

TESIS

EKSPLORASI FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *HIGH VOLUME, HIGH RISK, DAN HIGH COST* PADA 5 PENYAKIT DAN PENGEMBANGAN FORMAT *INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP)* DI RSUD KABUPATEN BANGGAI



HANA YULIANTI MUHAMMAD
N I M : R012182010

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

EKSPLORASI FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *HIGH VOLUME, HIGH RISK, DAN HIGH COST* PADA 5 PENYAKIT DAN PENGEMBANGAN FORMAT *INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP)* DI RSUD KABUPATEN BANGGAI



HANA YULIANTI MUHAMMAD
N I M : R012182010

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

EKSPLORASI FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *HIGH VOLUME, HIGH RISK, DAN HIGH COST* PADA 5 PENYAKIT DAN PENGEMBANGAN FORMAT *INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP)* DI RSUD KABUPATEN BANGGAI

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



(Hana Yulianti Muhammad)
R012182010

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

EKSPLORASI FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *HIGH VOLUME, HIGH RISK, DAN HIGH COST* PADA 5 PENYAKIT DAN PENGEMBANGAN FORMAT *INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP)* DI RSUD KABUPATEN BANGGAI

Disusun dan diajukan oleh

HANA YULIANTI MUHAMMAD
R012182010

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 19 April 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002



Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns, MN, PhD
NIP. 19800717 200812 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Hana Yulianti Muhammad
NIM : R012182010
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Eksplorasi Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya *High Volume*,
High Risk, dan *High Cost* Pada 5 Penyakit dan
Pengembangan Format *Integrated Clinical Pathway* (ICP) di
RSUD Kabupaten Banggai.

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Maret 2022

Yang menyatakan,



Hana Yulianti Muhammad

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah Wasyukurillah, tiada kata yang pantas penulis ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat, berkah, bimbingan serta pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Eksplorasi faktor-faktor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* pada 5 penyakit dan pengembangan format *integrated clinical pathway* di RSUD Kabupaten Banggai”**. Penulisan tesis ini merupakan tugas akhir program pascasarjana pada program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak dalam penyusunan proposal ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanudin.
2. Direktur RSUD Kabupaten Banggai bapak dr. H. Yusran Kasim, ME yang telah memberikan izin penelitian di RSUD Kabupaten Banggai.
3. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin dan juga sebagai pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan kesempatannya untuk membimbing, memberikan arahan dan motivasi kepada penulis.
4. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dengan tulus dalam membimbing dan mengarahkan penulis.
5. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin.
6. Para dewan penguji tesis ibu Kusri S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D, ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes, dan bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan arahan, masukan ataupun saran demi kesempurnaan tesis ini.

7. Para dosen PSMIK yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis yang sangat bermanfaat bagi penulis kedepannya, serta para staf PSMIK terkhusus ibu Damaris Pakatung yang telah banyak membantu dalam proses pendidikan penulis.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu dalam proses penyusunan tesis ini sehingga dapat selesai dengan baik.

Akhir kata, semoga penelitian ini dapat menjadi sumber referensi bagi setiap insan akademik dan dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.
Aamiin

Makassar, Maret 2022

Penulis



Hana Yulianti Muhammad

ABSTRAK

HANA YULIANTI MUHAMMAD. Eksplorasi Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya *High Volume, High Risk, dan High Cost* pada Lima Penyakit dan Pengembangan Format *Integrated Clinical Pathway* di RSUD Kabupaten Banggai (dibimbing oleh **Ariyanti Saleh** dan **Rini Rachmawaty**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* pada lima penyakit dan melakukan pengembangan *integrated clinical pathway* di RSUD Kabupaten Banggai

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif yang melibatkan 15 responden, dan pada pengembangan *integrated clinical pathway* melibatkan 34 responden. Proses pengumpulan data kualitatif melalui wawancara terstruktur dengan menggunakan alat perekam suara, alat tulis dan *note book* untuk mendapatkan gambaran factor-faktor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* pada lima penyakit di RSUD Kabupaten Banggai. Selanjutnya, melakukan pengembangan *integrated clinical pathway* yang disusun oleh tim multidisiplin dari berbagai Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang melibatkan dokter penanggung jawab, perawat, nutrisionis, dan apoteker.

Hasil Penelitian teridentifikasi bahwa yang merupakan faktor penyebab *high volume, high risk, dan high cost* pada lima penyakit di RSUD Kabupaten Banggai diantaranya standar anggaran BPJS yang belum tersedia, penggunaan barang medis habis pakai dan obat-obatan yang berlebihan, ketidaksesuaian *integrated clinical pathway* berdasarkan SNARS edisi 1.1, lama hari rawat yang memanjang, readmisi pasien ≤ 30 hari, dan standar SDM yang tidak memadai. Dari hasil eksplorasi, telah dikembangkan format *integrated clinical pathway* pada lima penyakit kategori *high volume, high risk, dan high cost* yang telah disusun berdasarkan SNARS edisi 1.1.

Kata kunci: *high volume, high risk, high cost, integrated clinical pathway.*



ABSTRACT

HANA YULIANTI MUHAMMAD. Exploration of causative factor High Volume, High Risk, and High Cost at Five Diseases and Development of Integrated Clinical Pathway Format in Banggai District Hospital (supervised by **Ariyanti Saleh** and **Rini Rachmawaty**)

This study aims to identify the factors that cause high volume, high risk, and high cost at five diseases and to develop an integrated clinical pathway in Banggai District Hospital.

The method used in this research is descriptive qualitative involving 15 respondents, and the development of integrated clinical pathway involves 34 respondents. The process of collecting qualitative data through structured interviews using a voice recorder, writing instrument and note book to get an overview of the factors causing high volume, high risk, and high cost in five diseases in Banggai District Hospital. Furthermore, developing an integrated clinical pathway compiled by a multidisciplinary team from various Professional Care Providers (PPA) involving the doctor in charge, nurses, nutritionists, and pharmacists.

The results of the study identified that the factors causing high volume, high risk, and high cost in five diseases at the Banggai District Hospital were: BPJS budget standards that are not yet available, overuse of medical consumables and drugs, incompatibility of integrated clinical pathways based on SNARS edition 1.1, prolonged length of stay, patient 30 days readmission, and inadequate Human Resources standards. From the exploration results, an integrated clinical pathway format has been developed for five diseases in the high volume, high risk, and high cost categories which have been compiled based on SNARS edition 1.1.

Keyword: high volume, high risk, high cost, integrated clinical pathway.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS	ii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	11
D. Originalitas	11
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Algoritma Pencarian	13
B. Konsep <i>High volume, high risk</i> , dan <i>high cost</i>	13
C. Konsep Integrated Clinical Pathway	17
D. Kualitas Pelayanan Kesehatan (<i>Quality Of Care</i>)	31
E. Kerangka Teori	34
BAB III. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	35
A. Kerangka Konsep Penelitian	35
B. Variabel Penelitian	36
C. Definisi Operasional	37
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN	39
A. Desain Penelitian	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian	40
C. Protokol Intervensi	41
D. Populasi dan Sampel	42
E. Teknik Sampling	42
F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	44
G. Instrumen, Metode, dan Prosedur Pengumpulan Data	45
H. Analisis Data	47
I. Etik Penelitian	48
J. Alur Penelitian	50
BAB V. HASIL PENELITIAN	51
A. Gambaran Umum Rumah Sakit	51

B. Tahapan Administrasi dan Penelitian	52
C. Hasil Kualitatif.....	53
D. Pengembangan <i>Integrated Clinical Pathway</i>	69
BAB VI. DISKUSI	80
A. Pembahasan Hasil	81
B. Implikasi.....	96
C. Keterbatasan Penelitian	96
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN	98
A. Kesimpulan.....	98
B. Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Distribusi Penyakit Berdasarkan <i>Length of Stay</i>	8
3.1. Definisi Operasional.....	37
4.1. Waktu Kegiatan Penelitian	40
4.2. Protokol Intervensi pada Penelitian Kualitatif.....	41
5.1. Tahapan Administrasi dan Penelitian.....	52
5.2. Data demografi responden yang di wawancarai	53
5.3. Analisis Tematik Penyebab <i>High Volume</i> , <i>High Risk</i> , dan <i>High Cost</i>	55
5.4. Data Demografi Responden Tim Penyusun ICP	70
5.5. Penilaian Kesesuaian Format Clinical Pathway di Rumah Sakit dengan SNARS Edisi 1.1 Sebelum dilaksanakan Penelitian.....	71
5.6. Penilaian Kesesuaian Format Clinical Pathway di Rumah Sakit dengan SNARS Edisi 1.1 Sesudah dilaksanakan Penelitian	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1. Kasus terbesar di RSUD Kab. Banggai Bulan Januari – Agustus 2020	7
1.2. Total tarif pelayanan pada 5 penyakit yang tidak sesuai dengan tarif BPJS	37
2.1. Kerangka Teori	34
3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
4.1. Alur Penelitian	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Tabel *PICO (Problem, Intervensi, Comparison, Outcome)*
- Lampiran 2. Algoritma pencarian.
- Lampiran 3. Format penilaian kesesuaian ICP berdasarkan SNARS edisi 1.1.
- Lampiran 4. Lembar penjelasan untuk partisipan.
- Lampiran 5. Formulir persetujuan
- Lampiran 6. Susunan tim peneliti
- Lampiran 7. Panduan wawancara mendalam
- Lampiran 8. Rekomendasi persetujuan etik.
- Lampiran 9. Izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Banggai
- Lampiran 10. Izin penelitian dari RSUD Kabupaten Banggai.
- Lampiran 11. Izin pengambilan data awal
- Lampiran 12. Undangan pelaksanaan *Focus Group Discussion*
- Lampiran 13. Surat telah melaksanakan penelitian di RSUD Kabupaten Banggai
- Lampiran 14. SK pembentukan tim penyusun *Integrated Clinical Pathway (ICP)*
- Lampiran 15. SK penetapan dan pemberlakuan ICP di RSUD Kab. Banggai
- Lampiran 16. Surat keterangan abstrak dari pusat bahasa Universitas Hasanuddin
- Lampiran 17. Hasil transkrip wawancara responden
- Lampiran 18. Panduan Praktik Klinis pada 5 penyakit *high volume, high risk, dan high cost*
- Lampiran 19. Panduan Asuhan Keperawatan pada 5 penyakit *high volume, high risk, dan high cost*
- Lampiran 20. Panduan Asuhan Gizi pada 5 penyakit *high volume, high risk, dan high cost*
- Lampiran 21. Panduan Asuhan Kefarmasian pada 5 penyakit *high volume, high risk, dan high cost*
- Lampiran 22. Panduan Praktik Klinis Fisioterapi penyakit Stroke Non Hemooragik
- Lampiran 23. *Integrated Clinical Pathway* pada 5 penyakit *high volume, high risk, dan high cost*
- Lampiran 24. Dokumentasi Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan

