentang rencana pelayanan) (Pearson, 1995).

Beberapa faktor yang mempengaruhi *Clinical Pathway* menurut para ahli diantaranya adalah: (Middleton, 2001) menyatakan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway* diantaranya; kesadaran, komitmen, peran manajer/staf senior dan fasilitator.

Clinical Pathway di rumah sakit dapat diimplementasikan dipengaruhi oleh beberapa aspek baik meliputi organisasi dan sumber daya manusia

yang melaksanakan *Clinical Pathway* tersebut yaitu budaya organisasi, tenaga profesional seperti dokter, dan peran serta pimpinan rumah sakit (Firmanda, 2000).

B. Implementasi Kebijakan

Implementasi merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dalam suatu kebijakan. Menurut George Edwards III ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan (Wibawa, 2010).

1. Faktor Komunikasi

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran, sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Kejelasan informasi mengenai pelaksanaan kebijakan harus dijelaskan dalam bentuk tertulis apa yang menjadi maksud, tujuan dan sasaran serta manfaat dari kebijakan sehingga kebijakan dapat diterima dan dipahami oleh pelaksana kebijakan.

2. Sumber daya

a. Sumber Daya Manusia

Implementasi suatu kebijakan bergantung kepada sumber daya manusia yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan.

Sumber daya manusia harus sesuai dengan jumlah dan kemampuan. meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya manusia tersebut juga harus mampu memahami apa yang diimplementasikan, oleh karenanya sumber daya manusia harus mendapatkan informasi mengenai cara melakukan kebijakan, memahami esensi akibat dari kepatuhan dalam melakukan kebijakan tersebut.

b. Sumber Daya Anggaran

Sumber daya anggaran mempengaruhi efektifitas pelaksanaan kebijakan. Anggaran yang tersedia dengan terbatas dapat menyebabkan kualitas pelayanan pada publik yang harus diberikan terbatas.

c. Sumber Daya Peralatan

Sumber daya peralatan menjadi penting dalam implementasi kebijakan karena dengan terbatasnya peralatan akan mempengaruhi hasil implementasi.

d. Sumber Daya Informasi dan Kewenangan

Kewenangan sangat diperlukan dalam implementasi kebijakan untuk menjamin kebijakan yang dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan.

3. Disposisi

Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

4. Struktur Birokrasi

Birokrasi merupakan salah satu yang paling sering menjadi pelaksana kegiatan. Struktur birokrasi ini mencakup aspek-aspek seperti struktur organisasi, pembagian kewenangan, hubungan antar unit organisasi dan hubungan organisasi dengan organisasi luar. Oleh karena itu, diperlukan kerjasama berbagai pihak terkait dan standar prosedur operasional akan memudahkan dan penyeragamkan tindakan dari semua pelaksana yang terlibat dalam melaksanakan apa yang menjadi bagian tugasnya. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *redtape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktifitas organisasi tidak fleksibel.

C. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring menurut (Mercy, 2005) didefinisikan sebagai siklus kegiatan yang mencakup pengumpulan, peninjauan ulang, pelaporan, dan tindakan atas informasi suatu proses yang sedang diimplementasikan. Selanjutnya temuan-temuan hasil monitoring adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang di tetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang sesuai atau tidak. Monitoring dan evaluasi adalah dua kata yang memiliki aspek kegiatan yang berbeda yaitu kata monitoring dan evaluasi. Monitoring merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat itu berjalan dengan baik sebagaimana mestinya sesuai yang direncanakan, adakah hambatan yang terjadi dan bagaimana para pelaksana program itu mengatasi hambatan tersebut. Monitoring terhadap sebuah hasil perencanaan yang berlangsung menjadi alat pengendalian yang baik dalam seluruh proses implementasi.

Monitoring dapat memberikan informasi keberlangsungan proses untuk menetapkan langkah menuju kearah perbaikan yang berkesinambungan, yaitu *Compliance monitoring* dan *performance monitoring* (Mercy, 2005). *Compliance monitoring* berfungsi untuk mengetahui perkembangan organisasi dalam pencapaian target yang diharapkan.

Menurut (Wirawan, 2012), evaluasi adalah riset untuk mengumpulkan, menganalisa, dan menyajikan informasi yang bermanfaat

mengenai objek evaluasi, selanjutnya menilainya dan membandingkannya dengan indikator evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi tersebut.

Menurut (Arifin, 2010), menyatakan evaluasi adalah proses bukan suatu hasil. Hasil yang diperoleh dari kegiatan evaluasi adalah kualitas sesuatu, baik yang menyangkut tentang nilai atau arti, sedangkan kegiatan untuk sampai pada pemberian nilai dan arti adalah evaluasi.

