

**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 K012171173

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 2 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

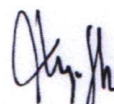

MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH
Nip. 195504141986011001



Dr. Syamsuddin, SE, M.Si., Ak
Nip. 196704141994121001


Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Ketua Program Studi
Magister Kesehatan Masyarakat



Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed
Nip. 196706171999031001



Prof. 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 mengijinkan 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 stylized flourish at the end.

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 SAMPUL.....	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 *Section 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	<i>Delivery by RE elective caesarean section</i>	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.

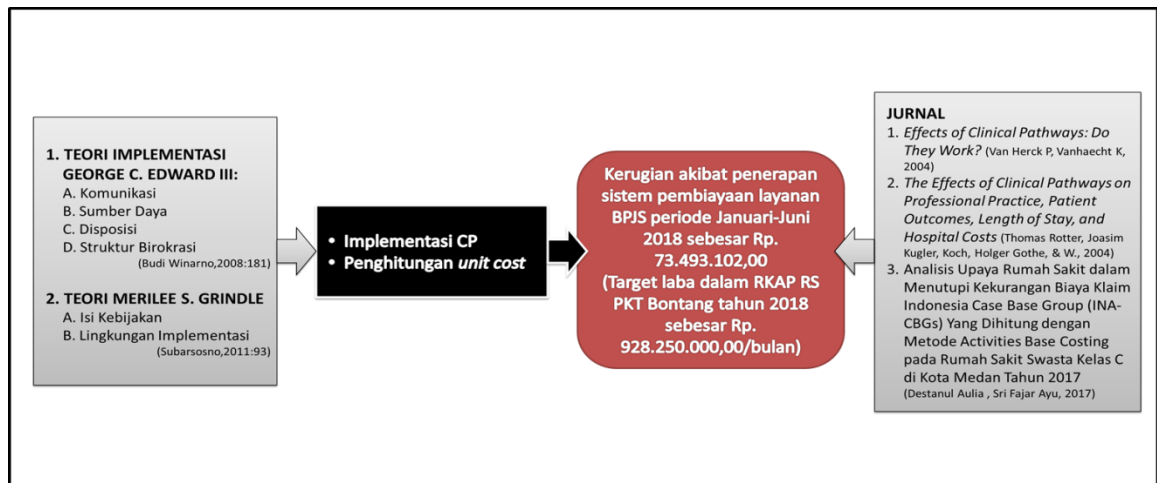
Data tahun 2016 memperlihatkan bahwa kasus demam tifoid 4,5 kali dan partus normal 3,5 kali lebih banyak dibanding diagnosis urutan ke 10 (sepuluh). Di tahun 2017 kasus demam tifoid dan partus normal masing-masing memiliki nilai 8 kali dan 4 kali lebih banyak dibandingkan diagnosa *chronic sinusitis* 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 MedicalCenter (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 mengurangi 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 Typhii*. 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 Parathypii (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 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:

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

(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)</i> , <i>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)</i> , <i>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 Pain (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 Ampara 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 profitabilitas 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.

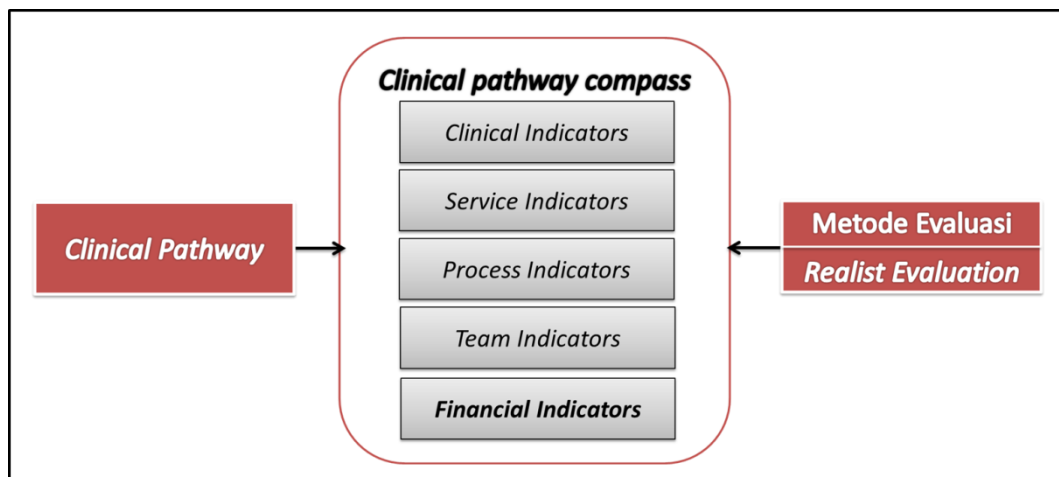
L. Kerangka Teori

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.

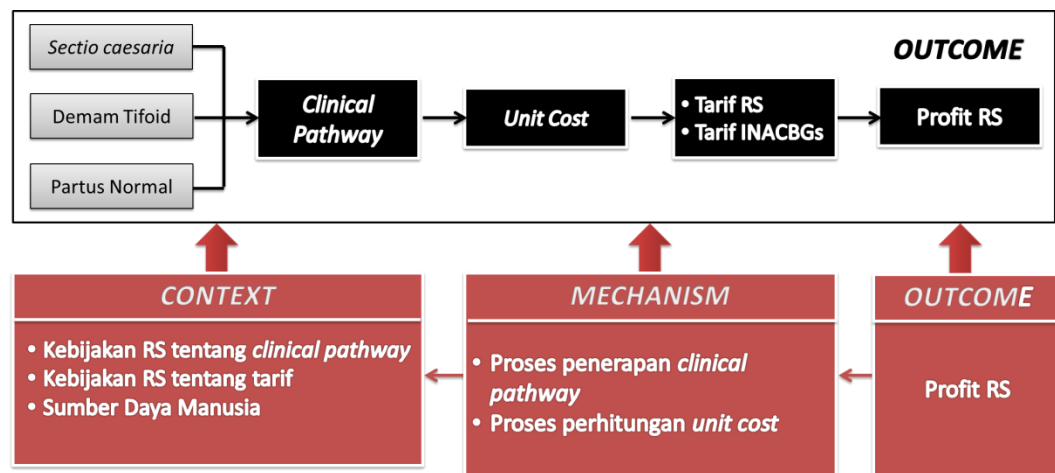


Gambar 2.2 Kerangka Teori modifikasi.
(Vanherck, 2004; Pawson & Tilley, 1997)

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

No	Variabel	Definisi Operasional / Kerangka Obyektif	Cara Ukur	Hasil Ukur
8	<i>Unit Cost Sectio caesaria</i>	Jumlah biaya yang dikeluarkan per satuan tindakan <i>Sectio caesaria</i> di rumah sakit	Melihat data keuangan	Rupiah
9	<i>Unit Cost Partus Normal</i>	Jumlah biaya yang dikeluarkan per satuan tindakan partus normal di rumah sakit	Melihat data keuangan	Rupiah
10	<i>Unit Cost Demam Tifoid</i>	Jumlah biaya yang dikeluarkan per satuan perawatan demam tifoid di rumah sakit	Melihat data keuangan	Rupiah
11	Analisa Profit Rumah Sakit	Analisa yang dilakukan pada biaya rumah sakit tindakan <i>Sectio Caesaria</i> , partus normal dan demam tifoid yang telah memiliki <i>clinical pathway</i>	Membandingkan biaya rumah sakit tindakan <i>Sectio Caesaria</i> , partus normal dan demam tifoid dengan tarif INACBGs	Rupiah Untung: jika selisih positif dari total biaya riil rumah sakit dibandingkan dengan INACBGs Rugi : jika selisih negatif dari total biaya riil rumah sakit dibandingkan dengan INACBGs
12	Sumber Daya Manusia	Kemampuan sumber daya manusia dalam memahami <i>job description</i> dan melaksanakan <i>clinical pathway</i>	Wawancara	Hasil wawancara mendalam terhadap petugas

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode *Realist Evaluation* dengan menggunakan *mixed method* yaitu dengan melihat dan membandingkan pelaksanaan pembiayaan pelayanan *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang telah memiliki *Clinical Pathway* dengan tarif INACBGs di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang dan dievaluasi dengan metode *Realist Evaluation* serta menganalisis profitabilitas instalasi rawat inap pada kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang telah memiliki *Clinical Pathway* dan sering dilakukan di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2019 sampai dengan Juli 2019.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang. Dipilihnya rumah sakit ini karena merupakan rumah sakit induk dari beberapa rumah sakit yang tergabung dalam Rumah Sakit Pupuk Kaltim Grup

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan kasus *Sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid yang ada di instalasi rawat inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

2. Sampel

Pada penelitian ini peneliti mengambil dua sampel atau data penelitian. Sampel pertama berupa data kuantitatif terlebih dahulu selanjutnya diambil data kualitatif untuk mengkonfirmasi data kuantitatif.

a. Data kuantitatif

Data Kuantitatif pada penelitian ini diperoleh dari :

- *Length of stay* setiap kasus menurut *Clinical Pathway* dari Komite Medik;
- *Utilization review* pasien *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid dari bagian Rekam Medis dan *Casemix*;
- Data keuangan dan pembiayaan layanan kesehatan dari bagian Keuangan
- Literatur (buku, jurnal, dan lain-lain) yang berkaitan dengan masalah penelitian.

Jumlah sampel diambil dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dimana:

n = jumlah element / anggota sampel

N = jumlah element / anggota populasi

e = error level / tingkat kesalahan.

Untuk populasi data rekam medis Demam Tifoid sebanyak 142, Partus Normal sebanyak 184 dan *sectio caesaria* sebanyak 95 sampel rekam medis. Kriteria inklusinya adalah data rekam medis tiap kasus yang Length of Stay nya sesuai dengan kriteria dalam *Clinical Pathway* dan kriteria eksklusinya adalah data rekam medis yang menunjukkan LOS tidak sesuai dengan CP.

b. Data Kualitatif

Data ini berupa informasi yang didapatkan dari informan atau responden dengan cara wawancara mendalam. Sumber informannya adalah Direktur Rumah Sakit, General Manajer Keuangan PT KMU, Manajer Pelayanan Medis Rumah Sakit, Manajer Keperawatan Rumah Sakit, Tim Tarif Rumah Sakit, Staf rekam medis dan casemix, Ketua Komite Medis Rumah Sakit beserta staf serta staf fungsional di unit pelayanan medis rumah sakit.

D. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik sebagai berikut:

1. Wawancara, yaitu melakukan tanya jawab kepada pihak-pihak yang berhubungan dengan data keuangan dan casemix serta pihak-pihak yang berhubungan dengan implementasi *clinical pathway*.
2. Kepustakaan, yaitu dengan mencari data dari laporan dan dokumen yang berkaitan dengan objek penelitian ini.

Tabel 3.1 Matriks Pengumpulan data kualitatif di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang tahun 2019

No	Variabel	Cara Ukur	Informan
1	Implementasi <i>Clinical Pathway</i>	• Observasi • Wawancara • Studi dokumen	• Direktur rumah sakit • DPJP • Dokter jaga ruangan • Perawat • Manajer medis
2	Proses penghitungan <i>Unit cost</i>	• Wawancara • Studi dokumen	• Direktur rumah sakit • Manajer Keuangan
3	Kebijakan tentang <i>clinical pathway</i>	• Observasi • Wawancara • Studi dokumen	• Direktur rumah sakit • Manajer Yanmed • DPJP • Dokter jaga ruangan • Perawat
4	Kebijakan tentang tarif rumah sakit	• Observasi • Wawancara • Studi dokumen	• Direktur rumah sakit • Manajer Yanmed • DPJP • Dokter jaga ruangan • Perawat • Manajer Keuangan
5	Profit Rumah Sakit	• Wawancara	• Direktur rumah

		• Studi dokumen	sakit • Manajer Keuangan
6	Sumber Daya Manusia	• Wawancara	• DPJP • Dokter jaga • Perawat

Sumber: Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Tahapan pengolahan data adalah sebagai berikut:

- Menghitung jumlah kasus *Sectio Caesaria*, partus normal dan demam tifoid dengan Length of Stay sesuai *clinical pathway*
- Menentukan jenis biaya yang termasuk dalam biaya tetap.
- Menentukan jenis biaya yang termasuk dalam biaya variabel.
- Menghitung *real cost* setiap kasus beserta variasi biaya pasien per kasus dan diambil rerata biaya riilnya.
- Membandingkan rerata biaya riil rumah sakit per tindakan dengan tarif INACBGs.

2. Analisis Data

Untuk menganalisis profitabilitas instalasi rawat inap pada tiap kasus dilakukan perbandingan nilai selisih antara rerata biaya riil rumah sakit dan tarif INACBGs serta dibandingkan dengan data kesesuaian penerapan *clinical pathway* untuk kasus yang menjadi sampel penelitian. Analisis data berdasarkan *Colaizzi's Method*, 1978 (Saryono & Anggraeni,

2013). Hal ini dikarenakan pada metode *Colaizzi*, tahapannya cukup sederhana, jelas dan terperinci untuk digunakan dalam penelitian. Adapun tahapan proses analisis yang akan dilakukan yaitu:

- a. Menganalisa pengimplementasian *clinical pathway* pada kasus *sectio caesaria*, demam tifoid dan partus normal, yaitu penggunaan *clinical pathway* yang ada atau terdokumentasikan dalam rekam medis keperawatan.
- b. Mencatat data yang diperoleh yaitu hasil wawancara dengan partisipan, kemudian membuat transkripsi dengan merubah dari rekaman suara menjadi bentuk tertulis.
- c. Membaca hasil secara berulang kali dari semua partisipan, sehingga peneliti dapat lebih memahami pernyataan-pernyataan yang disampaikan oleh partisipan terkait dengan implementasi *clinical pathway* serta *unit cost*.
- d. Setelah peneliti mampu memahami pengalaman dari partisipan, selanjutnya peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara kemudian dipilih pernyataan-pernyataan penting yang sesuai dengan tujuan khusus peneliti, sehingga dapat dipilih kata kunci dan diberi tanda seperti huruf tebal.
- e. Pernyataan penting yang telah dipilih tadi dibaca kembali untuk ditentukan makna dari setiap kata kunci sehingga memudahkan peneliti dalam membentuk kategori.

- f. Mengelompokkan data kedalam berbagai kategori untuk selanjutnya dipahami secara utuh dan menentukan tema utama yang muncul.
- g. Mengintegrasikan hasil secara keseluruhan kedalam bentuk deskripsi naratif mendalam tentang penerapan *clinical pathway*.
- h. Peneliti kembali ke partisipan untuk klarifikasi data hasil wawancara berupa transkrip yang telah dibuat, untuk memberikan kesempatan kepada partisipan menambahkan informasi yang belum diberikan pada saat wawancara pertama atau ada informasi yang tidak ingin dipublikasikan dalam penelitian.
- i. Menggabungkan data yang muncul selama validasi ke dalam transkrip yang telah disusun peneliti berdasarkan pernyataan partisipan.

Kemudian dilakukan evaluasi menggunakan *Realist Evaluation* dimana 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).