PPK	= Panduan Praktik Klinis
PAK	= Panduan Asuhan Keperawatan
PAG	= Panduan Asuhan Gizi
PAKf	= Panduan Asuhan Kefarmasian
ICP	= <i>Integrated Clinical Pathway</i>
SDKI	= Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	= Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	= Standar Luaran Keperawatan Indonesia
PNPK	= Panduan Nasional Praktik Kedokteran
SNARS	= Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
KARS	= Komisi Akreditasi Rumah Sakit
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	= Kartu Indonesia Sehat
INA-CBG's	= <i>Indonesia Case Based Group</i>
LOS	= <i>Length of stay</i>
SDM	= Sumber Daya Manusia
CKD	= <i>Chronic Kidney Disease</i>
CHF	= <i>Congestive Heart Failure</i>
SNH	= Stroke Non Hemmoragik
TB Paru	= Tuberculosis Paru
DPJP	= Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
PPA	= Profesional Pemberi Asuhan
ADL	= <i>Activity Daily Living</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan yang paripurna yakni mempermudah akses masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, meningkatkan mutu, mempertahankan serta perlindungan hukum bagi pasien, masyarakat dan petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2014). Tuntutan pelayanan kesehatan yang bermutu dan tuntutan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan di rumah sakit yang semakin kritis menjadikan masalah kegagalan terapi menjadi pusat perhatian dikalangan para praktisi pelayanan kesehatan dan akademisi, kegagalan terapi disebabkan oleh ketidaktepatan pengambilan keputusan terapi (*inappropriate medical decision making process*) yang memberi dampak buruk secara medik seperti kecacatan akibat efek samping obat dan prosedural sehingga hospitalisasi menjadi lebih panjang, serta berdampak terhadap biaya perawatan yang besar (Gusti, 2017).

Mutu adalah kesempurnaan dari produk jasa dengan mematuhi standar yang telah ditetapkan, mutu pelayanan yang biasa digunakan dalam penilaian suatu kualitas kesehatan mengacu pada lima dimensi mutu yaitu cepat tanggap (*responsiveness*), keandalan (*reliability*), terjamin (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangible*). Kelima dimensi mutu pelayanan dapat digunakan untuk mewujudkan kepuasan pasien (Muninjaya, 2011). Indikator dari mutu pelayanan adalah *length of stay* yang dapat menyebabkan terjadinya

high volume, high risk, dan high cost di Rumah Sakit. Menurut Gusti (2017) bahwa *high cost* adalah biaya perawatan tinggi yang melebihi tarif INA-CBG's sehingga menimbulkan kerugian bagi rumah Sakit. *High risk* adalah resiko tinggi terjadinya masalah pada pasien yang biasanya diakibatkan karena lama hari rawat yang memanjang (Dewanti, 2019), dan *high volume* adalah jumlah kasus yang terbanyak di Rumah Sakit (Sutoto et al., 2015)

Pada negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (LMICs), antara 5,7 dan 8,4 juta kematian terjadi setiap tahun karena kualitas perawatan yang buruk (WHO, 2018). Menurut Farokhzadian et al (2015) melaporkan bahwa sekitar 4% - 17% pasien menderita akibat risiko klinis yang terjadi di rumah sakit dan sekitar 20% - 40% pembiayaan kesehatan berimbas karena rendahnya kualitas layanan yang terjadi seperti; memanjangnya hari rawat, pembesaran biaya perawatan, infeksi nosokomial yang meningkat dan masalah kesehatan lainnya.

Dampak dari berbagai aspek memanjangnya lama hari rawat seperti dalam bentuk medis dan ekonomi yang dapat memberikan kerugian, baik untuk rumah sakit maupun pasien (*high cost*) dan semakin lama hari rawat pasien di rumah sakit semakin beresiko untuk terjadi masalah pada pasien (*high risk*), (Dewanti, 2019). Apabila seseorang dirawat dengan hari rawat yang panjang hal itu dapat menandakan bahwa adanya kesenjangan pada mutu pelayanan rumah sakit tersebut (Arefian et al., 2019).

Penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal merupakan penyakit katastrofik yang bersifat *high volume, high risk, dan high cost* yang membutuhkan biaya mahal, sehingga banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya

pembengkakan biaya penyakit (Budiarto & Sugiharto, 2013). Menurut Putri Nelisya (2021) bahwa hampir 30% dan BPJS Kesehatan terserap untuk penyakit katastrofik yang membutuhkan penanganan lanjutan dan berbiaya besar (*high cost.*) Begitu pula, untuk penyakit tuberculosis paru di Indonesia menduduki rangking ke-5 dari 22 negara-negara yang mempunyai beban tinggi untuk TB dan memberikan kontribusi jumlah kasus TB di dunia sebesar 4,7%. Penatalaksanaan *tuberculosis paru* tidak mudah, membutuhkan waktu yang lama dan membutuhkan biaya yang besar (*high cost*) (L Hilfi et al., 2015).

Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan menunjukkan gagal ginjal termasuk dalam 10 penyakit katastrofik yang menyerap anggaran terbesar dalam program peserta Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Di tahun 2018, gagal ginjal menempati urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker dengan biaya sebesar Rp 2,3 triliun dan dampak lanjut penderita penyakit tersebut jika tidak dikendalikan atau diberikan pelayanan segera mungkin dapat menimbulkan komplikasi penyakit lain yang memperparah kondisi fisik dan mental pasien (*high risk*) (Riyadina et al., 2020).

Untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan memberikan pelayanan secara efisien dan efektif yaitu dengan menyesuaikan standar profesi, standar pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, pemanfaatan teknologi tepat guna dan hasil penelitian untuk mengembangkan pelayanan kesehatan/keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal (Nursalam, 2014) dan salah satu teknologi saat ini yang diciptakan oleh manajemen perumahsakitan yang ada di dunia adalah *clinical pathway* terintegrasi, yaitu

suatu panduan tertulis, ringkas, sederhana dan berdasarkan *evidence based medicine* (Gusti, 2017).

Menurut Astuti et al (2017) bahwa untuk mengatasi kasus yang sifatnya *high volume, high risk, dan high cost* yang tepat berdasarkan hasil penelitian yaitu dengan membuat clinical pathway terintegrasi di Rumah Sakit sebagai pedoman alur perawatan terintegrasi. Adanya Clinical pathway dapat mengurangi penggunaan sumber daya dan variasi di dalam rumah sakit untuk rawat inap sebagai mekanisme dalam mengurangi biaya perawatan (Bryan et al., 2017). Menurut Duncan et al (2013) mengungkapkan bahwa perlunya *clinical pathway* diterapkan di Rumah Sakit yang berperan dalam mengurangi total biaya rumah sakit, menurunkan angka *length of stay* yaitu hari rawat lebih pendek di bandingkan dengan tidak menggunakan clinical pathway.

Berdasarkan penelitian Farokhzadian et.al (2015) mengungkapkan bahwa masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh bahaya risiko klinis seperti lama hari rawat memanjang, beban financial bahkan kematian disebabkan karena tidak adanya *Integrated Clinical Pathway* (ICP). Penelitian Yeh et al (2015) juga mengemukakan bahwa tujuan dari clinical pathway adalah untuk meningkatkan *outcome* dengan memperbaiki mekanisme koordinasi perawatan dan akan menurunkan biaya, yang selanjutnya akan memberikan dampak positif pada mutu pelayanan kesehatan. Pemberlakuan clinical pathway dalam pelayanan kesehatan mutlak harus dilakukan karena merupakan protokol standar dari pengobatan penyakit. Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan oleh Purba et al (2016) mengungkapkan bahwa jika *Integrated clinical pathway* (ICP) tidak dilaksanakan akan berdampak kerugian terhadap rumah

sakit seperti *over cost of care (high cost)* dan komplikasi klinis yang menyebabkan resiko tinggi (*high risk*).