D. *Sectio Caesaria*

1. Definisi

Sectio Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009). Penjelasan lain mengenai *sectio caesaria* mendefinisikan proses kelahiran ini sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2002).

2. Jenis-Jenis *Sectio Caesaria*

a. *Sectio caesaria transperitonealis profunda*.

Sectio cesaria transperitonealis propunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan pembedahan ini adalah :

- 1) Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak.
- 2) Bahaya peritonitis tidak besar.
- 3) Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

b. *Sectio caesaria* klasik atau *sectio caesaria corporal*.

Pada *sectio caesaria* klasik ini dibuat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesaria transperitonealis profunda*. Insisi memanjang pada segmen atas uterus.

c. *Sectio caesaria ekstra peritoneal*.

Sectio caesaria ekstra peritoneal dahulu di lakukan untuk me ngurangi bahaya injeksi perporal akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi di lakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

d. *Sectio Caesaria Hysterectomy*.

Setelah *sectio cesaria*, dilakukan *hysterektomy* dengan indikasi :

- 1) *Atonia uteri*.
- 2) *Plasenta accrete*.

- 3) *Myoma uteri*.
- 4) Infeksi intra uteri berat.

3. Indikasi

Menurut (Sarwono, 2009) indikasi *Sectio Caesarea* adalah:

- a. Indikasi ibu :
 - 1) Disproporsi kepala panggul.
 - 2) Disfungsi Uterus.
 - 3) Distosia Jaringan lunak.
 - 4) Plasenta Previa.
- b. Indikasi Anak :
 - 1) Janin besar.
 - 2) Gawat janin.
 - 3) Letak Lintang.

E. Partus Normal

Partus spontan pervaginam adalah proses lahirnya bayi pada presentasi belakang yang *viable* akibat kontraksi rahim dan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat yang umumnya berlangsung kurang dari 24 (dua puluh empat) jam. Partus spontan pervaginam diawali dengan tanda-tanda rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada (Lumban & Hamzah, 2012).

Terdapat tiga faktor penting yang memegang peranan pada persalinan yaitu: kekuatan-kekuatan yang ada pada ibu seperti kekuatan his dan kekuatan mengejan; keadaan jalan lahir; dan janinnya sendiri.

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Keman, 2011).

F. Demam Tifoid

Demam Tifoid merupakan penyakit endemis di Indonesia yang disebabkan oleh infeksi sistemik *Salmonella Typhi*. Prevalens 91% kasus demam tifoid terjadi pada umur 3-19 tahun, kejadian meningkat setelah umur 5 tahun. 96% kasus demam tifoid disebabkan salmonella typhi, sisanya disebabkan oleh *Salmonella Paratyphi* (IDAI, 2009).

Dari telaah kasus di beberapa Rumah Sakit besar di Indonesia, kasus tersangka tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dengan angka kematian antara 0,6 – 5% (Keputusan Menteri Kesehatan, 2006).

Gejala Klinis atau dikenal dengan sindrom demam tifoid yang dapat dikenali adalah sebagai berikut :

1. Demam

Demam atau atau panas adalah gejala utama tifoid. Pada awal sakit, demamnya biasanya samar-samar saja, selanjutnya suhu tubuh

sering turun naik. Pagi lebih rendah atau normal, sore dan malam lebih tinggi (demam intermitten). Dari hari ke hari intensitas demam makin tinggi yang disertai banyak gejala lain seperti sakit kepala yang dirasakan diarea frontal, nyeri otot, pegal-pegal, insomnia, anoreksia, mual dan muntah. Perlu diperhatikan terhadap laporan, bahwa demam yang khas tifoid tersebut tidak selalu ada. Tipe demam menjadi tidak beraturan. Hal ini mungkin karena intervensi pengobatan atau komplikasi yang dapat terjadi lebih awal. Pada anak khususnya balita, demam tinggi dapat menimbulkan kejang.

2. Gangguan Saluran Pencernaan

Sering ditemukan bau mulut yang tidak sedap karena demam yang lama. Bibir kering dan kadang pecah-pecah. Lidah kelihatan kotor dan ditutupi selaput putih. Pada umumnya penderita sering mengeluhkan nyeri perut, terutama regio epigastrik (nyeri ulu hati), disertai nausea, mual dan muntah. Pada awal sakit sering meteorismus dan konstipasi. Pada minggu selanjutnya kadang-kadang timbul diare.