Prosedur analisis *Realist Evaluation* :

1. Mengidentifikasi Teori program. Teori program menjelaskan bagaimana elemen-elemen suatu intervensi (baik itu dalam bentuk program, strategi ataupun kebijakan) akan berkontribusi dalam menghasilkan output yang diinginkan

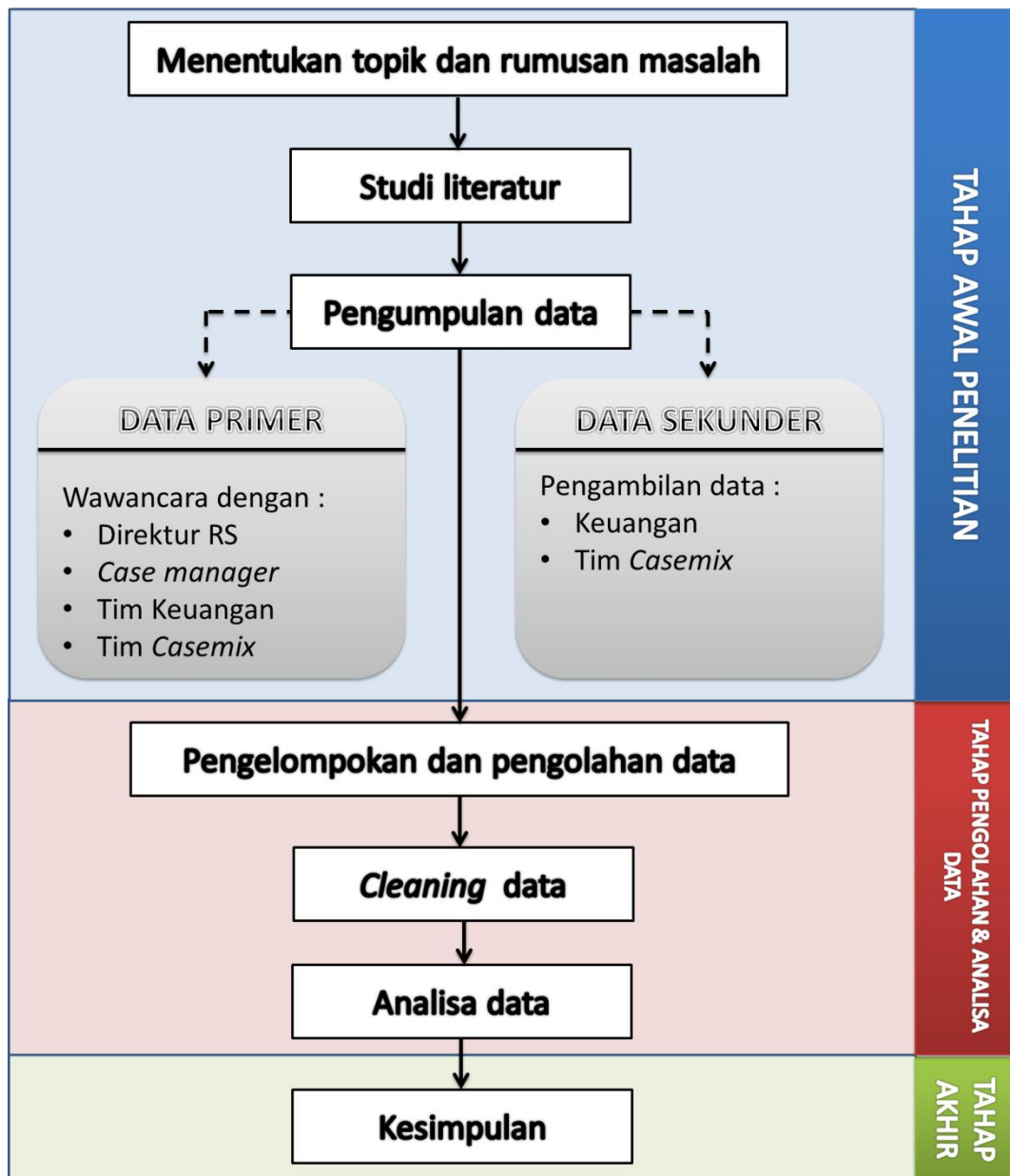
2. Dilakukan pengumpulan data kualitatif yang kemudian hasil data dikelompokkan kedalam input-proses-output
3. Evaluator kemudian mengidentifikasi pola *outcome* kemudian menganalisis apa saja mekanisme yang muncul sehingga *outcome-outcome* tersebut dapat dihasilkan oleh intervensi yang sedang dievaluasi.
4. Langkah terakhir dari analisis adalah menghasilkan konfigurasi C-M-O yang paling dapat menjelaskan pola-pola luaran/*outcome* program yang didapatkan dari hasil observasi dengan melihat komponen penerapan *clinical pathway* serta penetapan *unit cost* tiap kasus.

3. Keabsahan Data

Untuk menguji keabsahan data pada penelitian kualitatif ini maka peneliti akan melakukan uji kredibilitas data. Dengan tahapan menurut (Sugiyono, 2011) sebagai berikut :

- a. Triangulasi, dengan melakukan pengecekan data dari berbagai sumber dalam berbagai cara dan waktu.
- b. Menggunakan referensi, yaitu adanya pendukung semacam bukti rekaman.
- c. *Member check*, yaitu peneliti melakukan pengecekan kembali data kepada pemberi data.

F. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

G. Etika Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan lembar kesediaan sebagai informan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Sejarah Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Terletak di Kota Bontang yang memiliki luas wilayah 497,57 km², Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang berada di bagian Utara Kota Bontang. Rumah sakit umum kelas C yang mempunyai luas area 54.931 m² ini semula berawal dari Klinik First Aid untuk proyek pabrik PT Pupuk Kalimantan Timur tahun 1979. Setelah pabrik Kaltim 1 PT Pupuk Kalimantan Timur resmi beroperasi di tahun 1981 maka Klinik ini menjadi bagian dari Departemen Kesehatan dan menempati gedung baru yang diresmikan oleh Ibu Tien Soeharto selaku Ibu Negara kala itu. Pada tanggal 10 Agustus 1990, Rumah Sakit Pupuk Kaltim resmi menjadi rumah sakit swadana dengan bernaung di bawah Yayasan Rumah Sakit Pupuk Kaltim (YRS) dengan tujuan melayani karyawan dan keluarga besar PT Pupuk Kalimantan Timur pada khususnya serta masyarakat Kota Bontang pada umumnya.

Era baru bagi Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang hadir sejak diundangkannya UU no 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Semula Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang berjenis rumah sakit publik dibawah naungan Yayasan Rumah sakit berubah menjadi rumah sakit privat. Di tahun 2011, dibentuklah PT Kaltim Medika Utama sebagai Pengelola RS

Pupuk Kaltim dengan pemegang saham Yayasan Rumah Sakit dan Koperasi Karyawan Rumah Sakit Pupuk Kaltim. Saat ini RS Pupuk Kaltim telah terakreditasi paripurna dengan nomer sertifikat KARS-SERT/444/VII/2020.

2. Visi, Misi, Motto dan Nilai Budaya

a. Visi : Menjadi rumah sakit terbaik di Kalimantan Timur dengan standar Nasional.

b. Misi :

- 1) Respek dalam pelayanan
- 2) Safety pasien dan menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja
- 3) Peduli dan ramah lingkungan
- 4) Komunikatif dan informatif dalam melaksanakan pelayanan
- 5) Tepat aksi dalam semua tindakan

c. Motto : Personal dan Profesional

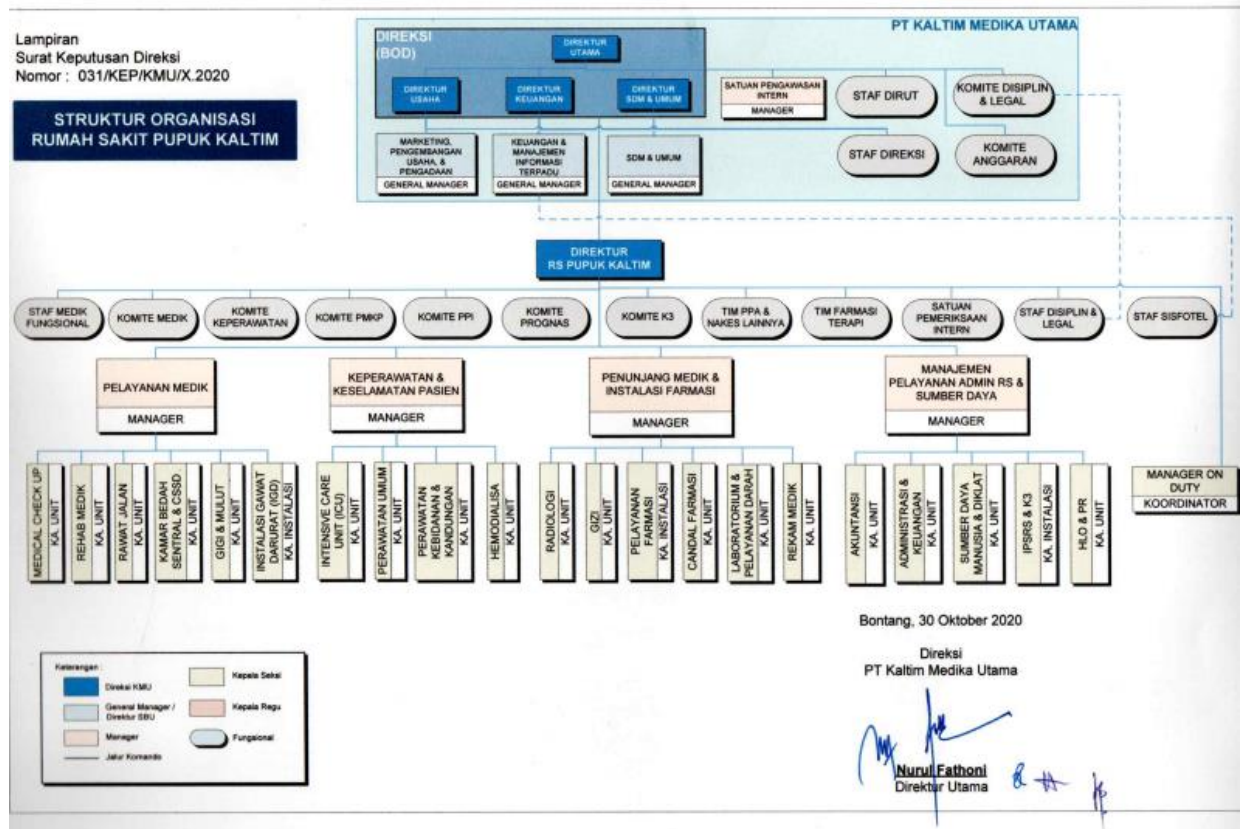
d. Nilai Budaya :

- 1) Kompeten
- 2) Integritas
- 3) Tanggung jawab
- 4) Adil
- 5) Peduli
- 6) Manusiawi

Dapat disingkat menjadi “Kita Peduli & Manusiawi”

3. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Rumah Sakit Pukup Kaltim Bontang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direksi Nomer 031/KEP/KMU/X/2020.



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Pukup Kaltim Bontang

4. Fasilitas Pelayanan

a. Pelayanan Medis dan Keperawatan

1. Instalasi Gawat Darurat, Ponok dan *Triage* Covid-19
2. Kamar Operasi dan CSSD
3. Klinik Gigi dan Mulut

4. Klinik Umum
5. Klinik Anak
6. Klinik Obsgyn
7. Klinik Penyakit Dalam
8. Klinik Bedah
9. Klinik Jantung
10. Klinik Mata
11. Klinik THT
12. Klinik Anaesthesi
13. Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin
14. Klinik Neurologi
15. Klinik Kebidanan
16. Klinik Paru
17. Klinik Psikologi
18. Klinik Tumbuh Kembang
19. Klinik Orthopaedi
20. Klinik Urologi
21. Klinik Laktasi
22. Klinik Keterapian Fisik dan rehabilitasi Medik
23. Klinik Radiologi
24. Klinik Gizi
25. Klinik Vaksinasi
26. Hemodialisa

27. Perawatan Kebidanan dan Kandungan

28. Perawatan Umum

29. ICU/ICCU

30. Kamar Bersalin

31. Perinatologi

Tabel 4.1 Fasilitas Perawatan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Nama Ruangan	VIP	UTAMA	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3	ISOLASI	HCU	TOTAL
Bougenville	1	1	11	-	-	-	-	13
Catelya	-	-	3	16	-	-	-	19
Dahlia	1	-	-	13	12	2	2	30
Edelweis	1	1	5	8	5	-	-	20
Flamboyan (perina)	1	-	5	5	3	-	-	14
ICU	-	-	2	2	-	-	-	4
Total	4	2	26	44	20	2	2	100

Sumber : Data Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

b. Penunjang

1. Laboratorium 24 Jam
2. Radiologi 24 Jam
3. Pelayanan Gizi
4. Pendaftaran dan Rekam Medis
5. Instalasi Farmasi
6. *Medical Check Up*
7. Pelayanan Anak Berkebutuhan Khusus dan *Home Care*
8. Instalasi Pengolahan Air Limbah dan *Laundry*
9. *Ambulance* 24 Jam
10. Pemulasaraan Jenazah

11. ATM Centre (AIDS, Tuberculosis, Malaria Centre)

c. Fasilitas lainnya

1. CT Scan 128 Slice
2. Dental X-ray, Panoramic
3. Mammography
4. Audiometri
5. Laboratorium PCR
6. USG
7. Ventilator
8. Spirometri
9. Treadmill dan EKG
10. Endoscopy Hidung
11. Holter Monitoring
12. EMG
13. Tonometri Slit Lamp Biomicroscope
14. Funduscopy Direct dan Indirect
15. Phacoemulsifikasi
16. Kantin
17. Masjid
18. Area Parkir
19. Butik PRISKI
20. Pojok Laktasi
21. Pojok Bermain

22. PATAS

23. Mobil Jenazah

B. Hasil Penelitian

1. Implementasi *Clinical Pathway*

Sesuai dengan alur penelitian yang telah tertuang dalam bab sebelumnya, peneliti memulai dengan mengumpulkan sampel diagnosa Demam Tifoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria*. Data Sekunder ini peneliti dapatkan dari Tim *Casemix* dengan menarik data yang ada di sistem rumah sakit untuk kemudian dilakukan pembersihan data oleh peneliti dengan memisahkan sampel yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi sesuai dalam bab sebelumnya. Selain itu data juga didapatkan dari wawancara dan observasi di lingkungan rawat inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

Tabel 4.2 Gambaran implementasi *Clinical Pathway* pada kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Diagnosa	Memiliki <i>Clinical Pathway</i>		Sesuai <i>Clinical Pathway</i>		Tidak Sesuai <i>Clinical Pathway</i>		Total Pasien	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Demam Tyhpoid	142	100	137	96.48	5	3.52	142	100
Partus Normal	184	100	164	89.13	20	10.87	184	100
<i>Sectio Caesaria</i>	95	100	69	72.63	26	27.37	95	100

Sumber : Data Primer RS Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan hasil observasi dan pengumpulan data peneliti diketahui bahwa 100% sampel penelitian dengan diagnosa Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* telah dilengkapi

dengan pengisian *Clinical Pathway*. Pada kasus Demam Thypoid sebanyak 96,48% sesuai *Clinical Pathway*, kasus Partus Normal sebanyak 89,13% dan pada kasus *Sectio Caesaria* sebanyak 72,63%.

Pada observasi kali ini peneliti melihat juga jumlah kasus eksklusi dengan melihat ketidaksesuaian Length Of Stay (LOS) perawatan dengan *Clinical Pathway* dan didapatkan data kasus Demam Thypoid 3,52%, Partus Normal 10,87% dan *Sectio Caesaria* 27,37%.

2. Faktor yang mempengaruhi Implementasi *Clinical Pathway*

Dalam mencari faktor yang mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway* serta *unit cost* dan profitabilitas rumah sakit dihubungkan dengan INA-CBGs, peneliti memilih obyek penelitiannya di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada bulan Juni 2019. Informan yang menjadi sasaran dipilih sesuai dengan kebutuhan analisa dari peneliti. Informan dalam penelitian ini antara lain Pimpinan Rumah Sakit Pupuk Kaltim bontang, Ketua Komite Medis Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang, Manajer Pelayanan Medis, Manajer Keperawatan, Tim Casemix, Manajer Penunjang Medis, Manajer Sisfotel dan staf serta perwakilan petugas fungsional.