Sejak pemberlakuannya pada tahun 2014, Jaminan Sosial Nasional bidang kesehatan di Indonesia yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional, masih membutuhkan proses yang panjang dan rumit agar dapat diaplikasikan dengan baik. Hal ini dikarenakan kompleksnya masalah didalam penerapannya, termasuk perubahan kebijakan pembiayaan jaminan kesehatan. Alokasi biaya dan sumber daya yang terbatas adalah beberapa faktor yang berkontribusi. Upaya meningkatkan manfaat yang optimal dari Jaminan Kesehatan Nasional bagi masyarakat Indonesia yaitu dengan mengendalikan biaya sekaligus mengendalikan mutu pelayanan, dengan menerapkan *Integrated Clinical Pathway* (Sutoto et al., 2015). Adanya panduan seperti *integrated clinical pathway* yang detail untuk setiap tahapan perawatan dan rangkaian aktivitas perawatan oleh setiap profesi dapat meningkatkan kontinuitas dan koordinasi antar dan interdisiplin yang pada akhirnya mempengaruhi mutu layanan (Li et al., 2014).

Pada bulan Februari 2021 peneliti melakukan pengambilan data awal di RSUD Kabupaten Banggai. Data yang peneliti dapatkan berdasarkan prosedur pengambilan data awal yakni peneliti telah mendapatkan surat izin dari program studi ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin tertanggal 01 Februari 2021 dengan perihal izin pengambilan data awal di RSUD Kabupaten Banggai serta pihak Rumah Sakit telah menyetujui untuk pengambilan data awal tersebut. Tertanggal 11 Februari 2021 peneliti diberikan izin mengambil dan menganalisis data e-klaim BPJS di RSUD Kabupaten banggai dan

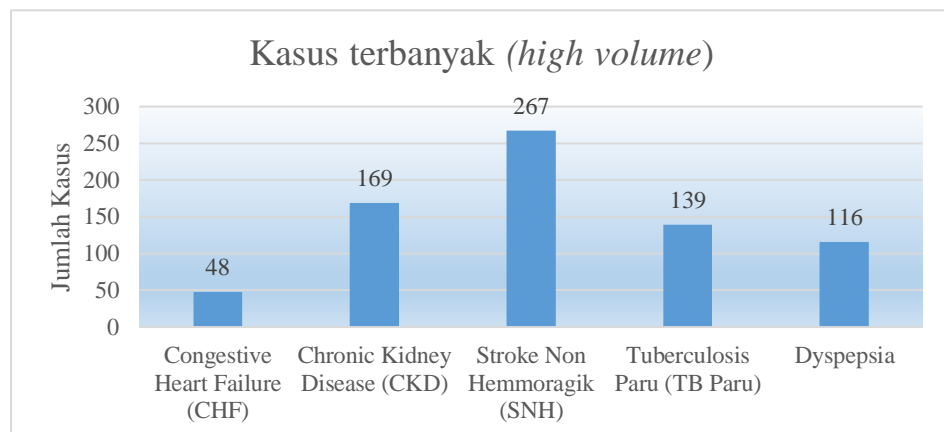
melakukan wawancara dengan pihak-pihak terkait. Berdasarkan hasil analisis data e-klaim BPJS RSUD Kab. Banggai bulan Januari - Agustus 2020 dengan jumlah kasus (n=3912), terdapat lima (5) penyakit yang termasuk dalam kategori *high volume*, *high risk*, dan *high cost* diantaranya : gagal jantung kongestif (*Congestive heart failure*), gagal ginjal kronik (*Chronic kidney disease*), stroke infark atau serebral infark (*Cerebral Infarction due to thrombosis of cerebral arteries*), *Tb lung without mention of bact or histological confirm*, dan *dyspepsia*.

Penyakit gagal jantung kongestif (*Congestive heart failure*), gagal ginjal kronik (*Chronic kidney disease*), stroke infark atau serebral infark (*Cerebral Infarction due to thrombosis of cerebral arteries*), *Tb lung without mention of bact or histological confirm*, dan *dyspepsia*, selain memiliki jumlah kasus yang tinggi (*high volume*), kelima penyakit ini juga membutuhkan perawatan yang lama yang dapat menimbulkan risiko komplikasi hingga kematian (*high risk*). Hal ini akan menyebabkan kerugian pada rumah sakit sebagai pelaksana layanan kesehatan misalnya *over cost of care (high cost)*. Begitupula dampak terhadap kerugian negara akibat kelebihan pembiayaan (*high cost*) karena kasus yang tinggi (*high volume*) serta kejadian luar biasa yang dapat mengakibatkan optimalisasi dan mutu pelayanan kesehatan terancam (*high risk*) terutama bagi masyarakat yang tidak mampu dan rumah sakit tidak punya kendali biaya pelayanan medik atas defisit serta inflasi dalam sistem pembiayaan program pemerintah (Purba et al., 2016). Menurut Riyadina et al (2020) untuk penyakit jantung dan stroke jika tidak mengendalikan faktor risiko penyakit tersebut, dapat menimbulkan komplikasi penyakit lain yang

memperparah kondisi fisik dan mental pasien (*high risk*). Begitu juga, penelitian yang dilakukan oleh Suryanti (2019) mengemukakan bahwa penyakit dyspepsia berada pada peringkat ke-10 dengan proporsi 1,5% untuk kategori 10 jenis penyakit terbesar (*high volume*) pada pasien rawat jalan di seluruh rumah sakit di Indonesia. Apabila, penyakit tersebut tidak diatasi secara dini maka akan sangat beresiko (*high risk*) bagi penderitanya (Herman & Lau, 2020)

Berikut adalah data awal yang didapatkan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai

1. Lima kasus terbesar di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai bulan Januari – Agustus 2020.



Sumber : Data e-klaim BPJS RSUD Kabupaten Banggai,2020

Gambar 1.1. Kasus terbesar di RSUD Kabupaten Banggai Bulan Januari-Agustus 2020

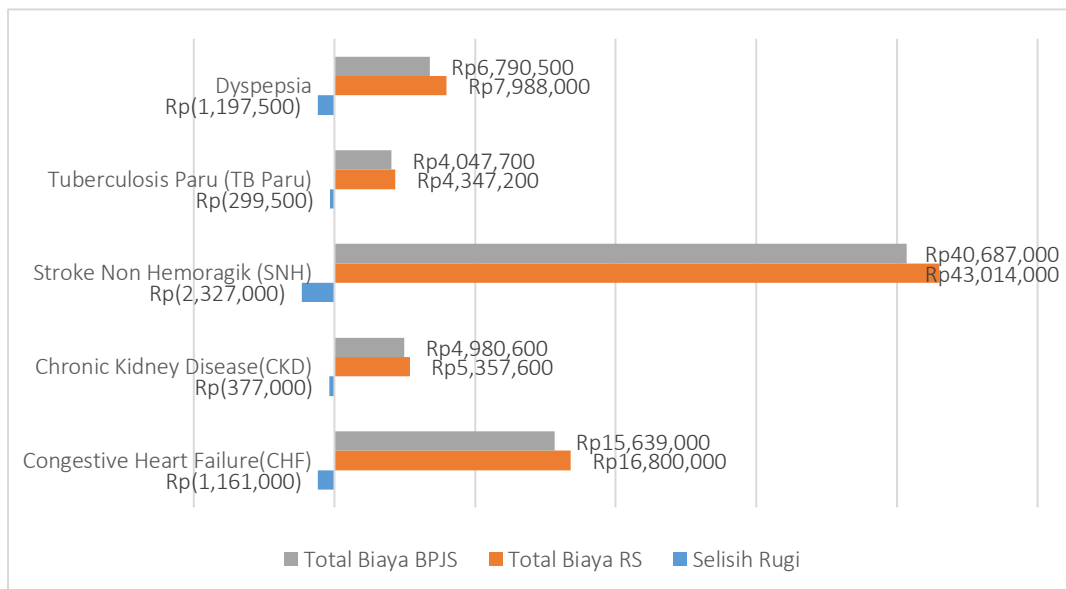
2. Distribusi 5 penyakit terbesar berdasarkan *Length Of Stay* (LOS) Menurut Depkes 2005 di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Banggai Pada Bulan Januari-Agustus 2020 (n= 3912)

Tabel 1.1. Distribusi Penyakit Berdasarkan *Length Of Stay* (LOS) Menurut Depkes 2005

LOS menurut Depkes 2005	<i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	<i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	<i>Stroke Non Hemmoragik</i> (SNH)	<i>Tuberculosis Paru</i> (TB Paru)	<i>Dyspepsia</i>
1-3 Hari	3	8	2	1	13
4-5 Hari	7	11	255	137	100
6-9 Hari	37	148	7	1	3
>10 Hari	1	2	3	0	0
Jumlah	48	169	267	139	116

Sumber : Data e-klaim BPJS RSUD Kabupaten Banggai, 2020

3. Total tarif pelayanan pada 5 penyakit yang tidak sesuai dengan tarif BPJS (*high cost*) di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Banggai Pada Bulan Januari-Agustus 2020.



Sumber : Data e-klaim BPJS RSUD Kabupaten Banggai, 2020

Gambar 1.2. Total tarif pelayanan pada 5 penyakit yang tidak sesuai dengan tarif BPJS (*high cost*)

Pasien yang tarif Rumah Sakitnya lebih besar untuk kasus gagal jantung kongestif (CHF) adalah 6 pasien yang terdapat pada kelas 3 dengan lama hari rawat 8 - 10 hari, kasus gagal jantung kronik (CKD) 2 pasien yang terdapat pada kelas 3 dengan lama hari rawat 10-13 hari, kasus stroke non hemoragik (SNH) 10 pasien yang terbagi pada kelas 3 yakni 8 pasien dan untuk kelas 1 yakni 2 pasien dan dengan lama hari rawat 7-15 hari, untuk kasus TB paru

terdapat 1 pasien di kelas 3 dengan lama hari rawat 8 hari, dan untuk kasus dyspepsia 5 pasien yang terbagi pada kelas 3 yakni 4 pasien dan kelas 1 yakni 1 pasien dan dengan lama hari rawat 5-7 hari sehingga total selisih rugi keseluruhan dari semua kasus adalah Rp. **-5.322.000**.