3. Gangguan Kesadaran

Umumnya terdapat gangguan kesadaran yang kebanyakan berupa penurunan kesadaran ringan. Sering didapatkan kesadaran apatis dengan kesadaran seperti berkabut (tifoid). Bila klinis berat, tak jarang penderita sampai *somnolen* dan koma atau dengan gejala-

gejala *psychosis* (*Organics Brain Syndrome*). Pada penderita dengan toksik, gejala *delirium* lebih menonjol.

4. Hepatosplenomegali

Hati dan atau limpa, ditemukan sering membesar. Hati terasa kenyal dan nyeri tekan.

5. Bradikardia relatif dan gejala lain

Bradikardi relatif tidak sering ditemukan, mungkin karena teknis pemeriksaan yang sulit dilakukan. Bradikardi relatif adalah peningkatan suhu tubuh yang tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi nadi. Patokan yang sering dipakai adalah bahwa setiap peningkatan suhu 1 (satu) derajat celcius tidak diikuti peningkatan frekuensi nadi 8 (delapan) denyut dalam 1 (satu) menit. Gejala lain yang dapat ditemui pada demam tifoid adalah *rose spot* yang biasanya ditemukan diregio abdomen atas, serta sudamina, serta gejala-gejala klinis yang berhubungan dengan komplikasi yang terjadi. *Rose Spot* pada anak sangat jarang ditemukan, malahan lebih sering epitaksis.

G. Tarif

Tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah perusahaan bersedia memberikan jasa kepada pelanggannya (Gani, 1995; Trisnantoro, 2006). Departemen Kesehatan RI (1992) mengemukakan bahwa tarif adalah nilai suatu analisa pelayanan

rumah sakit dengan sejumlah uang dimana berdasarkan nilai tersebut rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien.

Tujuan dari penentuan tarif adalah sebagai berikut (Trisnantoro, 2006):

1. Pemulihan biaya
2. Subsidi silang
3. Meningkatkan akses pelayanan
4. Meningkatkan mutu pelayanan
5. Tujuan lain seperti mengurangi pesaing, memperbesar keuntungan, meminimalisasi penggunaan pelayanan atau mengurangi pemakaian, dan meningkatkan *corporate image*.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1992), penetapan tarif di rumah sakit harus berdasarkan atas biaya yang dikeluarkan dalam memberikan pelayanan agar rumah sakit tidak mengalami kerugian. Ini berarti bahwa dalam menentukan tarif harus didasarkan pada perhitungan biaya pelayanan yang diberikan. Teknik penetapan tarif rumah sakit adalah sebagai berikut (Trisnantoro, 2006):

1. *Full-cost pricing*, dilakukan dengan menetapkan tarif sesuai dengan *unit cost* ditambah dengan keuntungan. Ini merupakan cara paling sederhana dengan menggunakan informasi biaya produksi. Kelamahan dari teknik ini adalah sering mengabaikan faktor permintaan dan membutuhkan perhitungan biaya yang rumit dan tepat.

2. *Cost-plus* dan kontrak, dilakukan berdasarkan kontrak seperti kontrak kepada perusahaan asuransi atau konsumen dalam organisasi. Perhitungan tarif berdasarkan biaya dengan tambahan surplus.
3. *Target Rate of Return Pricing*, merupakan modifikasi metode *full-cost* dengan contoh tarif yang ditentukan oleh direksi harus mempunyai keuntungan sebesar 10%. Pada teknik ini faktor permintaan dan pesaing sudah dihitung.
4. *Acceptance Pricing*, dilakukan dengan mengikuti pola penarifan yang digunakan oleh rumah sakit lain yang dianggap sebagai pemimpin harga.

H. Tarif pelayanan kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai.

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix (case based payment)* dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan

Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang (Keputusan Menteri Kesehatan, 2014).

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009

diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014 (Keputusan Menteri Kesehatan, 2014).

I. Biaya

1. Pengertian Biaya

Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau di masa depan bagi organisasi (Hansen & Mowen, 2009).

Pengklasifikasian biaya terbagi atas dua yaitu (Horngren & Datar, 2015):

- a. Biaya langsung (*direct cost*) merupakan biaya dari suatu objek yang berkaitan dengan objek biaya tertentu dan dapat ditelusuri

dengan cara yang layak secara ekonomi. Contohnya biaya baja dalam pembuatan mobil.

- b. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) merupakan biaya dari objek yang berkaitan dengan objek biaya tertentu tetapi tidak dapat dilacak dengan cara yang layak secara ekonomi. Contohnya biaya administrasi.