Tabel 4.3 Tabel karakteristik informan dalam wawancara mendalam di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada bulan Juni 2019

No	Inisial Informan	Usia (tahun)	Pendidikan	Jabatan
1.	DL	49	S1	Direktur RS PKT Bontang
2.	WN	49	S1	GM Keuangan PT KMU
3.	EDS	52	S1	Manajer Sisfotel PT KMU
4.	HM	44	S1	Manajer Pelayanan Medis RS PKT Bontang
5.	RBT	46	S1	Manajer Penunjang Medis dan Instalasi Farmasi RS PKT Bontang
6.	SR	52	S1	Manajer Keperawatan RS PKT Bontang
7.	RH	43	D3	Manajer SDM dan Keuangan RS PKT Bontang
8.	MF	40	S2	Ketua Komite Medik RS PKT Bontang; DPJP
9.	GS	40	S1	Kasie Sisfotel PT KMU
10.	PA	32	S1	Tenaga Medis Fungsional
11.	TK	42	D3	Tenaga Medis Fungsional
12.	RM	36	D3	Staf Rekam Medis dan casemix

Sumber : RS Pupuk Kaltim Bontang, 2019

Total informan untuk wawancara mendalam pada penelitian ini sebanyak 12 orang dengan 7 Orang perempuan (58%) dan 5 orang laki-laki (42%). Dalam wawancara ini usia rata-rata informan adalah 43 tahun dengan usia paling tua adalah 52 tahun dan paling muda 32 tahun.

Pada wawancara mendalam dengan informan peneliti melakukan pendekatan menggunakan teori dari George C Edward III untuk mendapatkan data kualitatif mengenai sejauh mana *clinical pathway* diimplementasikan, dipahami dan dievaluasi serta

kebijakan-kebijakan yang mendukung sehingga dapat diketahui bagaimana profitabilitas suatu usaha di RS Pupuk Kaltim Bontang.

Dalam teorinya, George C Edward III menyampaikan bahwa implementasi kebijakan dapat dilihat dari beberapa factor yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi serta struktur birokrasi. Adapun hasil yang peneliti dapatkan adalah sebagai berikut:

a. Komunikasi

Dalam memberlakukan suatu kebijakan faktor komunikasi sangat memegang peranan. Sejauh mana *clinical pathway* disosialisasikan ke antar unit sebagai fungsi untuk mengefisienkan biaya dan lama rawat di rumah sakit. Proses penyampaian informasi ini sangat memegang peranan penting.

Berikut kutipan wawancara dengan beberapa informan yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

“..... tentunya CP (clinical pathway) ini setelah dibahas di tim komite medik dilakukan sosialisasi ke unit terkait. Selain melalui rapat komite juga saat meeting klinik.kendala tetap ada namun selalu diingatkan terus agar terisi dengan baik.” (MF, 40 tahun)

Hal ini juga sejalan dengan yang disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

“.... Saat meeting clinic dilaporkan terkait hasil evaluasi tim komite medis terhadap implementasi clinical pathway juga sosialisasi terhadap kebijakan baru.” (DL, 49 tahun)

Selain proses penyampaian informasi teori George C Edward III dalam hal komunikasi juga membahas tentang bagaimana kejelasan sebuah informasi dapat tercapai atau dimengerti. Adapun terkait kejelasan dalam mencapai profitabilitas rumah sakit dengan menjalankan *clinical pathway* didukung dari kutipan wawancara sebagai berikut:

“.... Harus dilakukan dok untuk pengisian CP ini karena biar ga rugi kalau merawat pasien BPJS.” (PA, 32 tahun)

Informan lain mengutarakan hal yang sama, yaitu :

“.... Beberapa ada yang masih kosong dok, jadi kita ingatkan lagi untuk mengisi.” (TK, 42 tahun)

Kendala dalam komunikasi dalam teori ini adalah konsistensi. Peneliti coba menggali ke beberapa informan dengan hasil sebagai berikut:

“... kadang lupa isi, jadi dikembalikan untuk dilengkapi karena perlu untuk evaluasi biaya di pelayanan paket BPJS.” (SR, 52 tahun)

“... yang agak lama membuat review utilisasi pelayanan karena beberapa dokumen harus dilengkapi dulu dok.” (RM, 36 tahun)

“... evaluasi dilakukan berkala untuk CP yang sudah ada.” (MF, 40 tahun)

Dari beberapa informan yang diwawancarai oleh peneliti dapat diketahui bahwa personil yang ada di rumah sakit telah memahami tujuannya namun masih ada kendala dalam hal konsistensi dalam pengisian.

b. Sumber Daya

Suatu implementasi kebijakan selain dipengaruhi bagaimana proses komunikasi atau sosialisasinya juga dipengaruhi oleh faktor sumber daya. Bagaimana sumber daya yg berhubungan dengan kualitas tenaga profesionalnya mampu menerima dan menjalankan informasi. Jumlah sumber dayanya memadai untuk menjalankan kebijakan yang sudah ditentukan beserta dukungan ketersediaan fasilitas yang ada. Berikut petikan hasil wawancara dengan pihak yang terkait :

1. Kuantitas

Wawancara dengan Manajer Keperawatan, peneliti menyimpulkan bahwa sumber daya manusia memadai.

“.... Kami mempunyai personil yang penjadwalannya sudah ditentukan di masing-masing ruangan. Jika kondisi pasien cukup banyak maka pola call out masih sangat dimungkinkan.” (SR, 52 tahun)

Selain unit keperawatan, peneliti juga melakukan wawancara dengan anggota tim casemix.

“.... Di tim ini saya melakukan koding untuk rawat inap, rawat jalan dilakukan oleh personil lain. Masing-masing dari kami mempunyai target untuk segera menyelesaikan pengkodingan.” (RM, 36 tahun)

2. Kualitas

Ketersediaan personil yang memadai akan lebih baik jika ditunjang dengan kualitas sumber daya manusia yang

baik pula sehingga implementasi suatu kebijakan dapat berlangsung secara efektif dan efisien.

Berikut salah kutipan dari informan yang peneliti temui:

“..... kami semua telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang penerapan clinical pathway di era JKN.” (PA, 32 tahun)

“... pernah studi banding dok ke rs pelni terkait casemix di era JKN... kami tim rekam medis dan keuangan yang berangkat.” (RM, 36 tahun)

Hal senada juga diutarakan oleh General Manajer Keuangan PT KMU

“..... di awal kita dulu mengikuti program JKN kami melakukan studi banding dok. Untuk kualitas SDM kita insyaallah mereka sangat menguasai tentang casemix dan clinical pathway ini.” (WN, 49 tahun)

3. Fasilitas

Kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang mencukupi tidaklah cukup suatu implementasi kebijakan dapat berjalan dengan baik. Faktor fasilitas turut mendukung sejauh mana kebijakan dapat dijalankan dengan efektif dan efisien. Peneliti melakukan wawancara dengan informan terkait dukungan organisasi akan terpenuhinya fasilitas tersebut.

“....formulir pengisian clinical pathway sudah ada dalam bundle rekam medis pasien dok, jadi kami tinggal mengisinya saja.” (TK, 42 tahun)

Anggota tim komite medis rumah sakit juga memberikan informasi yang serupa:

“... kami pernah menyediakan terpisah dari rekam medis pasien tapi kadang lupa saat dibawa ke rekam medis. Jadi sekarang kami jadikan satu. kami juga mereview bentuk form isiannya, kami buat sesimpel mungkin agar memudahkan petugas yang mengisi dok.” (PA, 32 tahun)

4. Kewenangan

Dalam pelaksanaan kebijakan pembagian wewenang sangat memudahkan dalam koordinasi. Informan yang peneliti wawancara telah memahami wewenangnya dalam siklus harian tugasnya.

“.....kalau ada yang belum diisi dok, saya sendiri yang mengingatkan supaya kami mudah mereviewnya dan kami tembuskan ke tim komite medis.” (RM, 36 tahun)

“....saya yang mengingatkan sejawat jika ada yang lupa atau tidak tertib dalam pengisian clinical pathway nya.” (PA, 32 tahun)

Berdasarkan wawancara dengan informan peneliti melihat bahwa tiap informan paham akan tugas dan wewenangnya. Dengan kewenangan yang ada, informan atau petugas dapat melakukan langkah antisipasi jika sesuatu hal tidak berjalan sesuai dengan kebijakan yang sudah ditentukan oleh pimpinan organisasi.

c. Disposisi

Sudut pandang penulis tentang disposisi adalah sejauh mana komitmen setiap petugas dalam menjalankan kebijakan. Pimpinan unit atau organisasi selayaknya membekali dengan suatu kebijakan, namun sejauh mana standar operasional dan kebijakan ini dapat berjalan dengan baik dipengaruhi oleh komitmen semua petugas.

“....kadang teman-teman ada keluhan sekarang dokumen yang harus diisi menjadi banyak sehingga kalau pasien banyak cukup menyita waktu.” (TK, 42 tahun)

Manajer Keperawatan mengungkapkan hal yang senada:

“....saya yang rewel dan selalu mengingatkan agar status pasien harus diisi lengkap. Masih saja ada yang kosong di beberapa isian.banyak memang yang harus diisi.. kan akreditasi juga minta. Perlu sering sosialisasi dan inhouse training. Biar ingat terus.” (SR, 52 tahun)

Dari hasil wawancara peneliti melihat ada budaya yang sangat bagus dari beberapa petugas. Komitmen dan tanggung jawab atas pekerjaan sangatlah diperlukan terlepas dari ada atau tidaknya reward oleh perusahaan. Namun tidak dipungkiri bahwa masih ada beberapa pelaksana yang mengeluhkan tugasnya.

d. Struktur Birokrasi

Dalam keberhasilan suatu implementasi kebijakan tidak cukup bermodalkan jumlah sumber daya manusia yang berkualitas, berkomitmen dan bertanggung jawab serta fasilitas yang memadai saja. Adanya kebijakan, pedoman maupun standar prosedur operasional yang ditetapkan pimpinan organisasi dan disosialisasikan ke seluruh pelaksana sangatlah penting. Lemahnya struktur birokrasi dalam hal ini standar prosedur operasional maupun kebijakan akan membuat implementasi kebijakan tidak berhasil.

Ketua Komite Medis dalam wawancaranya menegaskan bahwa Standar Prosedur Operasional sudah ada.

“.....kami sudah buat SPOnya dok, agar sejawat dilapangan mampu menjalankan dengan tertib.” (MF, 40 tahun)

Di Bagian Keuangan juga memberikan pandangan tersendiri terkait Standar Prosedur Operasional ini:

“....kami dalam melakukan review utilisasi layanan terhadap tarif Ina-CBGs juga sesuai SPO nya. Kami selalu ingatkan tim casemix agar detail dan optimal dalam pengkodean, jadi penagihan ke BPJS bisa optimal..... beberapa diagnosa tertentu, hasil review kami merugi. Pembayaran BPJS tidak cukup menutup biaya rumah sakit.” (WN, 49 tahun)

Dari wawancara mendalam yang peneliti lakukan kepada para informan, dapat diketahui ada beberapa hal yang belum optimal dalam implementasi kebijakan dan penerapan *clinical pathway* maupun faktor biaya. Dari parameter input, tidak ada

kendala berarti dari sisi sarana dan sumber daya manusia baik jumlah dan kualitasnya. Beberapa permasalahan terpetakan di kategori proses. Tantangan yang paling nyata adalah konsistensi dan merasa pekerjaan yang terlalu banyak harus diisi dalam berkas rekam medis.

3. Profitabilitas Rerata Tarif Rumah Sakit, *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.

Secara garis besar komponen biaya yang tertuang dalam laporan laba rugi rumah sakit adalah : HPP obat dan alkes, Beban obat dan alkes operasional, beban pemeriksaan diluar, beban gaji, beban insentif, beban bonus dan tantiem, beban administrasi, beban umum, beban pemeliharaan serta beban penyusutan dan amortisasi. Untuk komponen yang ditagihkan kepada pasien dan menjadi biaya dalam catatan keuangan rumah sakit dicatat dalam *billing* pasien sesuai tindakan yang diberikan.

Dari gambaran diatas pengelompokan biaya dapat dibagi menjadi biaya tetap dan biaya variabel. Seperti yang dapat terlihat dari tabel dibawah ini:

Tabel 4.4 Kelompok Biaya Tetap di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No	Pos Biaya	Nilai
1	Biaya Penyusutan & Amortisasi	2,314,346,091
2	Biaya Bank	9,993,235
3	Gaji	25,079,487,757
4	Insentif Jasa	15,239,325,280
5	Bonus dan tantiem	1,536,138,792
	Total	44,179,291,155

Sumber : Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Pada pos biaya penyusutan dan amortisasi terdiri dari biaya penyusutan gedung, asrama dokter, alat kantor, alat rumah tangga, kendaraan dan alat kesehatan yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang.

Gaji pada tabel diatas merupakan kumpulan akun biaya berupa upah pokok, tunjangan tetap, tunjangan tidak tetap dan kesejahteraan karyawan. Yang termasuk dalam kesejahteraan karyawan antara lain tunjangan hari tua, tunjangan dana pension, penghargaan masa bakti, pesangon dan pengobatan karyawan.

Tabel 4.5 Kelompok Biaya Variabel di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No	Pos Biaya	Nilai
1	Biaya Umum	10,309,286,829
2	Pemeliharaan	4,141,784,897
3	Administrasi	3,007,809,536
4	Pemeriksaan luar	840,129,457
5	Obat dan Alkes	17,628,761,849
6	HPP obat dan Alkes	14,871,125,455
	Total	50,798,898,023

Sumber : Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan tabel diatas pengelompokan biaya umum di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang terdiri dari biaya sewa rumah, sewa kendaraan, iklan, laundry, listrik, air, keringanan berobat, perjalanan dinas, rekreasi dan olahraga, persiapan akreditasi dan biaya bahan bakar.

Kelompok biaya pemeliharaan terdiri dari pemeliharaan alat kesehatan, kendaraan, lingkungan, bangunan, alat kantor dan computer. Kelompok administrasi terdiri dari biaya alat tulis kantor, computer, cetakan, pos, telepon, peralatan kantor, fotokopi, perijinan, pelatihan, koran serta biaya asuransi kendaraan dan asuransi resiko medis.

Pemeriksaan diluar merupakan pos biaya yang timbul akibat merujuk layanan yang tidak bisa dilakukan di internal rumah sakit. Sedangkan Pos Biaya HPP obat adalah biaya atas pendapatan yang didapat dari rawat jalan. Kelompok biaya obat merupakan biaya atas pendapatan di unit rawat inap sedangkan biaya alkes adalah biaya atas operasional bahan habis pakai di unit rawat inap dan rawat jalan rumah sakit.

Berdasarkan data-data kelompok biaya pada dua tabel diatas, peneliti mencoba menghitung biaya riil dari kasus *sectio caesaria*, demam tifoid dan partus normal. Data biaya tersebut diolah dengan program dan didistribusikan ke masing-masing aktifitas yang ada di rumah sakit.

Setelah didapatkan nilai *unit cost*, peneliti melihat *clinical pathway* masing-masing kasus dan memberikan nilai di poin bertanda (+) yang dapat dikonversikan menjadi nilai rupiah dari setiap *clinical pathway*.

Tabel 4.6 Komponen Biaya Demam Tifoid berdasarkan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No.	Transaksi	Jumlah	Real Cost
Asesmen Klinis			
1	Visite Dokter	5.00	330,000
		Sub Total	330,000
Pemeriksaan Penunjang			
2	Darah Rutin	1.00	60,600
3	Widal	1.00	36,000
4	SGOT / SGPT	2.00	51,600
		Sub Total	148,200
Tindakan			
5	Pasang IVFD	1.00	18,000
6	Lepas IVFD	1.00	18,000
		Sub Total	36,000
Obat-obatan			
7	Ceftriaxone	6.00	85,500
8	Paracetamol	5.00	114,000
9	Ondancentron	15.00	123,255
10	Cefalosporin	2.00	91,000
		Sub Total	413,755
11	Nutrisi	5	180,000
12	Asuhan Keperawatan	5	177,500
		Sub Total	357,500
TOTAL			1,285,455

Sumber: Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Adapun nilai *real cost* yang didapat dari *Clinical Pathway* Demam Tifoid (lampiran 8) sebesar Rp. 1,285,455.00 yang terdiri dari komponen biaya Asesmen Klinis sebesar Rp. 330,000.00 atas biaya visite dokter spesialis penyakit dalam, komponen biaya

pemeriksaan penunjang darah rutin, widal serta SGOT dan SGPT sebesar Rp. 148,200.00, Komponen biaya jasa pemasangan dan pelepasan infus sebesar Rp.36,000.00, komponen biaya obat-obatan sebesar Rp. 413,755.00 dan terakhir biaya makan pasien dan asuhan keperawatan sebesar Rp. 357,500.00.