Berdasarkan hasil wawancara interpersonal dengan perawat dan dokter serta tim layanan kesehatan lainnya mengatakan bahwa instrument *Integrated Clinical pathway* di RSUD Kabupaten Banggai sudah ada pada lima penyakit yang berkaitan dengan penyakit Stroke namun dibuat dalam bentuk pola lama yang mana pada format ICP tersebut hanya mencantumkan tindakan medis saja dan tidak melibatkan tenaga kesehatan lainnya (perawat, gizi, apoteker, dietzen, fisioterapi, dan lain-lain) Perawat ruangan mengetahui bahwa *Integrated Clinical Pathway* hanya merupakan pedoman medis dan hanya dibuat oleh dokter saja, dan saat ini tidak ada satu ruang rawatpun yang mencantumkan *integrated clinical pathway* dalam buku rekam medis pasien.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yaitu dengan mengeksplorasi faktor-faktor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* dan melakukan pengembangan format *Integrated Clinical Pathway* di RSUD Kabupaten Banggai.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil data e-klaim Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai yang telah dianalisis didapatkan data bahwa terdapat lima (5) penyakit yang termasuk dalam kategori *high volume, high risk, dan high cost* dan yang merupakan salah satu factor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan*

high cost adalah karena lama hari rawat pasien yang memanjang yang merupakan salah satu indikator dari mutu pelayanan kesehatan. Pada penelitian Rasyid A et al (2021) didapatkan bahwa semakin lama hari rawat pasien yang disertai derajat penyakit, riwayat komorbiditas yang banyak dan banyaknya tindakan diagnostik yang dilakukan sesuai riwayat penyakit, maka akan semakin tinggi biaya rumah sakit (*high cost*).

Integrated clinical pathway yang digunakan sebagai pedoman alur perawatan terintegrasi telah terbukti dapat mengatasi kasus yang sifatnya *high volume, high risk, dan high cost* (Astuti Dwi et al., 2017). *Integrated clinical pathway* juga merupakan alat kendali biaya dan juga mutu pelayanan di Rumah Sakit (Siebens et al., 2012). Tujuan pengendalian biaya dengan standarisasi pelayanan antara lain mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah di prediksi pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan prosedur costing, meningkatkan kualitas informasi yang telah dikumpulkan serta sebagai counter-check terutama pada kasus-kasus *high cost, high volume* (Monica et al., 2021). Menurut Dewi et al (2019) mengemukakan bahwa Rumah Sakit dituntut menerapkan *clinical pathway* agar tidak terjadi variasi dalam pelayanan yang dapat mempengaruhi besaran tarif Rumah Sakit.

Banyak faktor lain yang menyebabkan terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* di Rumah Sakit sehingga rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah factor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* dan bagaimanakah langkah-langkah dalam melakukan

pengembangan *Integrated Clinical Pathway* pada lima penyakit kategori *high volume, high risk, dan high cost* di RSUD Kabupaten Banggai?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Melakukan eksplorasi factor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* dan melakukan intervensi dengan mengembangkan *integrated clinical pathway* di RSUD Kabupaten Banggai

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi factor penyebab terjadinya *high volume* di RSUD Kabupaten Banggai
- b. Mengidentifikasi factor penyebab terjadinya *high risk* di RSUD Kabupaten Banggai
- c. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya *high cost* di RSUD Kabupaten Banggai.
- d. Melakukan pengembangan *Integrated Clinical Pathway* (ICP) berdasarkan Standar Nasional Akreditasi (SNARS) edisi 1.1 pada lima (5) penyakit kategori *high volume, high risk, dan high cost* di RSUD Kabupaten Banggai.

D. Originalitas Penelitian

Berdasarkan hasil analisis data *e-klaim* BPJS Rumah Sakit terdapat lima penyakit yang jumlah kasusnya banyak (*high volume*) lama hari rawatnya memanjang yang menyebabkan biaya perawatan lebih dari paket INA-CBG's

(*high cost*) dan penyakit yang beresiko tinggi (*high risk*). Dari beberapa artikel yang ditemukan mengemukakan bahwa untuk mengatasi kasus yang sifatnya *high volume, high risk, dan high cost* yang tepat yaitu dengan membuat *integrated clinical pathway* di Rumah Sakit sebagai pedoman alur perawatan terintegrasi, dan juga sebagai alat pengendali biaya pengobatan.

Oleh karena itu, originalitas pada penelitian ini adalah dengan melakukan eksplorasi factor penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* dan melakukan pengembangan *Integrated Clinical Pathway* pada lima (5) penyakit kategori *high volume, high risk, dan high cost* di RSUD Kabupaten Banggai”

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Tinjauan literatur menggunakan database *PubMed*, *Willey*, *Proquest* dan *Google Scholar* dan melalui buku serta penelusuran hasil-hasil publikasi ilmiah. Semua data base yang digunakan menggunakan batasan waktu mulai tahun 2010 sampai tahun 2020. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa buku referensi baik dari text book maupun dari google book. Kualitas jurnal dikaji berdasarkan panduan pertanyaan *Critical Appraisal Skill Programme (CASP)*. Pencarian database Medline via *PubMed Advanced Search* dalam kurun 10 Tahun terakhir menggunakan kata kunci (*high Cost*) AND (*high risk*) AND (*high volume*) AND (*Integrated clinical pathway*). Sebanyak 1.200 artikel pada PubMed, artikel pada Willey ditemukan sebanyak 100 artikel, Proquest 200 artikel dan 11.000 artikel ditemukan pada *Google Scholar*. Setelah dilakukan filter berdasarkan kesesuaian judul artikel dengan tujuan penelitian, sehingga artikel jurnal yang diperoleh adalah 20 artikel jurnal.

B. Konsep *High volume*, *High risk*, dan *High cost*.

High cost adalah peningkatan biaya pengobatan pasien yang melebihi dari paket BPJS sehingga masalah tersebut menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian (Gusti, 2017). *High risk* adalah resiko tinggi terjadinya masalah pada pasien yang biasanya diakibatkan karena lama hari rawat pasien yang memanjang (Dewanti, 2019), dan *high volume* adalah jumlah kasus yang terbanyak di Rumah Sakit (Sutoto et al., 2015). Pada prinsipnya *high cost*, *high*

risk sangat berhubungan dengan lama hari rawat pasien. Semakin lama pasien dirawat semakin mahal biaya pengobatan, dan ketika paket BPJS habis yang akan menanggungnya adalah Rumah Sakit sehingga mengakibatkan Rumah Sakit mengalami kerugian (*high cost*), dan semakin lama pasien dirawat akan beresiko terhadap masalah kesehatan pasien. Penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal merupakan penyakit katastrofik yang bersifat *high volume, high risk, dan high cost* yang membutuhkan lama hari rawat dan biaya mahal, sehingga banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit (Budiarto & Sugiharto, 2013). Penelitian Rasyid A et al (2021) ditemukan bahwa semakin lama hari rawat pasien yang disertai derajat penyakit, riwayat komorbiditas yang banyak dan banyaknya tindakan diagnostik yang dilakukan sesuai riwayat penyakit, maka akan semakin tinggi biaya rumah sakit (*high cost*) dan semakin beresiko munculnya masalah baru pada pasien (*high risk*).

Menurut Riyadina et al (2020) menyatakan bahwa dampak lanjut penderita penyakit jantung dan stroke jika tidak mengendalikan faktor risiko penyakit tersebut, dapat menimbulkan komplikasi penyakit lain yang memperparah kondisi fisik dan mental pasien (*high risk*).

Indikator dari terjadinya *high cost* dan *high risk* adalah lama hari rawat yang memanjang. Menurut Richard & Simpson (2009) dalam penelitian Elly & Asmawati (2016) bahwa lamanya hari rawat dapat disebabkan karena berbagai kondisi antara kondisi medis klien, dan adanya infeksi nosokomial. Selain itu, lama hari rawat dipengaruhi oleh kondisi non medis seperti administrasi yang terlambat di Rumah Sakit, kurang baiknya perencanaan

dalam memberikan pelayanan kepada pasien atau kebijakan Rumah Sakit dibidang medis. Studi yang dilakukan di USA menunjukkan bahwa sekitar 20% dari semua pasien yang dirawat mengalami readmisi setelah 30 hari diperkirakan menghasilkan biaya sebesar 15-20 miliar dollar Amerika Serikat (Nair et al., 2020). Memanjangnya *Length Of Stay* (LOS) diakibatkan oleh 3 faktor yakni jenis penyakit, tingkat keparahan penyakit, dan usia (Amrita & Badgal, 2015)

1. Jenis penyakit

Penyakit merupakan sebuah fenomena kompleks yang berdampak negatif pada manusia. Penyakit merupakan kondisi dimana terjadinya gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan penurunan kemampuan fisik maupun psikis yang dapat menyebabkan masa harapan hidup normal memendek (Nugraheni et al., 2018). Menurut Kozier et al (2010) Penyakit digolongkan menjadi 2 macam yaitu penyakit akut dan penyakit kronis. Penyakit akut ditandai dengan gejala berat dalam waktu yang relatif singkat dan muncul tiba-tiba secara cepat sedangkan pada penyakit kronis dapat berlangsung lebih lama dalam waktu kurang dari sama dengan 6 bulan atau seumur hidup terhadap penderita tersebut serta gejala sering muncul kembali. Setiap jenis jenis penyakit yang diderita oleh pasien sangat mempengaruhi rata-rata LOS (Rinjani & Triyanti, 2016). Jenis penyakit dalam penelitian ini terdiri atas 5 penyakit yaitu *Congestive heart failure (CHF)*, *Chronic kidney disease (CKD)*, *Cerebral Infarction due to thrombosis of cerebral arteries*, *Tb lung without mention of bact or histological confirm*, dan *dyspepsia*.