(Mulyadi, 2005) mengutarakan Menurut Hubungan Biaya dengan Sesuatu Yang Dibiayai. Ada 2 golongan, yaitu: (1). Biaya Langsung (*direct cost*), merupakan biaya yang terjadi dimana penyebab satu-satunya adalah karena ada sesuatu yang harus dibiayai. Dalam kaitannya dengan produk, biaya langsung terdiri dari biaya bahan baku dan biaya tenaga kerja langsung. (2). Biaya Tidak Langsung (*indirect cost*), biaya yang terjadi tidak hanya disebabkan oleh sesuatu yang dibiayai, dalam hubungannya dengan produk, biaya tidak langsung dikenal dengan biaya overhead pabrik.

Jadi dapat dikatakan bahwa biaya langsung adalah biaya yang dapat ditelusuri langsung ke objek biayanya. Contohnya adalah biaya tenaga kerja langsung, yaitu tenaga kerja yang digunakan dalam merubah atau mengkonversi bahan baku menjadi produk selesai dan dapat ditelusuri secara langsung kepada produk selesai, seperti upah koki kue, upah tukang serut dan potong kayu dalam pembuatan mebel, tukang jahit, bordir, pembuatan pola dalam pembuatan pakaian.

Selain pengklasifikasian kedua biaya tersebut, terdapat pula istilah alokasi biaya (*cost allocation*) yang digunakan untuk menggambarkan penugasan biaya tidak langsung ke biaya objek tertentu (*cost object*). Penugasan biaya (*cost assignment*) mencakup pelacakan biaya langsung ke biaya objek dan pengalokasian biaya tidak langsung ke biaya objek.

Pola perilaku pembiayaan terdiri atas (Hansen & Mowen, 2009):

- a. Biaya variabel (*variable cost*) adalah biaya yang dalam jumlah keseluruhan bervariasi secara proporsional terhadap perubahan keluaran.
- b. Biaya tetap (*fixed cost*) merupakan biaya yang jumlahnya tetap sama ketika keluaran aktivitas berubah.

2. Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Biaya satuan atau biaya per unit (*unit cost*) adalah jumlah biaya yang berkaitan dengan unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi. Untuk mendapatkan informasi mengenai biaya per unit, maka diperlukan definisi dari biaya produk, pengukuran biaya dan pembebanan biaya. Dari pemaparan diatas, maka dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\textbf{Unit cost} = \frac{\textit{Total Cost}}{\text{Jumlah unit output}}$$

(Maulana, 2016) menyatakan *Unit Cost* rumah sakit adalah biaya satuan dari produk/ pelayanan yang ada rumah sakit, dalam terminologi keuangan secara umum *unit cost* juga bisa disebut sebagai harga pokok produk. Secara umum *unit cost* rumah sakit didapat dari perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Biaya Langsung} + \text{Biaya Tidak Langsung}}{\text{Volume Tindakan atau Pemeriksaan}}$$

3. *Activity Based Costing (ABC)*

Menurut (E. J. Blocher, Stout, & Cokins, 2010) *Activity Based Costing* adalah pendekatan perhitungan pembiayaan dengan membebankan biaya sumber daya ke objek biaya berdasarkan aktivitas yang dilakukan pada objek biaya.

Adapun pengertian *activity based costing system* menurut (Garrison, 2006) sebagai berikut: "Perhitungan biaya berdasarkan aktivitas adalah metode perhitungan biaya (*costing*) yang dirancang untuk menyediakan informasi biaya bagi manajer untuk keputusan strategis dan keputusan lainnya yang mungkin akan mempengaruhi kapasitas dan juga biaya 'tetap'."

Dalam sistem ABC perhitungan biaya menelusuri penggunaan sumber daya pada aktifitas dan mengaitkan biaya pada produk, jasa atau pelanggan. Pembebanan biaya dilakukan dalam dua tahap. Pertama dengan membebankan biaya overhead ke aktifitas atau

pusat biaya aktifitas dengan menggunakan penggerak biaya konsumsi sumber daya yang tepat. Selanjutnya pada tahap kedua dengan membebankan biaya dari aktifitas ke obyek biaya dengan menggunakan penggerak biaya konsumsi aktifitas yang tepat yang mengukur permintaan obyek biaya yang ditempatkan pada aktifitas. biaya aktifitas dengan menggunakan penggerak biaya konsumsi sumber daya yang tepat. Selanjutnya pada tahap kedua dengan membebankan biaya dari aktifitas ke obyek biaya dengan menggunakan penggerak biaya konsumsi aktifitas yang tepat yang mengukur permintaan obyek biaya yang ditempatkan pada aktifitas.