Tabel 4.7 Komponen Biaya *Sectio Caesaria* berdasarkan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Puduk Kaltim Bontang Tahun 2018

No.	Transaksi	Jumlah	Real Cost
Asesmen Klinis			
1	Visite Dokter SpOG	5.00	330,000
2	Konsul Dokter Anestesi	1.00	66,000
3	Konsul Dokter Anak	2.00	132,000
		Sub Total	528,000
Pemeriksaan Penunjang			
4	Darah Rutin	1.00	60,600
5	BT / CT	2.00	40,320
6	HbsAg	1.00	56,400
7	CTG	3.00	321,000
		Sub Total	478,320
Tindakan			
8	Pasang IVFD	1.00	18,000
9	Lepas IVFD	1.00	18,000
10	Dower Cateter	1.00	31,066
11	Aff Dower Cateter	1.00	31,066
12	Pemeriksaan Dalam	1.00	28,000
		Sub Total	36,000
Obat-obatan			
13	Ceftriaxone	1.00	7,950
14	RL	1.00	36,000
15	Oxytocin	1.00	9,051
16	Vitamin C inj	2.00	12,826
17	Ceftriaxone tab	2.00	22,000
18	Ketorolac tab	3.00	6,507
19	Cefadroxil tab	4.00	4,600
20	Asam Mefenamat	6.00	2922

(Bersambung)

Tabel 4.7 Komponen Biaya *Sectio Caesaria* berdasarkan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pukuk Kaltim Bontang Tahun 2018 (sambungan)

No.	Transaksi	Jumlah	Real Cost
21	SF	4.00	4,724
		Sub Total	106,580
22	Nutrisi	3	108,000
23	Konsultasi Laktasi	2	100,000
24	Asuhan Keperawatan	3	106,500
		Sub Total	314,500
TOTAL			1,463,400

Sumber: Data Keuangan Rumah Sakit Pukuk Kaltim Bontang

Untuk nilai *real cost sectio caesaria* berdasarkan lembar clinical pathway didapat nilai sebesar Rp. 1,463,400.00 yang terdiri dari kelompok asesmen klinis berupa visite dokter penanggung jawab pasien, biaya konsultasi dokter spesialis anestesi dan biaya konsul dokter spesialis anak sebesar Rp. 528,000.00 dan komponen pemeriksaan penunjang untuk pemeriksaan darah rutin, waktu pembekuan dan pendarahan, HbsAg dan pemeriksaan kondisi janin sebesar Rp. 478,320.00. selain dua komponen diatas masih ditambahkan komponen biaya jasa pemeriksaan oleh bidan dan pemasangan kateter oleh perawat sebesar Rp. 36,000.00, biaya obat-obatan sebesar Rp. 106,580.00, biaya makan pasien, konsultasi laktasi dan asuhan perawatan sebesar Rp. 314,000.00.

Tabel 4.8 Komponen Biaya Partus Normal berdasarkan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No.	Transaksi	Jumlah	Real Cost
Asesmen Klinis			
1	Visite Dokter SpOG	5.00	330,000
2	Konsul Dokter Anak	2.00	132,000
		Sub Total	462,000
Pemeriksaan Penunjang			
3	Darah Rutin	1.00	60,600
4	BT / CT	2.00	40,320
5	HbsAg	1.00	56,400
6	CTG	3.00	321,000
		Sub Total	478,320
Tindakan			
7	Pasang IVFD	1.00	18,000
8	Lepas IVFD	1.00	18,000
9	Pendampingan persalinan	1.00	43,000
10	Pemeriksaan Dalam	1.00	28,000
		Sub Total	107,000
Obat-obatan			
11	Pospargin	1.00	6,050
12	Oxytocin	1.00	9,051
13	Amoxicillin	3.00	3,678
14	Asam Mefenamat	3.00	1,461
15	SF	2.00	2,362
		Sub Total	22,602
16	Nutrisi	2	72,000
17	Konsultasi Laktasi	1	50,000
18	Asuhan Keperawatan	2	71,000
		Sub Total	193,000
TOTAL			1,262,922

Sumber: Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Clinical pathway yang terakhir dilihat besaran biaya *real cost* nya adalah partus normal. Setelah dikonversikan semua tanda (+) dengan nilai rupiah didapatkan total biaya sebesar Rp. 1,262,922.00. nilai ini terbagi dalam beberapa komponen biaya, antara lain biaya asesmen medis untuk visite dokter penanggung

jawab pasien dan konsul ke spesialis anak sebesar Rp. 462,000.00, komponen pemeriksaan penunjang darah rutin, waktu pembekuan dan perdarahan, HbsAg dan pemeriksaan janin sebesar Rp. 478,320.00, biaya tindakan oleh bidan dan perawat sebesar Rp. 107,000.00, biaya obat-obatan sebesar Rp. 22,000.00, biaya makan pasien, konsultasi menyusui dan asuhan keperawatan sebesar Rp. 193,000.00.

Lembar *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang tidak memperlihatkan komponen biaya riil yang timbul atas layanan yang diterima oleh pasien baik jasa pemeriksaan maupun bahan medis habis pakai. Seperti data pada tabel 4.6, tabel 4.7 dan tabel 4.8 diatas dapat dilihat bahwa komponen biaya yang disajikan hanyalah atas biaya jasa, biaya pemeriksaan penunjang dan biaya obat saja. Didalam *clinical pathway* Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang sebagian besar berisi ceklis untuk melihat apakah tindakan klinis yang seharusnya didapatkan pasien sudah dilakukan atau belum oleh dokter ataupun perawat dan bidan. Tidak terlihat komponen biaya jasa tindakan di beberapa unit layanan serta biaya BMHP selama perawatan. Kolom Jumlah Biaya yang ada di form tersebut, diisi oleh petugas dari total billing sesuai tarif rumah sakit selama pasien dirawat yang dilihat dari sim layanan.

Berdasarkan kondisi diatas maka peneliti mencoba melihat data komponen biaya secara riil atas layanan yang diterima oleh pasien selama dalam perawatan sesuai masing-masing kasus.

Sebagai contoh peneliti akan sajikan komponen biaya riil perawatan kelas 2 pada masing-masing kasus seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.9 Komponen Biaya Partus Normal di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
Administrasi				
1	Adm. Rawat Inap	1.00		149,050
2	Biaya Pendaftaran	1.00		8,500
		Sub Total		157,550
Perawatan Kebidanan				
3	Toilet Vagina	1.00		35,500
4	Asuhan Keperawatan Parsial / hari	2.00		76,000
5	Pemeriksaan/ Visite Dr Spes.Obsgyn	2.00		132,000
6	Makan Pasien/ Hari	2.00		72,000
7	Tarip Kamar Perawatan Kelas II	2.00		250,000
8	Kendil	1.00		48,000
		Sub Total		613,500
Farmasi				
9	Disp syring 10 ml	1.00	Ea	1,860
10	Disp syring 5 ml	4.00	Ea	5,770
11	Disp syring 3 ml	4.00	Ea	5,284
12	Disp syringe 1 cc tuberculin	2.00	Ea	2,666
13	Suction Catheter No. 8 (40cm)	2.00	Ea	8,301
14	IV Catheter Troge Sine 18 G	1.00	Ea	21,700
15	Blood transfusion set	1.00	Ea	5,914
16	Asam Mefenamat 500 mg	3.00	Tablet	2,989
17	Laktafit	15.00	Tablet	29,650
18	Sarung Tangan Non Steril	10.00	Pasang	10,640
19	Sarung tangan Steril	2.00	Pasang	36,320
20	Cefadroxil 500 mg	2.00	Kapsul	3,661

(Bersambung)

Tabel 4.9 Komponen Biaya Partus Normal di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018 (sambungan)

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
21	Diapers Dewasa	2.00	Ea	26,026
		Sub Total		160,781
22	BHP Tindakan Lain	1.00		56,500
23	BHP Partus	1.00		121,000
24	Suntik 1-3X / Hr (Jasa)	1.00		14,500
25	Asuhan Keperawatan Total / hari	1.00		112,666
26	Asistensi Tindakan Persalinan Normal	1.00		43,000
27	Heacting Perineum Intermediate (Jasa)	1.00		125,000
28	Persalinan Normal Oleh Bidan	1.00		363,000
29	Sewa VK Partus	1.00		255,000
30	Vagina Touche/ Pemeriksaan Gynecologis	1.00		36,500
31	Monitor CTG (Termasuk Jasa Pasang)	1.00		107,000
32	Penggunaan Kamar Bersalin	1.00		5,500
33	Observasi per Jam	3.00		22,000
34	Periksa Bidan/ Periksa Kb	1.00		28,000
35	Konsultasi Laktasi	1.00		50,000
		Sub Total		1,339,666
Total				2,271,497

Sumber : Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Untuk kasus partus normal dibagi dalam beberapa kelompok yaitu: Kelompok biaya administrasi yang meliputi administrasi rawat inap dan biaya pendaftaran. Kelompok biaya perawatan meliputi paket asuhan keperawatan, biaya makan per hari, biaya visite atau pemeriksaan dokter dan tarif kamar perawatan serta biaya per tindakan yang diberikan diluar paket asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dan biaya periksa dimasukkan karena didalam komponen tersebut ada nilai yang harus diberikan kepada perawat atau bidan dan juga dokter.

Kelompok berikutnya adalah biaya farmasi, yang terdiri dari semua bahan medis habis pakai yang diberikan kepada pasien saat di IGD maupun selama di ruang rawat inap serta obat-obatan pasien. Kelompok biaya yang terakhir adalah kelompok biaya yang dikeluarkan saat pasien di kamar bersalin meliputi biaya tindakan persalinan, biaya penjahitan perineum, penyuntikan, bahan medis habis pakai yang ada di kamar bersalin serta biaya sewa kamar bersalin.

Tabel 4.10 Komponen Biaya *Sectio Caesaria* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Berkas Tahun 2010				
No.	Transaksi	Jml		Real Cost
Administrasi				
1	Adm. Rawat Inap	1.00		149,050
2	Biaya Pendaftaran	1.00		8,500
		Sub Total		157,550
Perawatan Kebidanan				
3	Dressing Infus (termasuk alat)	1.00		18,000
4	Asuhan Keperawatan Parsial / hari	4.00		142,000
5	Pemeriksaan/ Visite Dr Spes.Obsgyn	3.00		198,000
6	Pemeriksaan/ Visite Dr Spes.Anestesi	1.00		66,000
7	Makan Pasien/ Hari	3.00		108,000
8	Ganti Balut Sedang	1.00		36,500
9	Aff Kateter Urine	1.00		31,066
10	Suntik 1-3X / Hr	3.00		43,500
11	Tarip Kamar Perawatan Kelas II	3.00		375,000
12	Kendil	1.00		38,400
		Sub Total		1,056,466
Farmasi				
13	Disp syring 10 ml	4.00	ea	7,440
14	Disp syring 5 ml	4.00	ea	5,770
15	Disp syring 3 ml	4.00	ea	5,284
16	Disp syringe 1 cc tuberculin	2.00	ea	2,666
17	Folley Catheter CH 16	1.00	ea	18,950

(Bersambung)

Tabel 4.10 Komponen Biaya Sectio Caesaria di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018 (sambungan)

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
18	IV Catheter Troge Sine 18 G	1.00	ea	21,700
19	Blood transfusion set	1.00	ea	5,914
20	Suction Catheter No. 8 (40cm)	2.00	ea	8,301
21	Metronidazol Infus	6.00	Botol	51,102
22	Cefxon Inj	2.00	Vial	481,280
23	Flamicort IA ID Inj	1.00	Vial	143,800
24	Topazol 40 mg Inj	1.00	Vial	168,968
25	Dexamethason 5 mg Inj	2.00	Ampul	6,374
26	Urine Bag Biasa	1.00	ea	9,600
27	Aquabidest Otsuka 25 ml	2.00	Botol	6,520
28	Ringer Laktat 500 ml	4.00	Botol	31,334
29	Sodium Chloride 100 ml	4.00	Botol	29,402
30	Injection Plug (onemed)	1.00	ea	2,131
31	Disp Stop Cock 3 Way (romsons)	1.00	ea	11,250
		Sub Total :		1,017,786
Laboratorium				
	Darah Rutin (automatic)	1.00		60,600
		Sub Total :		60,600
Kamar Bersalin				
32	Scern (termasuk alat)	1.00		11,000
33	Pasang kateter urine	1.00		50,000
34	Skin test (jasa)	1.00		10,000
35	Pengambilan darah vena untuk pemeriksaan	1.00		16,400
36	Induksi persalinan	1.00		71,500
37	Vagina Touche/ Pemeriksaan Gynecologis	2.00		73,000
38	Monitor CTG (Termasuk Jasa Pasang)	3.00		321,000
39	Penggunaan Kamar Bersalin	1.00		5,500
40	Periksa Bidan/ Periksa Kb	1.00		28,000
41	Konsultasi Laktasi	1.00		50,000
		Sub Total :		636,400
Kamar Operasi				
42	Volufen Inf	1.00	Botol	22,850
43	Sodium Chloride 100 ml	1.00	Botol	7,950
44	Amaplast	2.00	ea	1,637
45	Asam Tranexamat 500 mg Inj	2.00	Ampul	14,661

(Bersambung)

Tabel 4.10 Komponen Biaya Sectio Caesaria di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018 (sambungan)

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
46	Ondansentron 8 mg Inj (INF)	1.00	Ampul	8,720
47	Methylergometrin Inj	1.00	Ampul	4,650
48	Oxytocin 10 IU Inj	3.00	Ampul	9,051
49	Tradosik Inj	1.00	Ampul	22,866
50	Paracetamol Infus	1.00	Botol	22,800
51	Levica 50 mg Inj Spinal	0.50	Ampul	31,050
52	Chromic Apex 2/0 Cat 37L-2	1.00	ea	60,640
53	Surgion 3-0 PGC 26 - 3	1.00	ea	76,700
54	Surgion 1 PGT 50 L - 1B	1.00	ea	93,200
55	Surgion 2 PGT 50 L - 2B	1.00	ea	95,675
56	Nurse Cap	3.00	ea	2,749
57	Disp syring 10 ml	2.00	ea	3,720
58	Disp syring 5 ml	2.00	ea	2,885
59	Disp syring 3 ml	2.00	ea	2,642
60	Softex Maternity "10"	1.00	ea	2,460
61	Underpad Onemed 60x90	1.00	ea	6,850
62	Spinocan 26	1.00	ea	50,300
63	Disp Face Masker	10.00	ea	31,600
64	ECG Elektrode Lessa Dewasa	3.00	ea	13,868
65	Natrium Klorida 0,9% 500 ml	2.00	Botol	14,480
66	Ecodin 1 L	0.15	Botol	16,806
67	Surgical Blade No. 22	1.00	ea	5,146
68	Depper Cuci OK	6.00	ea	14,946
69	Sarung Tangan Steril No 7.5	2.00	Pasang	29,802
70	Sarung Tangan Steril No 6.5	2.00	Pasang	33,800
71	Kasa Hydropyl roll besar OK	1.00	ea	12,586
72	Kasa 30x30 cm 10 ply OK	2.00	Bungkus	47,944
73	Pemakaian Oxygen 2 lpm	120.00		10,944
74	Sewa Kamar Operasi Mayor	1.00		1,051,000
75	Jasa Tim Perawat Operasi Mayor	1.00		970,000
76	Jasa Anastesi Operasi Mayor	1.00		809,000
77	Jasa Operator Operasi Mayor	1.00		1,700,000
		Sub Total :		5,305,978
Total				8,234,780

Sumber: Data Keuangan Rumah sakit Pupuk Kaltim Bontang

Pada kasus *sectio caesaria* pembagian kelompok biaya hampir sama dengan partus normal namun ada kelompok tambahan yaitu kelompok biaya Laboratorium yang mencatat semua biaya pemeriksaan laboratorium serta kelompok biaya kamar operasi. Kelompok biaya kamar operasi ini meliputi semua biaya bahan medis habis pakai yang digunakan pasien dan petugas selama tindakan, obat-obatan yang digunakan di kamar operasi, sewa kamar operasi dan terakhir biaya atas jasa operator dan anastesi serta tim perawat.