2. Tingkat keparahan penyakit

Tingkat keparahan penyakit untuk rawat inap dalam INA – CBGs terbagi menjadi 3 gradasi diantaranya tingkat keparahan 1 atau ringan yaitu tanpa komplikasi maupun komordibiti, tingkat keparahan 2 atau sedang yaitu penyakit dengan mild komplikasi dan komordibiti, dan tingkat keparahan tiga atau berat yaitu penyakit dengan major komplikasi dan komordibiti menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), 2014). Menurut Nofitasari & Mahawati (2010) bahwa tingkat keparahan penyakit berpengaruh terhadap LOS karena pasien tersebut membutuhkan asuhan yang lebih lama.

3. Usia

Usia atau umur merupakan satuan waktu yang digunakan untuk mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk baik hidup maupun mati. Kelompok usia yang rentan terserang penyakit ialah balita dan lansia, yang dimana pada balita memiliki sistem imun yang belum sempurna dan pada lansia terjadi penurunan sistem imunitas tubuh (Nugraheni et al., 2018) Menurut Senen, M., & Lanyumba, F. S. (2018) dalam penelitian Syawaluddin (2020) Setiap penduduk dengan usia produktif akan mengalami kerugian diakibatkan oleh kehilangan waktu produktifnya, selain itu karena akan mengeluarkan biaya (cost) baik itu biaya langsung (direct cost) maupun biaya tidak langsung (*indirect cost*) yang akan dikeluarkan setiap penduduk yang mengalami sakit, dalam hal ini usia berpengaruh juga terhadap biaya pengobatan.

C. Konsep *Integrated Clinical Pathway*.

1. Konsep Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan, Panduan Asuhan Gizi, Panduan Asuhan Farmasi.

Pada Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) terdapat alat-alat yang dapat membantu dalam pelaksanaan Clinical Pathway. Sesuai dengan paradigma *evidence-based practice*, yakni dalam tatalaksana pasien diperlukan kompetensi dokter, perawat, gizi dan apoteker dan tenaga kesehatan lainnya, bukti ilmiah mutakhir, serta preferensi pasien dan keluarga. Berikut adalah definisi panduan-panduan terintegrasi diantaranya :

- a. Panduan Praktik Klinis (*Clinical Practice Guideline*) adalah panduan yang berupa rekomendasi untuk membantu dokter atau dokter gigi dalam memberikan pelayanan kesehatan. Panduan ini berbasis bukti (*Evidence Base Medicine*). Adapun isi format panduan Praktik Klinis diantaranya : pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, prosedur diagnostic, diagnosis kerja, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, tata laksana, edukasi, prognosis, tingkat evidens, tingkat rekomendasi, penelaah kritis, indikator dan kepustakaan (Haslinda, 2017). Menurut (Sutoto et al., 2015) Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat oleh kelompok staf medis dikoordinasikan oleh komite medis dan disahkan oleh direksi.
- b. Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Asuhan Keperawatan dan juga sebagai panduan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Adapun isi format Panduan

Asuhan Keperawatan yaitu pengertian, asesment keperawatan, diagnosis keperawatan, kriteria evaluasi, intervensi dan evaluasi (Haslinda, 2017). Menurut (Sutoto et al., 2015) bahwa Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) adalah rangkaian interaksi Perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya, terdiri kegiatan asesmen, penetapan diagnosis, merencanakan dan melaksanakan tindakan serta melaksanakan evaluasi

- c. Panduan Asuhan Gizi (PAG) adalah metode pemecahan masalah gizi pada pasien dengan kasus tertentu, sehingga memudahkan dalam pemberian pelayanan gizi bagi pasien. Adapun isi format Panduan Asuhan Gizi yaitu pengertian, asesmen yang terdiri dari asesmen antropometri, asesmen biokimia, asesmen klinis, asesmen riwayat makan, dan asesment riwayat personal, kemudian dilanjutkan dengan diagnosis, intervensi, monitoring dan evaluasi, re- asesmen, indikator /outcome dan kepustakaan (Haslinda, 2017). Menurut Sutoto et al., (2015) Panduan Asuhan Gizi (PAG) merupakan serangkaian kegiatan yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk mengidentifikasi kebutuhan zat gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Kegiatan asuhan gizi terdiri dari asesmen, diagnosis, intervensi, monitoring dan evaluasi.
- d. Asuhan Kefarmasian (Pharmaceutical care) adalah panduan yang digunakan oleh apoteker dan asisten apoteker dalam memberikan pelayanan yang berhubungan dengan pengobatan pasien dengan tujuan

mencapai hasil yang ditetapkan yang memperbaiki kualitas hidup pasien. Adapun isi dalam format Asuhan Kefarmasian diantaranya pengertian, asesmen kefarmasian, identifikasi *drug related problem*, intervensi Farmasi, monitoring dan evaluasi, edukasi dan informasi, penelaah kritis, indikator dan kepustakaan (Haslinda, 2017). Menurut Sutoto et al., (2015) bahwa Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) adalah rangkaian kegiatan atau prosedur yang digunakan oleh apoteker dalam pemberian pelayanan.

2. *Integrated Clinical Pathway*

b. Definisi

Clinical Pathway (alur klinis) memiliki banyak sinonim, di antaranya care pathway, care map, integrated care pathways, multidisciplinary pathways of care, pathways of care, collaborative care pathways. Clinical Pathway dibuat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. Clinical Pathway memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelayanan dalam Clinical Pathway bersifat multidisiplin sehingga semua pihak yang terlibat dalam pelayanan yaitu dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapis, nutrisisionis/dietisien, apoteker, dan lain-lain dapat menggunakan format yang sama (Sutoto et al., 2015)

Integrated Clinical Pathway digunakan untuk meminimalisir keragaman praktik pelayanan pasien yang dapat diakibatkan oleh keterlibatan lebih dari satu orang dari masing-masing area profesi (Hipp

et al., 2016). Kolaborasi Inter dan antar profesional dalam perawatan, idealnya menguntungkan pasien. Namun, ketidakseimbangan otoritas, pemahaman yang terbatas tentang peran dan tanggung jawab anggota tim yang lain, serta gesekan terkait batasan profesional dapat menyebabkan kondisi yang sebaliknya (Reeves et al., 2017)

Penerapan clinical pathway dapat digambarkan sebagai urutan logis yang berpusat pada pasien dan berbasis bukti yang memengaruhi fase diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi, yang harus diobservasi mulai pasien masuk rumah sakit sampai keluar yang bertujuan untuk mengoptimalkan hasil pasien dan memaksimalkan efisiensi klinis (de Belvis et al., 2019). Clinical pathway adalah pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang fokus pada diagnosis, klinis masalah dan tahap perawatan (Himawati & Bachtiar, 2018).

Penerapan clinical pathway bisa menjadi fasilitas dalam tercapainya tujuan akreditasi rumah sakit yaitu dalam mengeskalasi mutu pelayanan rumah sakit (Jayanti & Hariyati, 2020). Dengan adanya Akreditasi Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa rumah sakit harus memiliki *Integrated Clinical Pathway* maka Rumah Sakit harus menyediakan clinical pathway terintegrasi minimal 5 Penyakit (Komite Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

Menurut Buchert & Butler (2016) bahwa Clinical pathway (CP) adalah instrumen terpenting untuk menghasilkan manajemen klinis yang baik di Rumah Sakit. Clinical pathway adalah alur yang menunjukkan secara detail tahap-tahap penting dari pelayanan

kesehatan termasuk hasil yang diharapkan. Secara sederhana dapat dibayangkan bahwa clinical pathway adalah sebuah alur yang menggambarkan proses mulai saat penerimaan pasien hingga pemulangan pasien. Clinical pathway menyediakan standar pelayanan minimal dan memastikan bahwa pelayanan tersebut tidak terlupakan dan dilaksanakan tepat waktu. Clinical pathway memiliki banyak nama lain seperti: *critical care pathway*, *integrated care pathway*, *coordinated care pathway*, *care maps* (alur perawatan, alur kritis, alur perawatan terintegrasi atau peta perawatan), adalah salah satu perangkat utama yang digunakan untuk mengelola kualitas pelayanan kesehatan mengenai standardisasi proses perawatan (Mutiarasari, Pinzon, & Gunadi, 2017)

c. Karakteristik CP

Menurut Vanhaecht et al (2010) menyatakan bahwa karakteristik Clinical Pathway / care pathways terdiri dari sebuah pernyataan tujuan dan “key elements” dari case based on evidence, best practice dan harapan pasien, karakteristik element Integrated Clinical Pathway memfasilitasi komunikasi di antara anggota team multidisiplin dengan pasien dan keluarga, mengkoordinasikan proses perawatan, mendokumentasikan, mengevaluasi hasil berdasarkan outcome dari sumber daya yang dimiliki. Vanhaecht et al (2010) juga mengatakan bahwa produk pathway terlihat dari empat level yaitu *Model pathway (international/national/regional level, prospective and not organization specific)*, *Operational pathway (local level, prospective*

and organization specific), Assigned pathway (patient level, prospective and organization and patient specific) dan Completed pathway (patient level, retrospective and organization and patient specific).

d. Manfaat Integrated Clinical Pathway

Menurut Buchert & Butler (2016) ada beberapa manfaat pengembangan *integrated Clinical Pathway*, di antaranya :

- 1) Memberikan perawatan yang konsisten bernilai tinggi dan berdasarkan eviden based.
- 2) Kepuasan pasien meningkat
- 3) Biaya terstandar/ terkendali.
- 4) Lama hari perawatan terstandar.
- 5) Memberikan perawatan yang aman, efisien, efektif, dan tepat waktu.
- 6) Menghasilkan hasil yang positif bagi pasien.
- 7) Mengurangi penggunaan sumber daya yang tidak perlu secara tidak tepat.