Perancangan sistem ABC menurut (E. Blocher, 2007) terdiri dari tiga tahap, yaitu:

1. Mengidentifikasi biaya dan aktifitas sumber daya

Analisa aktifitas terdiri dari pengumpulan data dari dokumen dan catatan yang ada serta pengumpulan data tambahan dengan menggunakan daftar pertanyaan atau kuesioner, observasi dan wawancara dengan karyawan-karyawan penting.

2. Membebankan biaya sumber daya pada aktifitas

Biaya sumber daya dapat dibebankan ke aktifitas dengan cara menelusuri secara langsung dan mengestimasi, dan dibutuhkan pengukuran pemakaian sumber daya aktual oleh aktifitas.

3. Membebankan biaya aktifitas pada obyek biaya

Membebankan biaya aktifitas pada obyek biaya atau output disini merupakan obyek biaya dari aktifitas yang dilakukan perusahaan atau organisasi.

J. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Peneliti	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan dan persamaan dengan penelitian peneliti
1	Perbandingan Tarif Tindakan Operasi Berdasarkan <i>Relative Value Unit (RVU), Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)</i> dan Tarif Kolegium	Al-maidin, Noor, & Pasinringi, 2014	Untuk membandingkan perbedaan antara tarif berdasarkan <i>Relative Value Unit (RVU), Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's)</i> dan tarif kolegium di kamar operasi RSUD Embung Fatimah Kota Batam Kepulauan Riau tahun 2013	Independen: Tarif RVU, Tarif INA-CBGs, Tarif Jasa Kolegium Dependen: <i>Unit cost</i>	Analitik kuantitatif	Penetapan tarif dengan menggunakan RVU dengan pendekatan DDIII sudah sesuai diterapkan untuk masyarakat miskin penerima bantuan melalui program Jamkesmas atau tarif yang diberlakukan dalam sistem pembayaran INA-CBG memiliki nilai CRR untuk UC DDIII sudah mendekati 100%.	Perbedaan: Melihat pengaruh aspek <i>clinical pathway</i> Persamaan: Menggunakan perhitungan <i>unit cost</i>
2	Effects of Clinical Pathways: Do They Work?	(Van Herck P, Vanhaecht K, 2004)	Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh <i>clinical pathway</i> terhadap tim, proses, outcome, biaya, dan kepuasan pelanggan	Tim pelayanan - Proses layanan - Biaya perawatan - Kepuasan pelanggan	Meta analitik	- pengaruh positif terhadap biaya - Tim pelayanan - Mengurangi Variasi keperawatan - Kepuasan pelanggan	Meneliti 4 variabel dengan meta analitik. Sedangkan peneliti kali ini akan menggunakan pendekatan Realist Evaluation.
3	The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and	(Thomas Rotter, Joasim Kugler, Koch, Holger Gothe, &	Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh <i>clinical pathway</i> terhadap praktek profesional, outcome, LOS, biaya perawatan	- Outcome - lama perawatan - biaya	- Meta-Analysis - Data berasal: - Praktek Efektif & Organisasi Care Register, Cochra ne Central	- Length of stay (LOS) - Biaya Perawatan RS - Outcome Pasien	Meneliti 3 variabel dengan meta analitik. Sedangkan peneliti kali ini akan menggunakan pendekatan Realist Evaluation.

No	Judul	Peneliti	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan dan persamaan dengan penelitian peneliti
	Hospital Costs	W., 2004)			Register of Trials control, - MEDLINE, EMBASE, CINAHL, NHS EED, Global Health. - 27 studi sampel 11.398		
4	Clinical pathways: systematic review of outcome parameters and effectiveness [German with English summary).	(Wild & C., 2008)	Tujuan penelitian ini untuk mencari pilihan biaya dan efektif pelayanan.	- Biaya - Kualitas mutu - Pasien sefety	Review literatur 1961 dan 203 artikel, 203 pasien dengan 60.000 abstrak.	- Biaya - Kualitas mutu - Pasien sefety	Meneliti 3 variabel dengan meta analitik. Sedangkan peneliti kali ini akan menggunakan pendekatan Realist Evaluation.