Tabel 4.11 Komponen Biaya Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
Administrasi				
1	Adm. Rawat Inap	1.00		149,050
2	Biaya Pendaftaran	1.00		8,500
		Sub Total :		157,550
Perawatan				
3	Asuhan Keperawatan Ringan / hari	4.00	ea	106,000
4	Pemeriksaan/ Visite Dr Spes. P. Dalam	4.00	ea	264,000
5	Makan Pasien/ Hari	4.00	ea	144,000
6	Tarip Kamar Perawatan Kelas II	4.00	ea	500,000
7	Suntik 7-10X / Hr (Jasa)	1.00	ea	86,000
		Sub Total :		1,100,000
Farmasi				
8	Paracetamol infus	2.00	Botol	45,600
9	Omeprazole (G) Inj	6.00	Vial	86,553
10	Ondansentron 8 mg Inj (INF)	7.00	Ampul	58,240
11	Ceftriaxone 1 gr Inj	8.00	Vial	91,200
12	Natrium Klorida 0,9% 500 ml	12.00	Botol	91,680
13	Sodium Chloride 100 ml	8.00	Botol	63,600
14	Disp Face Masker	15.00	ea	52,500

(Bersambung)

Tabel 4.11 Komponen Biaya Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018 (sambungan)

No.	Transaksi	Jml		Real Cost
15	Sarung Tangan Non Steril M	43.00	ea	135,880
16	Alkohol Swabs	25.00	ea	10,200
17	Disp syring 10 ml	14.00	ea	24,178
18	Disp syring 5 ml	8.00	ea	11,536
19	Disp syring 3 ml	6.00	ea	7,122
20	Infusion Set Y	1.00	ea	5,480
21	Disp Syringe 1 cc tubercolin	1.00	ea	1,733
22	Otsucath no 24	2.00	ea	22,146
23	IV Catheter Troge Sine 22 G	2.00	ea	42,600
24	IV Catheter Troge Sine 20 G	2.00	ea	46,781
25	Disp Stop Cock 3 Way (romsons)	1.00	ea	11,250
26	Paracetamol tab	10.00	Tablet	4,104
27	Omeprazol 20 mg cap	10.00	Kapsul	6,928
28	Cefixime 200 mg	10.00	Kapsul	25,104
29	Disp Syringe Terumo 3 cc	2.00	ea	10,920
30	Disp Syringe Terumo 5 cc	2.00	ea	13,120
31	Disp Syringe Terumo 10 cc	2.00	ea	16,861
		Sub Total :		885,316
Laboratorium				
32	Pengambilan darah vena untuk pemeriksaan	2.00		16,400
33	Darah Rutin	2.00		121,200
34	SGOT	1.00		25,800
35	SGPT	1.00		25,800
		Sub Total :		189,200
Total				2,332,066

Sumber: Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Pada kasus demam tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pengelompokan biaya hanya terbagi menjadi kelompok biaya laboratorium, biaya obat dan bahan medis habis pakai, biaya administrasi serta biaya perawatan.

Berdasarkan pengelompokan komponen biaya diatas peneliti mendapatkan data total biaya yang dikeluarkan pasien per kasus yang telah memiliki *clinical pathway* dan kesesuaian dalam implementasinya berdasarkan *Length of stay* yaitu sebagai berikut: kasus partus normal dari semua kelas perawatan sebesar Rp. 552,961,378.00, kasus *sectio caesaria* semua kelas perawatan sebesar Rp. 805,445,172.00 dan kasus demam tifoid dari semua kelas perawatan sebesar Rp. 438,529,631.00.

Berdasarkan contoh biaya riil tiap kasus atas layanan yang didapat pasien dengan lama rawat sesuai dengan masing-masing *clinical pathway*, peneliti mendapatkan nilai minimum, maksimum dan rerata biaya riil perawatan.

Tabel 4.12 Nilai Minimum, Maksimum dan Rerata *Real Cost* Kasus Partus Normal, *Sectio Caesaria* dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Ruang Perawatan	Nilai	Partus Normal	<i>Sectio Caesaria</i>	Demam Tifoid
Kelas 3	Minimum	520,785	5,810,041	843,647
	Maksimum	2,564,301	8,825,227	2,203,978
	Rerata	1,779,879	6,777,889	1,539,409
Kelas 2	Minimum	1,788,840	1,677,938	903,676
	Maksimum	4,544,229	12,735,344	11,814,398
	Rerata	2,432,444	8,478,154	2,550,106
Kelas 1	Minimum	2,706,312	0	0
	Maksimum	3,365,041	0	0
	Rerata	3,092,389	0	0

Sumber: Data Keuangan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Dari tabel 4.12 diatas peneliti merangkum kembali ke dalam tabel perbandingan profitabilitas antara rerata *real cost*, rerata tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs untuk Partus Normal, *Sectio Caesaria* dan Demam Tifoid di RS Pupuk Kaltim Bontang yang lama rawatnya sesuai dengan *Clinical Pathway*.

Tabel 4.13 Perbandingan *Real Cost*, Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* kelas 3 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Diagnosa	Rerata <i>Real Cost</i>	Rerata Tarif Rumah Sakit	Tarif INACBGs	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata <i>Real Cost</i>	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata Tarif rumah sakit
	1	2	3	(3) - (1)	(3) - (2)
Partus Normal	1,799,879	2,649,447	1,634,200	(165,679)	(1,015,247)
<i>Sectio Caesaria</i>	6,777,889	9,860,228	5,109,500	(1,668,389)	(4,750,728)
Demam Tifoid	1,539,409	2,153,966	2,213,500	674,091	59,534

Sumber : Data RS Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan data pada tabel diatas, perbandingan biaya partus normal terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 165,679.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 1,015,247.00. Perbandingan biaya *Sectio caesaria* terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 1,668,389.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 4,750,728.00. Perbandingan Biaya Demam Tifoid terhadap INA-CBGs Untung sebesar Rp. 674,091.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs untung sebesar Rp. 59,534.00.

Tabel 4.14 Perbandingan *Real Cost*, Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* kelas 2 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018

Diagnosa	Rerata <i>Real Cost</i>	Rerata Tarif Rumah Sakit	Tarif INACBGs	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata <i>Real Cost</i>	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata Tarif rumah sakit
	1	2	3	(3) - (1)	(3) - (2)
Partus Normal	2,432,444	3,589,413	1,961,000	(471,444)	(1,628,413)
<i>Sectio Caesaria</i>	8,478,154	12,362,016	6,131,400	(2,346,754)	(6,230,616)
Demam Tifoid	2,550,106	3,533,161	2,656,200	106,094	(876,961)

Sumber : Data RS Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan data pada tabel diatas, perbandingan biaya partus normal terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 471,444.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 1,628,413.00. Perbandingan biaya *Sectio caesaria* terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 2,346,754.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 6,230,616.00. Perbandingan Biaya Demam Tifoid terhadap INA-CBGs Untung sebesar Rp. 106,094.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 876,961.00.

Tabel 4.15 Perbandingan *Real Cost*, Tarif Rumah Sakit dan INA-CBGs kasus Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* kelas 1 di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2018.

Diagnosa	Rerata <i>Real Cost</i>	Rerata Tarif Rumah Sakit	Tarif INACBGs	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata <i>Real Cost</i>	Selisih tarif INA-CBGs terhadap Rerata Tarif rumah sakit
	1	2	3	(3) - (1)	(3) - (2)
Partus Normal	3,092,389	4,534,834	2,287,900	(804,489)	(2,246,934)
<i>Sectio Caesaria</i>	0	0	0	0	0
Demam Tifoid	0	0	0	0	0

Sumber : Data RS Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan data pada tabel diatas, perbandingan biaya partus normal terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 804,489.00 dan perbandingan tarif rumah sakit terhadap INA-CBGs rugi sebesar Rp. 2,246,934.00. Perbandingan biaya untuk tindakan *Sectio Caesaria* dan Demam Tifoid di perawatan kelas 1 tidak ada karena dalam data yang diteliti tidak didapatkan pasien dengan lama rawat yang sesuai dengan *clinical pathway*.

4. Faktor yang mempengaruhi Profitabilitas Rawat inap

Untuk mencari tahu faktor yang mempengaruhi profitabilitas rawat inap pada kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid peneliti melakukan wawancara mendalam kepada beberapa informan. Dalam wawancara ini peneliti berusaha untuk menggali

bagaimana penetapan tarif dan pengelompokan biaya yang ada di rumah sakit.

Berikut kutipan wawancara mendalam dengan informan terkait penetapan tarif yang berlaku di rumah sakit serta penghitungan komponen *unit cost* di rumah sakit:

“.....tarif di rumah sakit dulu sekitar tahun 2000 an kami hitung unit cost nya. Sudah lama sekali. Setelah itu tidak ada update hanya kenaikan berdasarkan prosentase saja.”
(WN, 49 tahun)

“....saya hitung waktu itu cukup detail, misal sewa kamar operasi saya hitung mulai listrik, air, biaya penyusutan gedung dan alkesnya sampai ke jasa operatornya lalu setelah ditotal saya bagi dengan jumlah operasinya dok.” (WN, 49 tahun)

“...kami masih baru mulai memulai lagi ini. Kemarin habis pelatihan dari jogja. Nanti kami coba lagi hitung unit costnya, karena selama ini hanya naikkan tarif berdasarkan asumsi dan target pendapatan.” (EDS, 52 tahun)

“...saya coba buat rumusnya dengan pola berbasis aktifitas dok. Setiap tindakan nanti bisa kelihatan harga dasarnya.” (GS, 40 tahun)

Terkait pola penetapan tarif ini juga dilakukan wawancara ke tim tarif rumah sakit yang saat ini menjabat.

“....untuk tarif pasien BPJS saat ini kami hanya melakukan pola diskon atau kebijakan dengan menggunakan tarif tahun berapa, gitu dok. Karena kebijakan tarif kita naik tiap 2 tahun.” (RBT, 46 tahun)

“....kalau untuk obat pasien bpjs unit costnya dari HNA ditambah PPN. Untuk tarif obatnya dimargin 25% dok.” (RBT, 46 tahun)

Dalam wawancara mendalam terkait profibilitas dilakukan juga dengan pejabat di unit perawatan yaitu Manajer Perawatan. Disini dibahas terkait evaluasi atas kunjungan, pendapatan dan biaya yang dihasilkan oleh unitnya. Berikut petikannya:

“...saya ga mau kalau dilihat pendapatannya saja yg naik. Saya hitung dok, berapa biayanya. Dan ini saya laporkan ke direktur. Untuk pasien BPJS kelas 3 saja sebenarnya rugi kalau tindakannya itu SC dok.” (SR, 52 tahun)

“... saya sudah hitung detail juga dari beban biaya unit lain. Saya masukkan komponen laundry dan gaji teman-teman.” (SR, 52 tahun)

Dari wawancara mendalam dengan informan peneliti melakukan konfigurasi C-M-O (context – Mechanism – Outcome) dari Realist Evaluation untuk melihat luaran atau outcome dari observasi untuk dapat mencari interaksi yang lebih antara program, aktor, konteks dan mekanisme.

Tabel 4.16 Analisa data dengan konfigurasi C-M-O hasil wawancara mendalam di RS Pupuk Kaltim Bontang Tahun 2019

Context	Mechanism	Outcome
1. Kebijakan tentang penggunaan <i>Clinical Pathway</i> telah ada. 2. SPO pembuatan, pengisian dan audit <i>clinical pathway</i> sudah ada. 3. Kebijakan tentang pemberlakuan tarif rumah sakit beserta buku tarif telah ada. 4. Kebijakan kenaikan tarif tiap 2 tahun. 5. Tersedianya formulir <i>clinical pathway</i> di unit rawat inap. 6. Jumlah petugas rawat inap dan pemahaman akan pentingnya <i>Clinical Pathway</i>. 7. Penanaman budaya organisasi dilakukan setelah rekrutmen.	1. Implementasi <i>Clinical Pathway</i> Demam Tifoid, Partus Normal dan <i>Sectio Caesaria</i> berjalan. 2. Proses sosialisasi agar tercapai pemahaman pentingnya <i>Clinical Pathway</i> berjalan. 3. Dilakukan proses peningkatan skill sdm dengan mengikuti pelatihan dan studi banding 4. Kendala konsistensi dalam pengisian <i>clinical pathway</i>. 5. Penapisan oleh kepala unit sebelum berkas rekam medis dikembalikan. 6. Monitoring dan evaluasi dilakukan sebagai upaya meminimalkan resiko inkonsistensi pengisian <i>Clinical Pathway</i>. 7. <i>Unit cost</i> pernah dihitung namun sudah cukup lama tidak dievaluasi. 8. Tarif BPJS hanya berdasarkan diskon dari tarif tahun-tahun sebelumnya. 9. Evaluasi atas biaya dasar layanan terhadap nilai INA-CBGs. 10. Proses pengkodean yang optimal oleh tim Casemix.	1. Terimplementasinya <i>clinical pathway</i> secara konsisten sehingga dapat digunakan sebagai bahan evaluasi profitabilitas rumah sakit 2. Profit Rumah Sakit

Sumber : Data wawancara di RS Pupuk Kaltim Bontang

Berdasarkan tabel diatas profit rumah sakit dapat tercapai jika kebijakan, sarana dan sumber daya terpenuhi. Didukung dengan mekanisme sosialisasi, implementasi sekaligus monitoring dan evaluasi atas implementasi *clinical pathway* dan review biaya rumah sakit terhadap INA-CBGs.

C. Pembahasan

Tujuan dari penelitian ini adalah ingin mengetahui profitabilitas instalasi rawat inap pada kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang pada era Jaminan Kesehatan Nasional dengan melihat implementasi *Clinical Pathway* pada pasien BPJS yang dirawat.

1. Implementasi *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Data kuantitatif yang didapatkan peneliti selama observasi di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang menggambarkan kasus *Sectio Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang diteliti, 100% telah memiliki *Clinical Pathway*. Data ini menunjukkan kebijakan pimpinan organisasi rumah sakit telah dipahami oleh pelaksana tugas dan diimplementasikan. Keberhasilan ini dipengaruhi oleh budaya organisasi, kepemimpinan, dan rasa memiliki dari semua unsur. Sejalan dengan teori dari Firmanda (2000) *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.

Kerjasama tim yang baik antara case manager dengan seluruh tim perawatan memegang peranan penting karena akan mengontrol layanan yang diberikan ke pasien telah sesuai dan kepatuhan mengisi *clinical pathway* baik sehingga membuat angka kesesuaian *clinical pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang cukup tinggi yaitu sebesar 96.48% pada kasus demam tifoid dengan lama rawat 5 hari, 89.13% pada kasus partus normal dengan lama rawat 2 hari dan 72.63% pada kasus *sectio caesaria* dengan lama rawat 3 hari.

Monitoring dalam implementasi juga berpengaruh kepada angka 100% *clinical pathway* di rawat inap. Komite medis melakukan monitoring dan evaluasi terhadap *clinical pathway* yang sudah diterbitkan berdasarkan panduan praktek klinis yang ada. Hasil dari evaluasi komite disosialisasikan kembali ke pelaksana tugas sehingga meskipun ada kendala inkonsistensi maupun kesalahan pengisian di awal-awal dapat segera diantisipasi. Mercy (2005) mengatakan bahwa monitoring adalah proses terintegrasi yang dapat memastikan suatu proses berjalan sesuai rencana.