Tujuan lain dari Integrated Clinical Pathway berdasarkan Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 (Sutoto et al., 2015) diantaranya :

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu bekerja sama dengan tim multidisiplin
- 2) Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya

- 3) Memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal
- 4) Menghindari terjadinya medication eror secara dini
- 5) Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
- 6) Memberikan tata laksana asuhan dengan biaya yang memadai

Terdapat beberapa kelebihan penggunaan *Integrated Clinical Pathway* jika diterapkan di Rumah Sakit, akan tetapi ada sedikit kekurangannya yaitu dalam penggunaan format dokumentasi *Integrated Clinical Pathway* hanya dapat digunakan untuk masalah spesifik, contoh format ICP untuk bedah tulang tidak dapat digunakan untuk unit bedah syaraf, sehingga akan banyak sekali format yang harus dihasilkan untuk seluruh pelayanan yang tersedia (Meo, 2015).

3. Pengembangan *Integrated Clinical Pathway*

Pengembangan ICP merupakan dasar dari proses pelaksanaan pelayanan kesehatan. Kinsman et al., (2010) menyatakan bahwa terdapat 4 tahapan dalam pengembangan kriteria penentuan *Integrated Clinical Pathway* yaitu: identifikasi artikel yang mengeksplorasi *Integrated Clinical Pathway* (ICP), mendapatkan wacana kriteria, uji coba kriteria dan memodifikasi kriteria untuk memaksimalkan pemahaman antar tim. Dalam pengembangan ini dapat dilihat bagaimana *Integrated Clinical Pathway* dibuat berdasarkan pedoman dan referensi yang telah ditetapkan oleh KARS 2012, dengan mempertimbangkan panduan praktik klinis (PPK) dari semua kelompok staf medis rumah sakit dan juga prioritas penyakit terbanyak

setiap tahunnya. Keputusan untuk mengembangkan Integrated Clinical Pathway yaitu adanya keputusan untuk mengembangkan Integrated Clinical Pathway tergantung dari area klinis yang menjadi prioritas multidisiplin, dan adapun tahapan pengembangan Integrated Clinical Pathway menurut (Meo, 2015) diantaranya adalah:

a. Identifikasi stakeholder dan pimpinan.

Stakeholder adalah semua pihak yang terkait dengan pengembangan ICP dan outcomenya. Stakeholder ini bisa berupa internal stakeholder seperti user (pasien, tim multidisiplin, perawat primer) dan external stakeholder seperti asuransi, organisasi profesi, dan lain-lain.

b. Identifikasi pimpinan dan tim yang bertanggung jawab

Hal ini juga penting untuk membentuk tim ICP yang mendorong dan mempertahankan proses perubahan.

c. Proses mapping

Proses mapping akan menghasilkan sebuah peta perjalanan pasien berdasarkan berbagai perspektif. Dari peta ini tim multidisiplin dapat mengkaji masalah dan langkah-langkah yang akan dipakai. Proses mapping merupakan tahap yang paling penting.

d. Audit awal dan pengumpulan data

Audit awal untuk ICP harus dilakukan sebagai permulaan project. Hasil yang didapat tidak hanya mengidentifikasi adanya gap dalam pelayanan, tetapi juga sebagai evaluasi dasar ICP.

e. Pengembangan isi ICP

ICP harus berisi 4 hal yaitu kegiatan dalam bentuk elemen rencana perawatan, detail alat yang dibutuhkan seperti grafik keseimbangan cairan, hasil yang harus dicapai misalnya dicapai dengan target hari rawat, dan pelacakan variasi sebagai elemen unik dari ICP. Isi klinis ICP tidak dapat didikte, hal ini akan ditentukan oleh tim dengan keahlian dalam mengelola kelompok tertentu dari pasien, dan untuk siapa dokumen ini dirancang.

f. Pilot project dan implementasi

Komunikasi yang kuat dan rencana pendidikan sangat penting untuk mendukung sukses proyek ICP. Tujuan komunikasi dan pendidikan adalah untuk memastikan bahwa pesan yang tepat disampaikan kepada orang-orang yang tepat, dengan cara dan tempat yang tepat.

g. Review ICP secara teratur.

Ketika meninjau ulang (mereview) ICP harus difokuskan kepada 3 pertanyaan utama yaitu:

1) Penyelesaian ICP

Apakah ICP digunakan pada kasus yang tepat? Apakah ada informasi yang hilang? Apakah staf memerlukan catatan sampingan yang tidak ada dalam ICP?

2) Jenis variasi yang dicatat.

Apakah variasi yang ada dicatat? Apakah staf paham bagaimana mencatat variasi tersebut?

3) Kepuasan staf

Dapat dilakukan menggunakan kuesioner, tren apa yang terlihat?

Tahapan Pengembangan Integrated Clinical Pathway berdasarkan (Unit Stroke RS Bethesda Yogyakarta, 2012) , diantaranya:

a. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan dilakukan hal-hal berikut:

1. Menentukan tim pengembang clinical pathway,
2. Menentukan topik clinical pathway yang akan dikembangkan,
3. Menentukan tujuan dan luaran yang ingin dicapai,
4. Mencari standar pelayanan medis berbasis bukti ilmiah.
5. Membuat Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan, Panduan Asuhan Farmasi dan Panduan Asuhan Gizi dari Masing-masing PPA.
6. Mengembangkan *Integrated clinical pathway* berdasarkan panduan yang dibuat dari masing-masing PPA

Berdasarkan buku pedoman ICP yang telah dibuat oleh (Sutoto et al., 2015) menyatakan bahwa Panduan Praktik Klinis, Panduan asuhan Keperawatan, Panduan Asuhan Gizi, Panduan Asuhan Kefarmasian seharusnya dibuat untuk semua jenis penyakit/kondisi klinis yang ditemukan dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya dapat dibuat secara bertahap, dengan mengedepankan misalnya 10 penyakit tersering yang ada di tiap bagian. Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), maka Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik

Kedokteran (PNPK). Namun karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit/kondisi klinis, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) dengan segala turunannya dibuat dengan memperhatikan fasilitas setempat.

Tim pengembang clinical pathway haruslah bersifat multi disiplin. Tim harus terdiri dari semua pihak yang terlibat dalam tatalaksana pasien. Tim harus merupakan representasi dari semua petugas medis yang ikut menangani pasien dengan kondisi medis tertentu (Unit Stroke RS Bethesda Yogyakarta, 2012).

b. Tahap diagnosis

Pada tahap diagnosis dilakukan hal-hal berikut:

1. Pengumpulan data dasar,
2. Pengumpulan data tentang kemampuan staf, dan
3. Identifikasi masalah dan kemungkinan pemecahan masalah.

Analisis situasi dilakukan dengan mengkaji berbagai dokumen tentang kesiapan sarana, alat-alat, sumber daya manusia. Sebuah clinical pathway dikembangkan berdasarkan pedoman dari masing-masing profesi pemberi Asuhan.

c. Tahap pengembangan

Desain langkah-langkah yang dilakukan pada tahap pengembangan adalah:

1. Menetapkan luaran yang akan dinilai,

2. Membuat draft clinical pathway,
 3. Mensosialisasikan draft kepada semua petugas yang terlibat,
 4. Melakukan evaluasi terhadap draft awal.
- d. Tahap pelaksanaan

Menurut Klundert et al (2010) menyatakan bahwa dalam pelaksanaan clinical pathway, terdapat empat komponen utama yang harus diperhatikan diantaranya :

a. Kerangka waktu

Menggambarkan tahapan berdasarkan hari perawatan atau berdasarkan tahapan pelayanan seperti: fase pre-operasi, intraoperasi dan pasca-operasi.

b. Kategori asuhan

Berisi aktivitas yang menggambarkan asuhan seluruh tim kesehatan yang diberikan kepada pasien.

c. Kriteria hasil

Memuat hasil yang diharapkan dari standar asuhan yang diberikan, meliputi kriteria jangka panjang yaitu menggambarkan kriteria hasil dari keseluruhan asuhan dan kriteria jangka pendek yaitu menggambarkan kriteria hasil pada setiap tahapan pelayanan pada jangka waktu tertentu.

d. Pencatatan varian

Lembaran varian mencatat dan menganalisis deviasi dari standar yang ditetapkan dalam clinical pathway. Kondisi pasien

yang tidak sesuai dengan standar asuhan atau standar yang tidak bisa dilakukan dicatat dalam lembar varian.

e. Evaluasi clinical pathway

Pengembangan clinical pathway Rumah Sakit dilakukan oleh tim multidisiplin yang mewakili masing-masing profesi dalam pemberian pelayanan untuk pasien. Tim terdiri dari dokter, perawat, fisioterapis, ahli gizi, farmasi. Koordinator tim akan mengumpulkan clinical pathway dari berbagai guideline, melacak bukti-bukti ilmiah terbaru untuk tatalaksana sebuah penyakit, melacak standar pelayanan medik (clinical practice guideline). Pengembangan clinical pathway dilakukan dengan metode konsensus. Pengembangan konsensus antara anggota tim dilakukan supaya clinical pathway yang dilaksanakan dapat memenuhi kondisi lokal Rumah Sakit.