No	Judul	Peneliti	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan dan persamaan dengan penelitian peneliti
5.	Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017	(Destanul Aulia , Sri Fajar Ayu, 2017)	menganalisis upaya-upaya yang dilakukan rumah sakit swasta dalam menutupi kekurangan biaya klaim INA-CBG's yang dihitung dengan metode ABC di Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan	Tarif fisioterapi rumah sakit Tarif fisioterapi INAcBGs	Penelitian kuantitatif dan kualitatif	Tarif rumah sakit swasta di Kota Medan dalam pelayanan fisioterapi untuk kasus Low Back Pan (LBP) lebih rendah dibandingkan dengan biaya klaim INA-CBG's yang diterima	Membandingkan layanan fisioterapi, peneliti kali ini akan melihat untuk layanan <i>sectio caesaria</i> dan partus normal. Disertai dengan menggunakan <i>clinical pathway</i> Sama-sama membandingkan dengan tarif INACBGS
6	Using <i>Realist Evaluation</i> to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain	(Isabel, Goicolea, Anna-Karin, & Et.al, 2015)	1) menggambarkan evaluasi realis yang dilakukan di Spanyol yang bertujuan untuk memastikan mengapa, bagaimana dan di mana keadaan tim perawatan kesehatan primer	Meneliti tentang respon tim kesehatan terhadap kekerasan pasangan.	-Qualitative dan Quantitative - <i>Realist Evaluation</i>	Penerapan penuh dari evaluasi realis ini menuntut, namun juga cocok untuk mengeksplorasi gambaran intervensi kompleks pada situasi alami.	Persamaan : menggunakan metode realis evaluation untuk mencari akar permasalahan.

No	Judul	Peneliti	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan dan persamaan dengan penelitian peneliti
			merespons kekerasan pasangan intim, dan 2) mendiskusikan kekuatan dan tantangan penerapan Pendekatan ini untuk mengeksplorasi respon perawatan kesehatan terhadap IPV				
7	Preparing a <i>Realist Evaluation</i> to Investigate the Impact of Privately Practising Nurse Practitioners on Patient Access to Care in Australia	(Currie, Mary, Chiarella, Thomas, & Buckley, 2015)	Untuk mempresentasikan penerapan metodologi RE ke sebuah evaluasi layanan perawatan kesehatan PPNP di Australia.	Dampak PPNP. Akses kesehatan masyarakat.	Kualitatif - <i>Realist Evaluation</i>	RE adalah metodologi yang kompleks untuk dipahami dan diterapkan. Ada tidak adanya detail terdokumentasi dalam hal bagaimana menerapkan RE untuk memastikan bahwa evaluasi tersebut benar-benar 'realis'.	Persamaan : menggunakan metode realis evaluation untuk mengetahui apakah tujuan awal telah tercapai.
8	Biaya Tindakan medik <i>Sectio Caesaria</i> berdasarkan Activity Based Costing System di kamar operasi Instalasi Rawat	(Alvina, Maidin, & Bahar, 2013)	Untuk mendapatkan tarif berdasarkan <i>unit cost</i> yang dihitung dengan metode <i>Activity Based costing</i> dari tindakan <i>Sectio Caesaria</i>	Tindakan medik <i>Sectio Caesaria</i> <i>Unit cost</i>	Survey Deskriptif	Didapatkan penghitungan <i>unit cost</i> berdasarkan <i>Activity Based costing</i> lebih tinggi 18% dari tarif INAcBG	Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama menghitung <i>unit cost</i> dan membandingkan dengan tarif INAcBG Perbedaannya pada penelitian kali ini sampai dengan

No	Judul	Peneliti	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan dan persamaan dengan penelitian peneliti
	Darurat RSUD Ampana Kabupaten Tojo Una-Una						menganalisa Profit.
9	Perhitungan Unit Cost dengan metode ABC terhadap tindakan Bedah THT dibandingkan dengan tarif INADRG Di Rumah Sakit Al-Fatah Ambon.	(Maidin, Hasanusi, & Kadir, 2010)	Menghitung tarif beberapa tindakan bedah THT di RS Al-Fatah Ambon dengan metode ABC	<i>Unit cost</i> Tindakan bedah THT	Studi Kasus Observatif	Tarif Rumah Sakit untuk tindakan bedah THT lebih besar dibandingkan dengan tarif INA-DRG	Persamaannya adalah menghitung <i>unit cost</i> tindakan bedah. Perbedaannya pada penelitian kali ini akan dievaluasi dengan <i>Realist Evaluation</i> .
10	Comparison Analysis of Hemodialysis Unit Profitability Based On Hospital Rates, Unit Cost an Indonesia Case Base Groups Using Realist Evaluation Analysis at Siloam Hospital Balikpapan	(Holly, Maidin, & Syamsuddin, 2019)	Mengetahui proitabilitas unit Hemodialisa dengan membandingkan antara <i>unit cost</i> dan tarif INACBGs	Tarif RS Tarif INACBGs	Mixed method, Realist Evaluation	Rumah Sakit merugi dengan tarif yang ada dibandingkan dengan tarif INACBGs	Persamaannya adalah menghitung <i>unit cost</i> dan membandingkan dengan tarif INACBGs Perbedaannya penelitian ini dilakukan di 3 kasus Diagnosa.