Dengan monitoring dan evaluasi dari komite medis terkait kepatuhan pengisian, maka kendala di awal pemberlakuan *clinical*

pathway yang banyak tidak terisi dapat diatasi dengan cepat. Mercy juga mengatakan bahwa dengan monitoring dapat memberikan informasi keberlangsungan proses untuk menetapkan langkah menuju kearah perbaikan yang berkesinambungan.

2. Faktor yang mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang

Untuk melihat lebih detail faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi *clinical pathway* di rawat inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang, peneliti menggunakan pendekatan teori George C Edward III bahwa suatu proses implementasi kebijakan dapat berhasil dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

a. Komunikasi

Faktor komunikasi yang baik salah satunya dipengaruhi oleh proses penyampaian informasi. Di lingkungan Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang telah terjadwal rapat-rapat yang sifatnya rutin antara lain: *meeting clinic* setiap senin dan kamis pagi serta rapat komite medis setiap hari rabu. Dengan agenda rutin ini setiap kebijakan yang diterbitkan dapat disosialisasikan secara intens. Kendala yang terjadi saat implementasi kebijakan juga akan segera termonitor dan evaluasi saat rapat. Hasil penelitian yang menunjukkan 100% memiliki *clinical pathway* pada kasus

sectio caesaria, partus normal dan demam tifoid menunjukkan sejalan dengan teori yang menyatakan faktor komunikasi memiliki dampak paling tinggi terhadap keberhasilan implementasi program yang mempengaruhi kualitas rumah sakit dimana dimensi pertama pada komunikasi yaitu proses penyampaian informasi. (Kusnadi, 2012)

Dalam proses penyampaian isi kebijakan, pimpinan organisasi menerapkan sistem *top down*. Dalam forum koordinasi pimpinan memberikan arahan dari kebijakan dengan titik berat kejelasan informasi. Dialog dan umpan balik sangat terlihat dari proses komunikasi yang terbentuk. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan kejelasan dari informasi kebijakan merupakan salah satu poin penting dari implementasi kebijakan itu sendiri. (Mthethaw, 2012)

Di Rumah Sakit Pupuk Kaltim terlihat komunikasi sudah terjalin dengan baik antar pemberi layanan pasien dengan pejabat ruangan yaitu perawat pelaksana, *case manager* hingga manajer keperawatan dan manajer pelayanan medis sehingga implementasi kebijakan dapat berjalan dengan baik. Dampak kerjasama tim yang baik dan meningkat maka hasil pada perawatan juga akan meningkat. (Gittell, 2002)

Sosialisasi yang dilakukan bukan tanpa kendala, informan juga menyatakan bahwa terkadang sosialisasi agak menurun

intensitasnya di tengah tahun namun akan meningkat sejalan dengan jadwal reakreditasi rumah sakit. Paat et al (2017) menyatakan bahwa sosialisasi *clinical pathway* umumnya dilaksanakan menjelang akreditasi rumah sakit karena *clinical pathway* merupakan elemen yang dinilai dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

b. Sumber Daya

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia, sumber daya anggaran, sumber daya peralatan dan sumber daya kewenangan. Rumah Sakit pupuk Kaltim Bontang memiliki keempat sumber daya tersebut. Jumlah karyawan dalam setiap unit dan jadwal kerja cukup dan secara kualitas dapat menerima informasi dengan baik.

Proses rekrutmen di rumah sakit ini mempunyai standard dan sudah berjalan dengan baik. Berawal dari analisa keutuhan manajer terkait dan disampaikan ke bagian SDM, maka ditindaklanjuti dengan mencari sumber daya manusia yang sesuai kebutuhan. Proses ini berlanjut sampai dengan pembekalan dan menggali kelebihan dari karyawan baru tersebut disertai magang dan memberikan paparan terkait budaya organisasi dan komitmen untuk kemudian ditugaskan secara penuh di unit kerja. Strategi rekrutmen ini sejalan dengan jurnal Perry (1993), strategi

sumber daya manusia merupakan bagian strategi perencanaan yang harus dilakukan untuk mendapatkan kuantitas yang mencukupi dan memadai.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan didapatkan bahwa sumber daya peralatan dan anggaran tidak ada kendala berarti. Formulir selalu tersedia di unit rawat inap sehingga dapat menunjang tercapainya implementasi kebijakan penggunaan dan terisinya *clinical pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang. Fasilitas sangat signifikan berkontribusi dalam perencanaan strategi sebuah rantai pasokan manajemen. (Melo et al, 2009)

c. Disposisi

Watak dan karakteristik dari implementor sangat berpengaruh dari berhasilnya implementasi kebijakan antara lain komitmen dan kejujuran. Proses rekrutmen sumber daya yang baik dan dilanjutkan dengan pengenalan budaya organisasi diharapkan dapat menumbuhkan komitmen karyawan dalam menjalankan tugasnya. Komitmen tidak harus dari pelaksana namun semua pihak termasuk pimpinan organisasi. Komitmen pimpinan organisasi dalam observasi peneliti sangat bagus mengingat target kinerja yang sudah diberikan oleh pemilik rumah sakit harus selalu dijaga dan dicapai. Hal ini sangat baik karena

sebagus apapun kebijakan dibuat, tanpa adanya komitmen pimpinan untuk menerapkan kebijakan tersebut, tidak akan dirasakan keberhasilannya. (Sitohang, 2014)

Permasalahan akan muncul jika implementor memiliki sikap atau persepsi yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

d. Struktur Birokrasi

Pembagian kewenangan dalam struktur organisasi ikut mempengaruhi implementasi kebijakan. Diperlukan kerjasama berbagai pihak terkait dan standar prosedur operasional akan memudahkan dalam penyeragaman tindakan dari semua pelaksana yang terlibat dalam melaksanakan apa yang menjadi bagian tugasnya.

Dalam jurnal Nistotskaya and Cingolani (2016), menunjukkan bahwa struktur birokrasi memiliki efek tidak langsung pada tingkat organisasi melalui kualitas regulasi yang lebih baik, tetapi juga memberikan efek independen langsung.

Hasil wawancara dengan informan, Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang telah dilengkapi dengan Standar Prosedur Operasional yang lengkap hal ini mengingat rumah sakit juga dituntut untuk memenuhi standar akreditasi nasional yang juga diatur dalam Undang-Undang Rumah Sakit. Namun dari

pengamatan dokumen oleh peneliti masih dijumpai adanya ketidaksesuaian antara standar prosedur operasional audit *clinical pathway* yang ditetapkan setiap 3 bulan, kenyataannya masih dilakukan setiap 6 bulan. Hal ini menyebabkan *feedback* yang seharusnya dapat diberikan ke manajemen menjadi terlambat yang berakibat pada terlambatnya manajemen untuk mengambil langkah-langkah efisiensi terhadap kondisi rugi atas layanan yang diberikan.

Dengan kewajiban rumah sakit untuk mengikuti akreditasi maka komponen di rumah sakit dipastikan memiliki komitmen dan menjalankan tanggung jawabnya mengingat akreditasi menuntut mutu layanan yang baik di semua lini. Setiap anggota harus bertanggung jawab terhadap setiap pelaksanaan tugasnya sesuai dengan tupoksi yang dimiliki. Kesadaran tanggung jawab harus ditanamkan pada setiap anggota organisasi, agar setiap pelaksanaan pekerjaan jelas siapa yang memiliki tanggung jawab. Inti pembagian tugas adalah anggota organisasi mengetahui siapa mengerjakan apa. (Sitohang, 2014)

Dalam pengamatan peneliti saat di rawat inap, perawat maupun dokter ruangan dan juga dokter penanggung jawab terlihat cukup paham atas tanggung jawab masing-masing. Kendala inkonsistensi ataupun terlupa mengisi dapat diatasi dengan kerjasama yang baik antar petugas. *Case Manager*

memegang peranan penting dalam implementasi *clinical pathway* karena memastikan semua pasien mendapatkan perawatan sesuai *clinical pathway*, melakukan monitoring kualitas pengisian dokumen dan kepatuhan penggunaan *clinical pathway*. (Cheah, 2000)

Chen, Sparrow and Cooper (2016), menyatakan fragmentasi dalam organisasi harus diikuti dengan kemampuan berhubungan saling kerjasama yang baik, komunikasi berkualitas dan tanggung jawab seluruh pihak terkait sehingga pemahaman, praktek dan pengembangan kepemimpinan dalam suatu organisasi dapat lebih efektif menerapkan kebijakan-kebijakan yang ditetapkan.

3. Profitabilitas rerata tarif rumah sakit dan *real cost* kasus *Section Caesaria*, Partus Normal dan Demam Tifoid yang telah memiliki *clinical pathway* terhadap tarif INA-CBGs.

Hasil penelitian yang disajikan pada tabel 4.12, tabel 4.13, tabel 4.14 merupakan nilai rata-rata yang didapatkan dari penghitungan biaya sesuai *clinical pathway* tiap kasus berdasarkan lama rawat pasien di rumah sakit yang masuk dalam kategori inklusi sampel penelitian. Dimana pada penelitian kali ini dikatakan sesuai dengan *clinical pathway* hanya dengan melihat kategori *Length of Stay* dari masing-masing kasus. Unsur penatalaksanaan dan pemeriksaan klinis

pada *clinical pathway* tidak ikut menjadi variabel yang diteliti untuk kesesuaian *Clinical pathway*.

Peneliti terlebih dahulu melihat *real cost* dari masing-masing kasus berdasarkan lembar *clinical pathway* yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang seperti yang disajikan pada tabel 4.6, tabel 4.7 dan tabel 4.8. Didapatkan besar biaya untuk kasus demam tifoid sebesar Rp. 1,285,455.00, kasus *sectio caesaria* sebesar Rp. 1,463,400.00 dan kasus partus normal sebesar Rp. 1,262,922.00. Nilai tersebut merupakan konversi dari setiap tanda (+) yang ada pada lembar *clinical pathway* dan berhubungan dengan jasa tindakan, biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan serta makan pasien dan asuhan keperawatan. Jika dilihat sekilas, maka biaya ini cukup kecil dan mempunyai potensi profit jika dibandingkan terhadap tarif INA-CBGs. Namun yang peneliti lihat nilai tersebut belum memotret keseluruhan biaya atas layanan yang diberikan kepada pasien.

Terlihat bahwa form *clinical pathway* milik Rumah Sakit Pupuk Kaltim merupakan bentuk isian ceklis tindakan atau layanan apa yang sudah diberikan oleh dokter penanggung jawab atau perawat dan bidan kepada pasien selama dirawat. Didalam *clinical pathway* tersebut tidak menggambarkan biaya bahan medis habis pakai, sewa alat kesehatan, sewa ruangan, biaya administrasi bahkan jasa tim operator dan perawat di kamar operasi untuk tindakan *sectio caesaria*.

Di lembar *clinical pathway* ketiga kasus yang peneliti amati, sesungguhnya terdapat kolom jumlah biaya. Namun setelah diamati secara langsung dan hasil wawancara kepada informan, kolom tersebut diisi oleh petugas dari nilai yang tertera di *billing* pasien selama dirawat sesuai tarif rumah sakit. Artinya nilai yang ditulis sesuai layanan *fee for service* dengan tarif rumah sakit bukan dengan paket biaya sebagaimana pola tarif INA-CBGs.

Pada kolom varian di lembar *clinical pathway* biasanya diisi komplikasi yang terjadi saat pasien dirawat. Baik kondisi pasien maupun obat, pemeriksaan penunjang tambahan ataupun konsultasi tambahan ke bidang keahlian lain. Kemudian dari audit *clinical pathway* terhadap varian yang sering muncul akan dibuatkan *clinical pathway* baru.

Dari kondisi diatas, peneliti mencoba menghitung *real cost* atas layanan yang diterima pasien berdasarkan rekapitulasi yang ada di penagihan pasien selama dirawat dengan batasan kesesuaian *clinical pathway* hanya melihat lama rawat pasien. Kategori lama rawat yang sesuai, tidak melewati lama rawat di lembar *clinical pathway*, yaitu tiga hari untuk kasus *sectio caesaria*, dua hari untuk kasus partus normal dan lima hari untuk kasus demam tifoid. Lama rawat yang kurang dari ketentuan namun dinyatakan sembuh dan pulang dari rumah sakit masuk ke dalam kelompok sesuai dengan *clinical pathway*.

Dari data yang ada ada terlihat variasi nilai total *real cost* yang berbeda-beda tiap pasien di masing-masing kasus. Hal ini dikarenakan adanya varian kasus yang dipengaruhi kondisi klinis pasien. Antara lain rasa nyeri dari luka operasi yang dialami pasien, kondisi fisik tiap pasien yang berbeda ambang nyerinya serta imunitas dan psikologisnya sehingga mempengaruhi kecepatan penyembuhan menjadi berbeda setiap individu. Sehingga *clinical pathway*nya terkesan memendek meskipun dalam kategori lama rawat yang sesuai.

Berdasarkan hal tersebut dihitunglah nilai sesuai kondisi riil layanan yang diterima pasien dari tiap kasus seperti yang disajikan pada tabel 4.9, tabel 4.10 dan tabel 4.11. Dari contoh penghitungan biaya riil per kasus yang dilakukan pada tiap pasien yang lama rawatnya sesuai *clinical pathway*, didapatkan nilai rerata pasien tiap kasus seperti yang disajikan pada tabel 4.12, tabel 4.13 dan tabel 4.14.

Diketahui bahwa 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. Keuntungan yang didapatkan dari pelayanan kasus demam tifoid dikarenakan sumber daya manusia maupun infrastruktur yang digunakan cukup terbatas. Pada perawatan kasus demam tifoid tidak ada komponen kamar operasi yang

didalamnya ada sewa kamar operasi beserta alat-alat medisnya serta jasa tim dokter maupun perawat dengan nilai yang cukup besar. Komponen biaya yang mendominasi pada perawatan demam tifoid terletak pada obat-obatan yang dipakai dengan kecenderungan cukup menggunakan obat-obatan generik.

Untuk selisih rugi antara *real cost* dan tarif rumah sakit dengan INA-CBGs didapatkan pada kasus Partus Normal di semua kelas layanan dan kasus *Sectio Caesaria* di kelas 3 dan kelas 2. Sedangkan pada kasus Demam Tifoid selisih rugi didapatkan antara tarif rumah sakit dengan INA-CBGs pada kelas 2 saja. Selisih rugi yang terjadi pada kasus *sectio caesaria* dikarenakan banyaknya bahan medis habis pakai serta variasi obat yang digunakan. Variasi obat yang diberikan oleh dokter penanggung jawab pada kasus *sectio caesaria* umumnya dikarenakan pertimbangan klinis berupa nyeri pasca operasi.

Pada penelitian yang dilakukan kali ini dibatasi pada 3 jenis kasus dan hanya melihat dari variabel lama rawat saja untuk menilai implementasi *clinical pathway* sudah sesuai atau tidak. Peneliti menemukan bahwa terdapat variasi terapi atau penatalaksanaan pada pelaksanaannya. Hal ini dilihat dari temuan berupa jenis obat yang berbeda bisa ditemukan dalam *clinical pathway* kasus yang sama. Dari wawancara dengan informan, kondisi tersebut bisa disebabkan karena kekosongan obat atau bahan medis habis pakai yang biasanya

digunakan untuk pasien BPJS sehingga menggunakan produk lain agar proses layanan tetap dapat diberikan. Kondisi klinis pasien atau faktor pemberat yang mempengaruhi. Beberapa pasien dengan keluhan atau nyeri yang hebat diberikan beberapa obat-obatan yang berbeda untuk meredakan nyeri, dengan pertimbangan meningkatkan mutu layanan, keselamatan pasien dan efektifitas pengobatan.