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan oleh Sari (2017) menyatakan bahwa ada beberapa kriteria efektifitas yang perlu diperhatikan dalam mengaudit implementasi Clinical Pathway diantaranya: kelengkapan pengisian (terisi lengkap/tidak), kepatuhan dokter penanggung jawab pasien (DPJP), kepatuhan perawat penanggung jawab pasien, gizi dan farmasi, serta lama hari perawatan.

Menurut Fadilah & Budi (2018) menyatakan bahwa salah satu cara untuk melihat efektifitas dari implementasi clinical pathway

yang sudah berjalan yaitu dengan mengukur perbedaan LOS dan outcomenya.

4. Isi *Integrated Clinical Pathway*

Berdasarkan Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2012 Edisi 1 pada buku Sutoto et al (2015) isi dari *Integrated Clinical Pathway* diantaranya Asesmen awal medis dan keperawatan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, konsultasi, asesmen lanjutan medis, keperawatan, gizi, dan farmasi, menentukan diagnosis, membuat discharge planning, pengisian formulir Informasi dan edukasi terintegrasi, terapi/medikamentosa, tata laksana/intervensi, monitoring dan evaluasi, mobilisasi/rehabilitasi, outcome/hasil, kriteria pulang, rencana pulang/edukasi pelayanan lanjutan dan variant.

Menurut Donabedian (1981) dalam Al-Assaf (2014) ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu pelayanan kesehatan yaitu dari aspek :

1. Struktur

Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya difasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan.

2. Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilakukan secara professional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya terhadap pasien. Proses tersebut mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, penanganan kasus. Penilaian terproses adalah evaluasi terhadap dokter dan proses kesehatan dalam manajemen pasien. Pendekatan proses merupakan pendekatan yang terhadap mutu pelayanan kesehatan.

3. Outcome

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap outcome ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan yang positif atau negatif sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan

D. Kualitas Pelayanan Kesehatan (*Quality of Care*).

a. Definisi

Kualitas adalah suatu efek — hasil dari suatu tindakan atau rangkaian tindakan. Penyebab dibalik efeknya adalah jaminan kualitas. Istilah "kontrol" biasanya diartikan melalui tindakan tersebut, dan tindakan yang diambil untuk mengarahkan perilaku atau kerja sistem atau subsistem apa pun untuk mengontrol kualitas dengan cara yang diinginkan. Bisa dalam konteks sistem mutu, pemasaran, produksi dan sumber daya manusia (Poornima, 2017)

Donabedian (1989) mendefinisikan kualitas Pelayanan kesehatan sebagai penerapan ilmu dan teknologi medis yang memaksimalkan manfaatnya bagi kesehatan tanpa meningkatkan risiko. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah konsep multi-dimensi. Donabedian juga membedakan tiga komponen kualitas kesehatan diantaranya kualitas teknis, kualitas interpersonal, dan fasilitas. Kualitas teknis berkaitan dengan efektivitas kepedulian dalam menghasilkan keuntungan kesehatan yang dapat dicapai, Interpersonal kualitas mengacu pada sejauh mana akomodasi pasien, sedangkan Fasilitas termasuk fitur seperti kenyamanan, lingkungan fisik dan atribut organisasi penyediaan layanan.

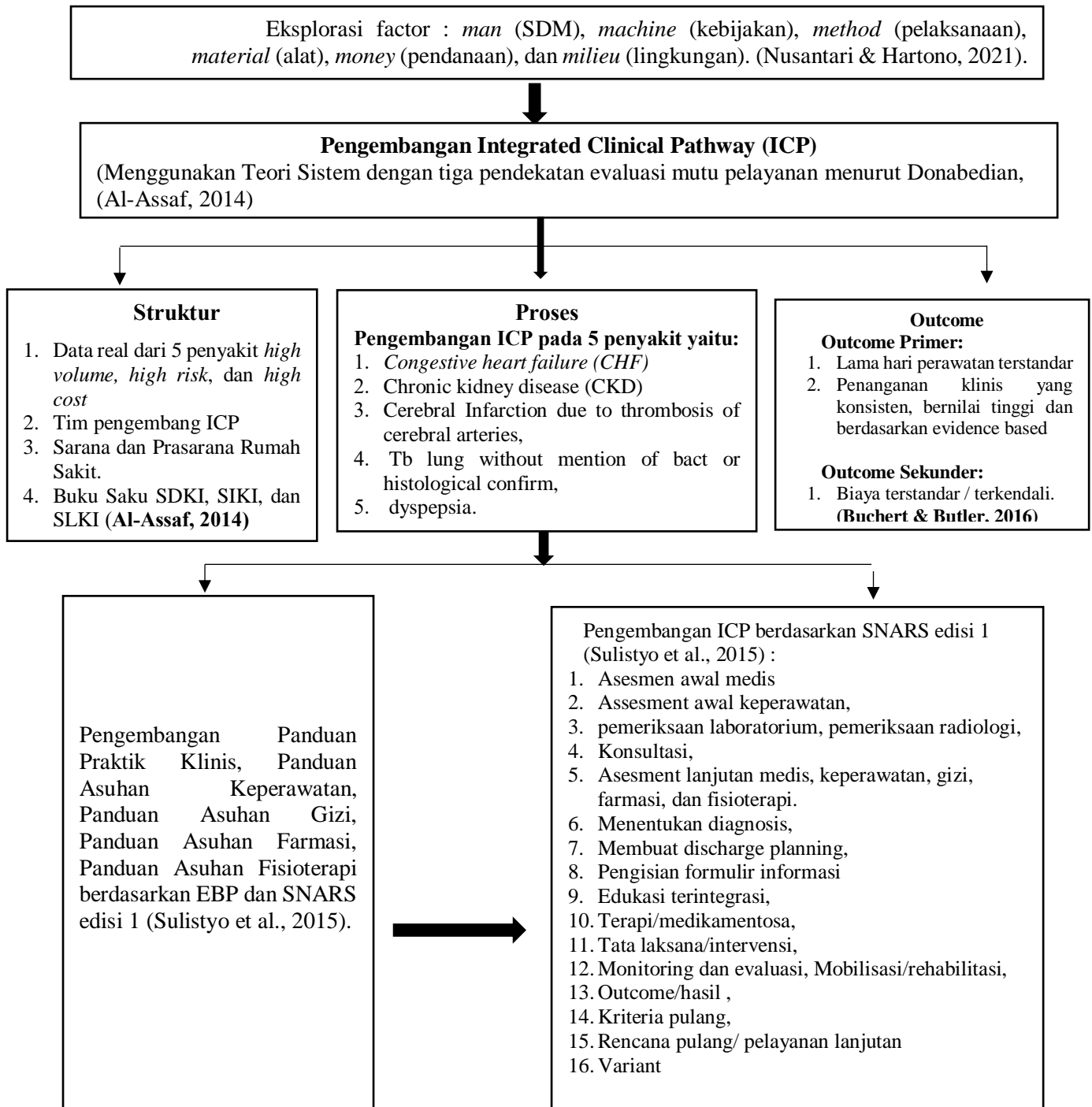
Dalam upaya evaluasi kualitas pelayanan kesehatan, perlu dilakukan tinjauan analisis faktor baik secara analisis kuantitatif maupun analisis kualitatif, sehingga dapat diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas layanan kesehatan. Satu diantara alat manajemen kualitas yang dapat mencari akar penyebab masalah adalah diagram fishbone analysis untuk mengetahui penyebab masalah utamanya sehingga dapat dirancang rencana kerja yang tepat yang terdiri dari *man* (SDM), *machine* (kebijakan), *method* (pelaksanaan), *material* (alat), *money* (pendanaan), dan *milieu* (lingkungan). (Nusantari & Hartono, 2021).

b. Total Quality Management

Menurut Poornima (2017) Total Quality Management adalah sistem manajemen komprehensif yang:

1. Berfokus pada pemenuhan kebutuhan pemilik atau pelanggan dengan menyediakan layanan yang berkualitas dengan biaya yang menawarkan nilai bagi pemilik / pelanggan.
2. Didorong oleh pencarian untuk perbaikan berkelanjutan di semua operasi.
3. Mengakui bahwa setiap orang dalam organisasi memiliki pemilik atau pelanggan internal atau eksternal.
4. Melihat organisasi sebagai sistem internal dengan tujuan bersama daripada sebagai individu departemen yang bertindak untuk memaksimalkan kinerja mereka sendiri.
5. Berfokus pada cara menyelesaikan tugas, bukan hanya pada tugas ulung.
6. Menekankan kerja tim