K. *Realist Evaluation*

Realist Evaluation dimulai dengan rumusan teori dibalik perkembangan intervensi, yang dikenal dengan teori program. Teori program dirumuskan berdasarkan tinjauan literatur dan dokumen dan atau pengalaman pemangku kepentingan yang terlibat dalam intervensi, dan menjelaskan bagaimana intervensi tersebut diharapkan dapat menghasilkan perubahan (Marchal, 2013).

Dasar dari teori program terdiri dari konfigurasi *Context-Mechanisme- Outcome*, yang menggambarkan pola atau rantai sebab-akibat: **komponen intervensi tertentu memicu mekanisme tertentu dalam individu (atau kelompok individu) yang menghasilkan hasil tertentu.** Teori program kemudian diuji melalui penelitian empiris dari kasus dimana intervensi telah dilaksanakan. Analisis data berfungsi untuk memperbaiki teori program awal. *Realist Evaluation* memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang hubungan antara program dan hasil dengan mengeksplorasi interaksi antara program, aktor, konteks dan mekanisme, dan akibatnya menawarkan hasil yang dapat ditindaklanjuti oleh pengambil keputusan (Pawson, 2013).

Realist Evaluation didukung oleh realisme kritis, dan mendorong pendekatan berbasis teori untuk evaluasi program, yang menyiratkan bahwa untuk menjelaskan apa yang terjadi, penting untuk memahami komponen di belakangnya. Peneliti mendefinisikan program sebagai

“setiap intervensi atau proyek baru yang bertujuan memperbaiki keadaan” (Pawson & Tilley, 1997).

Dalam perawatan kesehatan, intervensi secara alami cukup rumit karena sifat konteksnya tertanam, dan sifat dari masalah yang mereka hadapi (Pawson & Tilley, 1997), itulah sebabnya pendekatan *realist* untuk memahami komponen program menjadi semakin menarik.

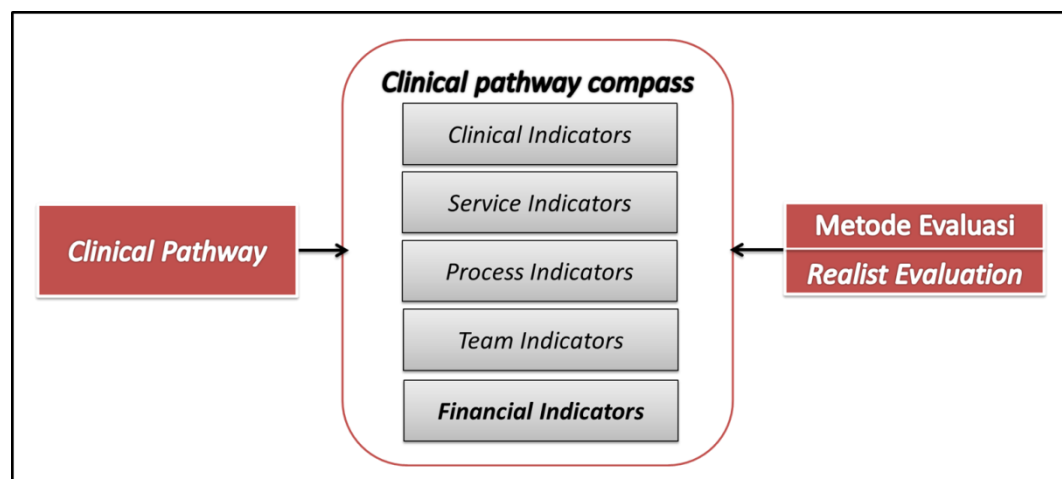
L. Kerangka Teori

Clinical Pathway yang diterapkan dengan baik dapat menjadi “alat” kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan. Biaya yang dikeluarkan dari pemberi pelayanan kepada pasien dapat dihitung berdasarkan CP dan dibandingkan dengan tarif INA CBG’s yang telah ditetapkan. Sehingga, jika biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien melebihi tarif INA CBG’s yang telah diterapkan maka rumah sakit dapat segera mengupayakan efisiensi, tanpa perlu melakukan Fraud (Darmadjaja, 2009).

Evaluasi realis adalah pendekatan berbasis teori dan menggunakan paham realisme dalam melihat keberhasilan atau kegagalan program. Pawson dan Tilley (1997) memperkenalkan konfigurasi *Context-Mechanism-Outcome* dalam evaluasi realis. *Context* menjelaskan mengenai aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, sumber daya manusia hingga budaya. *Mechanism* menjelaskan mengenai proses yang muncul akibat interaksi program spesifik. *Outcome* menjelaskan mengenai

aspek yang dikaji yakni perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *context* dan *mechanism*. Dengan konfigurasi C-M-O, evaluasi realis dapat menjelaskan secara mendalam mengenai program apa yang belum optimal, kepada kelompok sosial apa, kondisi dan pola proses.