Pada kasus yang secara klinis diperlukan pemberian obat paten oleh dokter penanggung jawab pada saat perawatan pasien di rumah sakit tentunya akan berpengaruh pada biaya yang harus dikeluarkan rumah sakit pada satu periode rawat. Akan tetapi keputusan dari dokter penanggung jawab tersebut justru dapat berdampak positif pada kepuasan pasien karena pasien akan nyaman atau tidak merasakan sakit yang berlebihan pasca operasi *sectio caesaria* sehingga proses pemulihannya diharapkan dapat berlangsung baik dan cepat. Dampaknya, lama rawat pasien menjadi efektif dan meminimalkan infeksi sekunder maupun re-admisi pasien. Secara psikologis juga memberikan pengaruh positif kepada pasien dan keluarga karena pada umumnya pasien ingin segera membaik kondisinya dan keluar dari rumah sakit. Hal ini sejalan dengan pernyataan (Arini, 2015) bahwa *clinical pathway* berperan dalam meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit, seperti penurunan *Length Of Stay*, penurunan risiko terjadinya re-admisi,

komplikasi serta kematian pasien, dan hospital cost secara keseluruhan.

4. Faktor yang mempengaruhi Profitabilitas Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang dengan metode *Realist Evaluation*.

Untuk dapat lebih detail menganalisa profitabilitas rawat inap di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang peneliti melakukan pendekatan dengan menggunakan teori Realist Evaluation dengan konfigurasi C-M-O. 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.

a. *Context*

Dalam penelitian ini yang masuk ke dalam konfigurasi Context adalah kebijakan organisasi berupa penggunaan *clinical pathway* sebagai upaya menjaga LOS pasien sesuai dengan PPK sehingga didapatkan layanan yang efektif dan efisien. *Clinical*

pathway dibuat sebagai sistem yang mampu mengatasi variasi-variasi di rumah sakit dalam hal ini variasi tersebut berupa penundaan dan waktu pelayanan yang lebih efektif dan efisien. (Iroth, 2016)

Sectio caesaria, partus normal dan demam tifoid merupakan kasus yang *clinical pathway*nya dibuat terlebih dahulu di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang mengingat ketiga kasus ini selalu berada pada 10 besar kasus atau diagnosa tiap tahunnya. Sesuai dengan pernyataan Whittle (2004), bahwa *clinical pathway* dibuat untuk kasus yang *high volume, high cost, high risk* dan pada kelompok pasien yang diprediksi tinggi.

Kebijakan terkait format *clinical pathway* yang ada di rumah sakit masih dapat diperbaiki kembali, mengingat format isian *clinical pathway* yang ada saat ini tidak dapat menggambarkan biaya rumah sakit yang sesungguhnya. Sehingga konteks kebijakan penyediaan form baru sangat diperlukan terlebih ketiga kasus yang diteliti kali ini adalah kasus yang sering terjadi, berbiaya besar dan beresiko besar.

Di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang juga telah dilengkapi dengan kebijakan tentang tarif layanan yang ada. Kebijakan tarif ini dibuat dalam bentuk Surat Keputusan dan berbentuk buku tarif yang digunakan sebagai acuan dalam memberikan layanan dengan terintegrasi ke dalam sistem informasi rumah sakit sekaligus

sebagai dokumen penting untuk rekanan-rekanan rumah sakit. Namun berdasarkan wawancara mendalam diketahui bahwa dasar pemberlakuan tarif di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang berdasarkan kenaikan tarif tiap dua tahun dengan memperhatikan faktor eksternal salah satunya laju inflasi. Untuk penghitungan *unit cost* pernah dilakukan di periode tahun 2000 namun sampai dengan saat ini tidak pernah lagi dilakukan review atau pengkinian terutama saat mulai melayani pasien BPJS tahun 2014.

Karakteristik sumber daya rumah sakit yang beragam merupakan ciri khas rumah sakit sehingga diperlukan budaya organisasi yang kuat untuk dapat menyeragamkan persepsi civitas rumah sakit terhadap visi misi rumah sakit. Untuk hal ini peneliti melihat bahwa Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang memilikinya. Disamping itu rumah sakit juga membekali implementor kebijakan dengan Standar Prosedur Operasional agar tidak ada beda persepsi dalam memberikan layanan kepada pasien maupun kegiatan yang tidak langsung berhadapan dengan pasien.

Untuk sumber daya anggaran dan peralatan juga merupakan komponen penting dalam konfigurasi *Context*, dimana keduanya dapat mempengaruhi efektifitas dan hasil implementasi kebijakan.

b. Mechanism

Implementasi penggunaan *Clinical Pathway* secara umum telah dijalankan dengan baik di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang. Dari data yang ada dan masuk kriteria penelitian 100% telah dilengkapi dengan CP. Dari hasil wawancara memang masih ditemukan kendala-kendala inkonsistensi yang kecil dan tidak berdampak signifikan karena selalu dilakukan monitoring evaluasi sebelum dokumen keluar dari perawatan maupun saat berada di tim casemix.

Proses implementasi didukung dengan data hasil kesesuaian *clinical pathway* partus normal 89,13%, *sectio caesaria* 72,63% dan demam tifoid 96,48%.

Jumlah kesesuaian *clinical pathway* yang besar di Rumah Sakit Pupuk Kaltim menunjukkan bahwa komunikasi sudah terjalin dengan baik antar pemberi layanan pasien dengan pejabat ruangan yaitu perawat pelaksana, *case manager* hingga manajer keperawatan dan manajer pelayanan medis sehingga implementasi kebijakan dapat berjalan dengan baik. Dampak kerjasama tim yang baik dan meningkat maka hasil pada perawatan juga akan meningkat. (Gittell, 2002)

Clinical pathway yang dibuat oleh komite medis di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang diawali dari data kunjungan atau diagnosa kasus terbanyak selama satu tahun. Setelah itu ditentukan kasus mana yang memiliki karakteristik *high volume*,

high risk dan *high cost*. Penyusunannya disesuaikan dengan panduan praktek klinis yang dikeluarkan oleh kolegium. Untuk kasus demam tifoid komite medik menentukan lama rawat selama 5 hari. Jumlah lama rawat kasus demam tifoid ini sama dengan data dari jurnal Pieter (2019) bahwa rata-rata lama rawat perawatan demam tifoid yang sesuai dengan *clinical pathway* di Rumah Sakit Harapan Bunda adalah 5 hari. Meskipun dalam penelitiannya ditemukan 2 sampel yang lama rawatnya lebih dari 7 hari rawat. Hal ini menunjukkan bahwa *clinical pathway* yang ada di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang sejalan dengan *clinical pathway* pada umumnya meskipun di literature lain masih ada ditemukan *clinical pathway* demam tifoid yang dikeluarkan oleh perdatin aceh menggunakan acuan lama rawat selama 7 hari.

Pada kasus *sectio caesaria* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang jumlah lama rawat yang dibuat dalam *clinical pathway* oleh komite medis selama 3 hari terhitung sejak pasien dilakukan tindakan operatif sampai dengan pasien pulang dari rumah sakit. Lama perawatan pasien *sectio caesaria* ini sama dengan beberapa *clinical pathway* di rumah sakit lain seperti yang terlihat pada jurnal yang ditulis oleh Astuti (2017) yang melakukan evaluasi implementasi *clinical pathway sectio caesaria* di RSUD Panembahan Senopati Bantul yaitu didapatkan rata-rata pasien dirawat untuk tindakan tersebut selama 3 hari. Begitu juga dengan

jurnal yang ditulis oleh Haninditya (2019) yang menganalisa kepatuhan *clinical pathway sectio caesaria* di sebuah rumah sakit swasta di Yogyakarta yang membuat kategori patuh dan sesuai *clinical pathway* adalah perawatan pasien selama 3 hari rawat.

Kebijakan tarif rumah sakit yang dibukukan juga telah tersedia namun berdasarkan wawancara dengan informan diketahui bahwa biaya satuan yang ada sudah cukup lama belum dilakukan review dan pengkinian. Pola kenaikan tarif yang ada direncanakan saat membuat rencana kerja anggaran dan pendapatan dengan memperhitungkan tingkat inflasi serta lama tarif yang sudah diberlakukan. Tarif di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang berdasarkan tindakan atau layanan baik medis atau non medis yang diterima oleh pelanggan atau pasien.

Beberapa informan saat wawancara mendalam mengakui bahwa tarif yang berlaku di rumah sakit saat ini berdasarkan penghitungan *unit cost* yang sudah lama sekali dan dibuat menjadi tarif layanan *fee for service*. Hal ini berdampak kepada pasien yang harus membayar biaya perawatan cukup besar untuk tindakan partus normal, *sectio caesaria* dan demam tifoid. Besaran biaya yang harus dibayarkan oleh pasien saat dirawat pasca melahirkan normal rata-rata sebesar Rp. 2,649,447.00 untuk kelas 3, Rp. 3,589,413.00 untuk kelas 2 dan Rp. 4,534,834.00 untuk kelas 1. Perbedaan biaya ini dipengaruhi tarif sewa kamar, makan pasien,

margin atas obat dan bahan medis habis pakai, paket asuhan keperawatan dan jasa visite dokter penanggung jawab.

Pada kasus *sectio caesaria* tiap pasien harus membayar ke rumah sakit rata-rata sebesar Rp. 9,860,228.00 untuk layanan kelas 3 dan Rp. 12,362,016.00 untuk layanan kelas 2.

Jika diperhatikan pada tabel 4.13, 4.14 dan 4.15 besaran *real cost* untuk pasien BPJS selalu naik dari kelas 3 ke layanan kelas yang lebih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa *real cost* dan tarif untuk pasien BPJS mengikuti pola margin untuk layanan pasien *fee for service*, sebelum rumah sakit terlibat dalam pelayanan pasien BPJS per 1 Januari 2014. Rumah sakit tidak menggunakan penghitungan *unit cost* untuk layanan pasien BPJS.

Sedangkan untuk layanan non BPJS yaitu pasien umum, pasien perusahaan dan pasien asuransi rata-rata yang harus dibayarkan oleh pasien lebih besar dari yang disebutkan diatas.

Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. (Keputusan Menteri Kesehatan, 2014)

Berdasarkan hal tersebut terdapat perbedaan pola penetapan tarif yang dilakukan oleh Rumah Sakit Pupuk Kaltim dengan Standar Tarif INA-CBGs. Hal ini yang menyebabkan selisih yang cukup berarti saat biaya yang selama ini berdasarkan *fee for*

service harus dibandingkan terhadap pendapatan dari pembayaran BPJS menggunakan tarif paket INA-CBGs.

Anggota komite medis dan manajer keperawatan saat diwawancara memberikan jawaban yang sama bahwa selama ini telah dilakukan review dan audit *clinical pathway* secara berkala dan mengacu kepada panduan praktek klinis. Namun peneliti menemukan bahwa audit belum dilakukan secara patuh sesuai dengan standar prosedur operasional yang dibuat.

Dari dokumen laporan audit yang diamati oleh peneliti diketahui bahwa audit yang dilakukan terhadap implementasi *clinical pathway* berupa kelengkapan pengisian, kesesuaian terapi dan penatalaksanaan dibuat setiap 6 bulan sekali. Sedangkan standar operasional prosedur yang dibuat menyatakan bahwa audit *clinical pathway* seharusnya dilakukan setiap 3 bulan sekali.

Dalam audit *clinical pathway* yang dilakukan tim komite medis sebaiknya juga mempertimbangkan pengkinian form *clinical pathway*. Antara lain dengan memodifikasi atau menambahkan beberapa kolom biaya yang bisa menggambarkan biaya riil tiap pasien. Misalnya dalam bentuk paket biaya bahan medis habis pakai atau paket jasa tindakan di kamar operasi. Agar tidak diinput total biaya berdasarkan tarif *fee for service* rumah sakit dimana hal ini tidak sesuai dengan pola tarif paket INA-CBGs dari pemerintah.

Jika hal ini dilakukan dan audit dilakukan sesuai standar operasional prosedur yang ada maka hasil dari audit dapat segera diberikan kepada manajemen rumah sakit untuk kemudian diambil langkah penting mengurangi kerugian atas layanan pasien BPJS.

Di tempat yang berbeda, manajer sistem informasi dan telekomunikasi menyampaikan bahwa tim nya baru saja mendapatkan pelatihan dan baru akan dimulai untuk mereview *unit cost* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim. Hal ini menunjukkan meskipun *clinical pathway* yang dibuat telah sesuai dengan panduan praktek klinik dan lama rawatnya sama dengan beberapa rumah sakit lain namun jika biaya dan tarif untuk pasien BPJS masih menggunakan kebijakan diskon dari tarif yang berlaku untuk pasien umum maupun asuransi maka didapatkannya selisih rugi terhadap tarif paket INA-CBGs mempunyai potensi yang besar dan semakin dalam kerugiannya. Sehingga keuntungan yang didapatkan atas layanan non BPJS digunakan untuk mensubsidi kerugian atas layanan pasien BPJS. Terlebih saat ini data kunjungan menunjukkan pergeseran komposisi pasien dari yang semula didominasi asuransi dan kapitasi perusahaan sekarang didominasi oleh pasien BPJS.

c. Outcome

Berdasarkan hasil penelitian, layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang kepada pelanggan khususnya peserta Jaminan Kesehatan Nasional untuk kasus Partus Normal dan *Sectio Caesaria* merugi. Kerugian ini atas selisih *real cost* layanan terhadap INA-CBGs di perawatan kelas 3, kelas 2 dan kelas 1.

Keuntungan atas layanan pada peserta jaminan kesehatan nasional dari INA-CBGs terhadap biaya dasar ditemukan pada kasus Demam Tifoid di kelas 3 dan 2 sedangkan pada kelas 1 tidak ditemukan kasus nya selama periode penelitian.

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).

Dalam konfigurasi *Outcome* ini Profit rumah sakit dipengaruhi oleh interaksi antara *mechanism* dengan *context*. Pada konfigurasi *mechanism* terlihat bahwa proses penentuan besaran *unit cost* yang tidak update meskipun penggunaan *clinical pathway*

telah sesuai dengan panduan praktek klinis mengakibatkan profit rumah sakit tidak bisa optimal.

Interaksi komponen *mechanism* terhadap populasi di konfigurasi *context* yaitu pembuat kebijakan menjadi tidak maksimal karena dasar manajemen membuat kebijakan tentang tarif layanan dan biaya dasar layanan pasien BPJS tidak *up to date* lagi atau tidak menggambarkan biaya riil saat ini.

D. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini telah diupayakan menggunakan prosedur ilmiah, namun demikian peneliti masih memiliki keterbatasan antara lain:

1. Penelitian ini dilakukan di Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang dengan melihat 3 kasus yang paling sering dijumpai berdasarkan laporan kunjungan dan yang mempunyai daya ungkit cukup besar padahal penelitian ini bisa dilakukan terhadap semua jenis kasus yang ada di rumah sakit.
2. Peneliti hanya menggunakan kriteria kesesuaian *Clinical Pathway* berdasarkan *Length Of Stay* saja padahal ada komponen lain dalam *clinical pathway* seperti prosedur pemeriksaan klinik serta jenis penatalaksanaannya.
3. Peneliti berusaha secara patuh menggunakan pedoman wawancara kepada semua informan namun tidak semua dapat

ditanyakan secara detail dan sesekali jawaban informan tidak menggambarkan kondisi yang sesungguhnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil observasi dan pengumpulan data peneliti diketahui bahwa 100% sampel penelitian dengan diagnosa Demam Thypoid, Partus Normal dan *Sectio Caesaria* telah dilengkapi dengan pengisian *Clinical Pathway*. Pada kasus Demam Thypoid sebanyak 96,48% sesuai *Clinical Pathway*, kasus Partus Normal sebanyak 89,13% dan pada kasus *Sectio Caesaria* sebanyak 72,63%.
2. Keberhasilan Implementasi *clinical pathway* di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang paling besar dipengaruhi oleh faktor komunikasi dilihat dari tersedianya kesempatan sosialisasi kebijakan dan evaluasi kebijakan dalam *meeting clinic* yang rutin dilakukan dua kali dalam seminggu. Adapun kendala dalam implementasi yang terjadi disebabkan oleh faktor disposisi dimana komitmen pelaksana berperan pada keadaan ketidaklengkapan pengisian *clinical pathway*. Faktor kedua yang menjadi kendala adalah struktur birokrasi dimana beberapa standar prosedur operasional masih ada yang tidak dijalankan sebagaimana mestinya.