E. Kerangka Teori

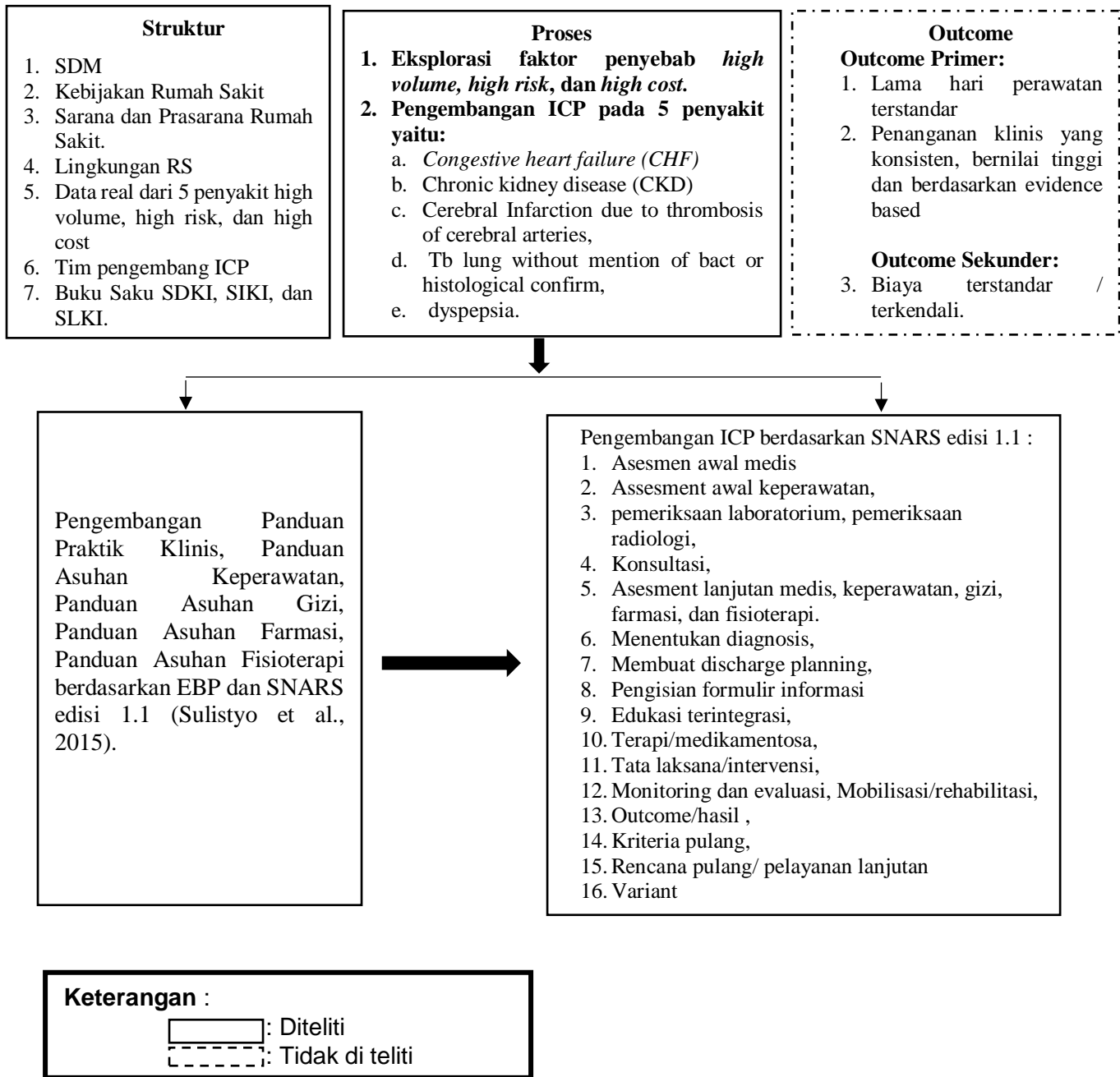


Gambar 2.1. Kerangka teori

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat dalam skema sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.

B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu atau apa pun itu yang diukur dalam penelitian (Sugiyono, 2016). Variabel dalam penelitian terdiri dari:

1. Variabel independen

Variabel independen atau biasa disebut variabel bebas merupakan variabel yang menyebabkan atau mempengaruhi timbulnya variabel dependen dapat berupa intervensi, prediktor atau faktor resiko (Sugiyono, 2016). Variabel independen dalam penelitian ini *high volume*, *high risk*, dan *high cost* dan pengembangan *Integrated Clinical Pathway*.

2. Variabel dependent

Variabel dependen atau variabel terikat merupakan variabel yang menjadi akibat atau respon variabel atau hasil (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah biaya perawatan, lama hari perawatan dan penanganan klinis. Namun variabel ini tidak diteliti oleh peneliti. Subjek dalam penelitian ini adalah formulir clinical pathway lima (5) penyakit kategori *high volume*, *high risk*, dan *high cost* di Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Banggai dan penanggung jawab ICP di rumah sakit yaitu: Professional Pemberi Asuhan (PPA) diantaranya komite medik, kepala sub bidang asuhan dan profesi keperawatan, DPJP, perawat, petugas farmasi, petugas gizi, petugas fisioterapi, dan petugas pemeriksaan penunjang.

C. Definisi Operasional.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen				
<i>High Volume</i>	Jumlah kasus terbanyak di rumah sakit.	Analisis data rekam medic dengan menggunakan <i>Ms. excel</i>	5 besar penyakit yang terbanyak di Rumah Sakit : 1. Gagal jantung kongestif (CHF) 2. Gagal ginjal kronik (CKD) 3. Stroke non hemorragik 4. Tuberculosis paru 5. Dyspepsia	Numerik
<i>High Risk</i>	Penyakit yang memiliki resiko tinggi munculnya masalah baru pada pasien yang biasanya disebabkan karena lama hari rawat yang memanjang.	Observasi lama hari rawat pasien pada laporan rekam medic.	Ideal lama hari rawat pasien di ruang rawat inap: 1. Gagal jantung kongestif (CHF) : 7 hari 2. Gagal ginjal kronik (CKD) : 7 hari 3. Stroke non hemorragik: 5 hari 4. Tuberculosis paru hari: 5 hari 5. Dyspepsia : 4 hari	Numerik
<i>High Cost</i>	Biaya pengobatan rumah sakit yang melebihi dari paket BPJS	Analisis data e-klaim BPJS dengan menggunakan <i>Ms. excel</i>	Paket BPJS RS Tipe B : 1. Gagal jantung kongestif (CHF) Kelas 3: Rp. 2.606.500 Kelas 2: Rp. 3.127.800 Kelas 1: Rp. 3.649.100 2. Gagal ginjal kronik (CKD) Kelas 3 : Rp. 2.490.300 Kelas 2 : Rp. 3.231.500 Kelas 1 : Rp. 3.486.400 3. Stroke non hemorragik (SNH) Kelas 3: Rp. 3.767.300 Kelas 2: Rp. 4.520.800 Kelas 1: Rp. 5.274.300 4. TB Paru : Kelas 3: Rp. 4.047.700 Kelas 2: Rp. 4.857.200 Kelas 1: Rp. 5.666.800 5. Dyspepsia : Kelas 3: Rp. 1.257.500 Kelas 2: Rp. 1.509.000 Kelas 1: Rp. 1.760.500	Numerik

<i>man</i> (SDM), <i>machine</i> (kebijakan), <i>method</i> (pelaksanaan), <i>material</i> (alat), <i>money</i> (pendanaan), <i>milieu</i> (lingkungan)	Merupakan komponen diagram fishbone analysis untuk mendapatkan akar penyebab masalah	Wawancara, observasi, dan telaah dokumen.	Dilakukan transkrip dan menentukan tema	-
Pengembangan ICP	Sebuah instrument atau alur klinis yang memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. Satu instrumen tersebut melibatkan multidisiplin sehingga semua PPA dapat menggunakan Format yang sama.	ICP diukur berdasarkan tahapan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1	- Kesesuaian SNARS Edisi 1 Nilai 50-100 Baik >75% Moderat 50-75%, dan Kurang jika nilai <50%. Nilai yang didapat/ nilai total x 100 (Whittle, 2009)	Nominal
Variabel Dependen				
1. Lama hari perawatan	- Jumlah lama rawat pasien yang dihitung sejak tanggal pasien masuk rawat inap hingga keluar dari Rumah Sakit sesuai dengan lama hari rawat yang telah ditentukan pada ICP.	- Observasi lama hari rawat berdasarkan status rekam medis pasien dengan ICP.	- LOS berdasarkan ICP Sesuai: jika lama hari rawat pasien sesuai dengan yang ditentukan pada ICP Tidak sesuai: jika lama hari rawat pasien tidak sesuai dengan yang ditentukan pada ICP	Numerik
2. Penanganan klinis.	- Asuhan yang diberikan kepada pasien berdasarkan bukti dan teori.	- Observasi penanganan klinis berdasarkan ICP	- Penanganan klinis berdasarkan ICP Sesuai: jika penanganan klinis sesuai dengan yang ditentukan pada ICP Tidak sesuai: jika penanganan klinis tidak sesuai dengan yang ditentukan pada ICP	Numerik
3. Biaya terstandar / terkendali	- Biaya yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit tidak melebihi paket INA-CBG's	- Mengolah data BPJS dengan menggunakan Ms-excel.	- Biaya perawatan tinggi : jika melebihi dari pembiayaan yang ditanggung BPJS - Biaya perawatan rendah : jika tidak melebihi pembiayaan yang ditanggung BPJS.	Numerik