Dari kerangka teori diatas, maka dapat dijelaskan bahwa jika implementasi, monitoring dan evaluasi dari *clinical pathway* berjalan dengan baik dan efektif maka akan memberikan dampak positif terhadap biaya layanan rumah sakit sehingga total biaya layanan tidak melebihi tarif INACBGs.

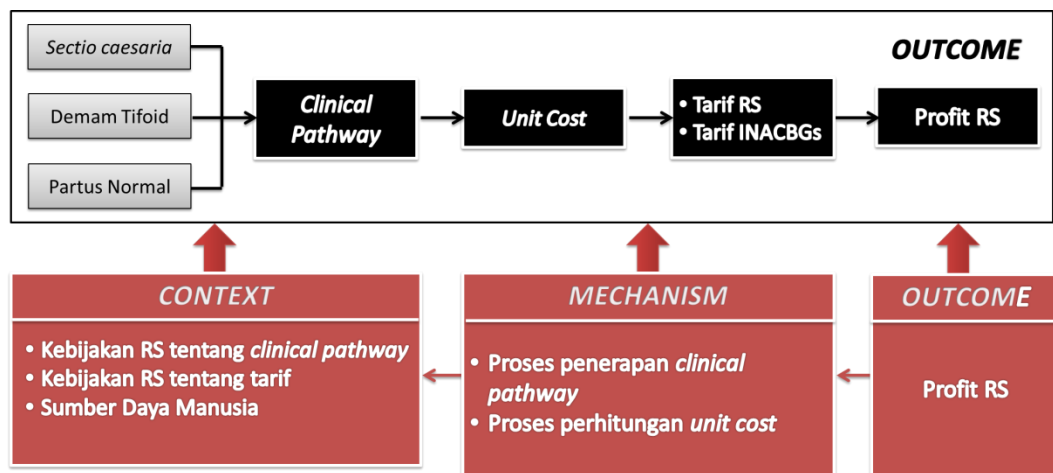


Gambar 2.2 Kerangka Teori modifikasi.
(Vanherck, 2004; Pawson & Tilley, 1997)

M. Kerangka Konsep

Alur pemikiran penelitian dibangun berdasarkan kajian teoritis dan temuan penelitian-penelitian terdahulu. Maka kali ini peneliti membuat

kerangka konsep penelitian yang akan dilakukan di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang sebagai berikut:



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

N. Definisi Operasional dan Kerangka Obyektif

Tabel 2.2 Definisi Operasional dan Kerangka Obyektif

No	Variabel	Definisi Operasional / Kerangka Obyektif	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Implementasi <i>Clinical Pathway</i>	Penggunaan <i>Clinical Pathway</i> pada kasus <i>Sectio Caesaria</i> , Partus Normal dan Demam Thypoid tanpa komplikasi dikatakan sesuai jika data lama rawat di rekam medis sesuai dengan clinical pathway.	Melihat dokumen pada rekam medik Wawancara	Implementasi dikatakan baik jika ada kesesuaian antara data rekam medis dan <i>clinical pathway</i> .
2	Tarif Demam Tifoid Rumah Sakit	Tarif Demam tifoid yang diberlakukan di rumah sakit	Melihat data tagihan di rumah sakit	Rupiah
3	Tarif INA-CBGs Demam Tifoid	Tarif standar tindakan Demam Tifoid yang ditentukan oleh Pemerintah.	Melihat data tagihan INA-CBGs berdasarkan PMK No 59 tahun 2014	Rupiah
4	Tarif <i>Sectio caesaria</i> Rumah Sakit	Tarif <i>Sectio caesaria</i> yang diberlakukan di rumah sakit	Melihat data tagihan di rumah sakit	Rupiah
5	Tarif INA-CBGs <i>Sectio caesaria</i>	Tarif standar tindakan <i>Sectio caesaria</i> yang ditentukan oleh Pemerintah.	Melihat data tagihan INA-CBGs berdasarkan PMK No 59 tahun 2014	Rupiah
6	Tarif Partus Normal Rumah Sakit	Tarif Partus Normal yang diberlakukan di rumah sakit	Melihat data tagihan di rumah sakit	Rupiah
7	Tarif INA-CBGs Partus Normal	Tarif standar tindakan Partus Normal yang ditentukan oleh Pemerintah	Melihat data tagihan INA-CBGs berdasarkan PMK No 59 tahun 2014	Rupiah