3. Keuntungan rumah sakit didapat pada perawatan dengan kasus Demam Tifoid sebesar Rp. 674,091.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan rerata *real cost* pasien kelas 3, Rp. 59,534.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan rerata tarif rumah sakit pasien kelas 3 dan Rp. 106,094.00 dari selisih antara tarif INA-CBGs dengan rerata *real cost* pasien kelas 2.

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

4. Berdasarkan *Realist Evaluation* konfigurasi *Context* mempunyai peran besar dalam keberhasilan implementasi *clinical pathway* dimana sumber daya manusia yang mempengaruhi komitmen dan tanggung jawab, sumber daya anggaran dan fasilitas serta kebijakan dalam kondisi yang baik. Sedangkan Profitabilitas rumah sakit yang kurang baik ditemukan pada konfigurasi *Mechanism* dimana proses dalam menentukan biaya riil nya sudah cukup lama tidak disesuaikan dengan tarif INA-CBGs sehingga terjadi kerugian pada layanan BPJS.

B. Saran

1. Manajemen Rumah Sakit

- a. Untuk menjaga komitmen dan tanggung jawab pelaksana yang sudah baik serta semakin menguatkan budaya organisasi yang sudah ada agar meminimalkan kejadian inkonsistensi dalam implementasi kebijakan.
- b. Melakukan evaluasi dan pengkinian biaya riil layanan yang ada di rumah sakit agar kerugian dari layanan pasien BPJS tidak semakin besar dan mengurangi potensi subsidi silang kerugian layanan pasien BPJS dari keuntungan atas layanan pasien Non BPJS.
- c. Selalu menguatkan monitoring dan evaluasi atas implementasi kebijakan *clinical pathway* yang berdasarkan panduan praktek klinis dan hasilnya digunakan sebagai *feedback* kepada pihak manajemen rumah sakit agar manajemen dapat mengambil langkah yang tepat jika terjadi inefisiensi biaya atas layanan BPJS.
- d. Selalu melakukan monitoring dan evaluasi atas selisih INA-CBGs dengan biaya riil layanan yang dapat dilakukan secara *real time* saat pasien sedang dirawat dengan bantuan teknologi informasi agar *utilization review* tidak dilakukan setelah pasien pulang sehingga potensi kerugian atas biaya layanan dengan tarif INA-CBGs bisa diminimalkan.

2. Peneliti selanjutnya

Penelitian kali ini menggunakan kriteria inklusi nya hanya pada *Length of Stay* saja. Diharapkan peneliti lain dapat melakukan penelitian dengan menggunakan variabel lain seperti prosedur pemeriksaan maupun penatalaksanaannya dalam melihat kesesuaian implementasi *clinical pathway* di rumah sakit. Selain itu dapat juga melakukan penelitian terhadap *clinical pathway* yang lain diluar kasus partus normal, *sectio caesarea* dan demam tifoid yang sudah dilakukan pada kesempatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-maidin, A. R. M., Noor, N. B., & Pasinringi, S. A. (2014). Perbandingan Tarif Tindakan Operasi Berdasarkan Relative Value Unit (RVU), Indonesia Case Based Groups (INA- CBG's) dan Tarif Kolegium. *Al-Sihah: Public Health Science Journal*, 6(2), hal. 397–409.
- Alvina, Y., Maidin, A., & Bahar, B. (2013). *Biaya Tindakan medik Sectio Caesaria berdasarkan Activity Based Costing System di kamar operasi Instalasi Rawat Darurat RSUD Ampana Kabupaten Tojo Una-Una*.
- Arifin, Z. (2010). *Metodologi Penelitian Pendidikan Filosofi, Teori dan Aplikasinya* (5th ed.). Lentera Cendekia.
- Arini, M. (2015). *Peran Fasilitator: Kunci Sukses Implementasi Clinical Pathways*. Retrieved from <http://mmr.ummy.ac.id/peran-fasilitator-kunci-sukses-implementasi-clinical-pathways/>
- Astuti, Y D. (2017). Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway Sectio Caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), hal. 95-106.
- Blocher, E. (2007). *Manajemen Biaya: Penekanan Strategis* (3rd ed.; Resthi Widyaningrum, ed.). Jakarta: Salemba.
- Blocher, E. J., Stout, D. ., & Cokins, G. (2010). *Cost Management: A Strategic Emphasis* (5th ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Cheah J. (2000). Development and Implementation of A Clinical Pathway Program in An Acute Care General Hospital in Singapore. *International Journal for Quality in Healthcare*, 12(5), hal. 403-412.
- Chen, P., Sparrow, P., and Cooper, C. (2016). *The relationship between person-organization fit and job satisfaction*. *Journal of Managerial Psychology*, 31(5), p. 946-959.
- Currie, J., Mary, Chiarella, Thomas, & Buckley. (2015). *Preparing a Realist Evaluation to Investigate the Impact of Privately Practising Nurse Practitioners on Patient Access to Care in Australia*. *International journal of Nursing*, 2(2),p. 1-10.
- Darmadja. (2009). *Implementasi Clinical Pathway and Case Manager*. JAKARTA.
- Destanul Aulia , Sri Fajar Ayu, N. H. N. (2017). *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*.

- Djasri, H. (2006). *Kajian Singkat Penyusunan dan Penerapan Clinical Pathway di Pusat Jantung Terpadu RSCM*. JAKARTA.
- Firmanda, D. (2000). The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation'. *Global Health Journal* 2000, 1(2).
- Firmanda, D. (2005). *Standar Pelayanan Medis Kesehatan Anak*. Badan Penerbit IDAI.
- Firmanda, D. (2006). *Clinical Pathways Kesehatan Anak*. *Sari Pediatri*, 8(3), p. 195–208.
- Gani, A. (1995). Teori Biaya. In *Buku Panduan Analisis Biaya dan Penyesuaian Tarif Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: FKM UI.
- Garrison. (2006). *Akuntansi manajerial* (1st ed.). Jakarta: Salemba Empat.
- Gede N, D. (2015). *Gambaran Penerapan Sistem Indonesian Case Based Groups Pada Rumah Sakit Provider Bpjs Kesehatan Di Kabupaten Badung Tahun 2015*.
- Gittell JH. (2002). Coordinating mechanism in care provider groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects.' *Management Science* 48(11), p. 1408-1426.
- Grindstaff, L. (2012). *Communication Power, Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 40(6), p. 698-700.
- Haninditya, B. (2019). Analisa Kepatuhan *Clinical Pathway* Seksio Sesaria di sebuah Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta. *JMPF*, 9(1):38-45.
- Hansen, Don R., Mowen, M. M. (2009). *Managerial Accounting* (8th ed.). Jakarta: Penerbit Salemba Empat.
- Holly, A., Maidin, A., & Syamsuddin. (2019). 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 In. *International Journal Of Advanced Research (IJAR)*, 7(4), 706–712.
- Horngren, Charles T., Datar, Srikant M., Rajan, M. V. (2015). *Cost Accounting: A Managerial Emphasis* (15th ed.). USA: Pearson Education, Inc.
- IDAI. (2009). *Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia*.
- Iroth, J. S., Ahmad, R. A., & Pinzon, R. (2016). Dampak Penerapan *Clinical Pathway* Terhadap Biaya Perawatan Pasien Stroke Iskemik Akut Di RS Bethesda Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 2(1):267-277.
- Isabel, Goicolea, Anna-Karin, & Et.al, H. (2015). *Using Realist Evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner*

- violence in Spain*. Gaceta Sanitaria Journal, 29(6), p. 431-436.
- Johnson, S., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia'. *International Journal of Circumpolar Health*, 61, 260–264.
- Keman, K. (2011). *Fisiologi dan Mekanisme Persalinan Normal*. Universitas Brawijaya Press.
- Keputusan Menteri Kesehatan. (2006). *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan. (2014). *Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.
- Kusnadi, D. (2012). *Perubahan Status Kelembagaan dan Kualitas Pelayanan Pasien Rumah Sakit*. Kesmas: National Public Health Journal, 7(2), p. 63.
- Laksono Trisnantoro. (2006). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Lumban, T., & Hamzah, E. (2012). *Standar Pelayanan Medik Pirngadi General Hospital Medan, SMF Kebidanan dan Penyakit Kandungan Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Pirngadi Medan*.
- Maidin, A., Hasanusi, R., & Kadir, A. (2010). *Perhitungan Unit Cost dengan metode ABC terhadap tindakan Bedah THT dibandingkan dengan tarif INADRG Di Rumah Sakit Al-Fatah Ambon Tahun 2009*.
- Mansjoer, A. (2002). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta.
- Marchal, B. (2013). *Studying complex interventions: reflections from the FEMHealth project on evaluating fee exemption policies in West Africa and Morocco*. BMC Health Services Res 13, 469.
- Mardiah. (2016). Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan *Clinical Pathway* pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2). hal.245-259.
- Marelli. (2000). Strategies For Developing, Competency Models. *Journal Of Administration And Policy In Mental Health*, 32.
- Maulana, Y. (2016). Dasar Menghitung *Unit Cost* Rumah Sakit Dengan Activity Based Costing System. diakses dari www.yasirmaulana.com.
- Melo, M. T., Nickel, S. and Saldanha-da-Gama, F. (2009). *Facility location and sipply chain management - A Review*, European Journal of Operational Research, 196(2), p. 401-412.
- Mercy, C. (2005). *Design, Monitoring and Evaluation Guidebook*. Prescott: National Processing Center.
- Middleton, S., Barnett, J., & Reeves, D. S. (2001). What is an integrated

- care pathway? In *Hayward Medical Communications*.
- Mulyadi. (2005). *Akutansi Biaya*. Yogyakarta: STIE YKPN.
- Mthethwa, R. M. (2012). *Critical Dimensions for Policy Implementation*, African Journal of Public Affairs, 5(2), p.36-47.
- Nistotskaya, M. and Cingolani, L. (2016). *Bureaucratic Structure, Regulatory Quality, and Entrepreneurship in a Comparative Perspective: Cross-Sectional and Panel Data Evidence*, Journal of Public Administration Research and Theory, 26(3), pp. 519-534.
- Paat, C., Kristanto, E., & Kalalo, F. (2017). Analisis Pelaksanaan *Clinical Pathway* di RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado. Journal Biomedik (JBM), 9(3), hal. 62–67.
- Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: a realist manifesto*. London: SAGE Publications.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: SAGE Publications.
- Pearson, S. D. M. M., Fisher, D. G. R., & Lee, T. H. M. M. (1995). *Critical Pathways As A Strategy For Improving Care: Problems and Potential*.
- Perry, J. L. (1993). *Strategic Human Resource Management, Review of Public Personnel Administration*, 13(4), p. 59-71.
- Pieter, H. et al. (2019). Analisa Biaya Pengobatan Demam Tifoid Berdasarkan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Harapan Bunda. Jurnal Profesi Medika, 13(2), hal. 74-81.
- Sarwono. (2009). *Ilmu Kebidanan* (4th ed.). Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Saryono, & Anggraeni. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sitohang, E. (2014). *Prinsip Hukum Dalam Tata Kelola Rumah Sakit*, Yuridika, 29(1).
- Subarsono, A. (2011). *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Thomas Rotter, Joasim Kugler, R., Koch, Holger Gothe, S. T., & W., J. M. V. O. & E. (2004). *The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and Hospital Costs*.
- Undang Undang Republik Indonesia Nomer 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta.
- Van Herck P, Vanhaecht K, S. W. (2004). Effects of Clinical Pathways: do they work? *Journal of Integrated Care Pathways*, 8, 95–105.
- Whittle C, McDonal, Paul S, Dunn, Linda, De Luc, Kathryn. (2004).

- Developing the integrated care pathway appraisal tool (ICPAT): a pilot study, *Journal of Integrated Care Pathways* volume 8, p. 77-81
- Wibawa, S. (2010). *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Raja Grafindo Offset.
- Wild, M. P. J. T. G. B. & C. (2008). *Clinical pathways: systematic review of outcome parameters and effectiveness*.
- Wirawan. (2012). *Evaluasi:Teori, Model, Standar, Aplikasi, dan Profesi*. Depok: Raja Grafindo Persada.
- Wong C. (2000). Development, Dissemination, Implementation and Evaluation of a clinical pathway for oxygen therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 29–33.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. Daftar Pertanyaan wawancara mendalam

Daftar pertanyaan wawancara mendalam untuk mengetahui pemahaman tentang implementasi *Clinical Pathway (CP)* dan dampaknya terhadap profit Rumah sakit.

a. Untuk Petugas Perawatan, DPJP dan Manajer Yanmed.

1. Tentang CP (definisi, penggunaan dan manfaat).
2. Tentang Surat Keputusan penggunaan CP atau mendengar tentang sosialisasi penggunaan CP di Rumah sakit.
3. Tentang SPO dan CP untuk pelayanan kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid di rumah sakit ini.
4. Tentang Surat Keputusan atau mendengar tentang sosialisasi tarif dan *unit cost* kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.
5. Tentang kendala selama memberikan pelayanan pada kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.

b. Untuk Bagian Keuangan Rumah Sakit

1. Tentang biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk setiap pelayanan *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.
2. Tentang proses penetapan *Unit cost* pelayanan *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.
3. Tentang kebijakan tarif rumah sakit untuk pasien BPJS.

c. Untuk Direktur Rumah Sakit

1. Tentang Kebijakan penggunaan CP.
2. Tentang Kebijakan penetapan tarif layanan di rumah sakit.
3. Tentang kendala selama penerapan CP pada kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid untuk pasien BPJS.

d. Untuk Komite Medik Rumah Sakit

1. Tentang alur penetapan atau pembuatan CP.
2. Tentang implementasi, monitoring dan evaluasi penerapan CP *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.
3. Tentang kendala selama memberikan pelayanan pada kasus *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid untuk pasien BPJS.

e. Untuk Tim Casemix Rumah Sakit

1. Tentang pembayaran pasien BPJS dengan INACBGs terhadap tarif rumah sakit untuk pelayanan *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.
2. Tentang penerapan CP pelayanan *sectio caesaria*, partus normal dan demam tifoid.

LAMPIRAN 2. Lembar persetujuan wawancara

LEMBAR PERSETUJUAN WAWANCARA

Assalamualaikum wr wb.

Perkenalkan nama saya Artha Surya Rismawan. Saat ini sedang menyelesaikan penelitian tesis sebagai mahasiswa Pasca Sarjana Bagian Manajemen Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makassar.

Wawancara ini bermaksud untuk menggali data yang berhubungan dengan topik penelitian saya yaitu **“ANALISIS PROFITABILITAS INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT PUPUK KALTIM BONTANG DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DENGAN PENDEKATAN *REALIST EVALUATION*”**

Setelah Bapak/Ibu membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, saya berharap Bapak/ibu bersedia menjadi informan yang kerahasiaan informasinya akan saya jaga. Jika bersedia mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah form ini.

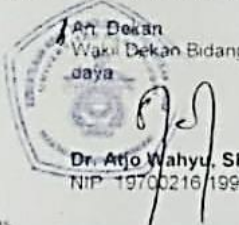
Terima Kasih,
Artha Surya Rismawan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Nama :
Jabatan :
Unit :
Lama Bekerja :
Tanda Tangan :

Terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu untuk ikut serta didalam penelitian ini.

LAMPIRAN 3. Surat Ijin Penelitian

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS HASANUDDIN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp: (0411) 585658, 516-005, Fax (0411) 586013 E-mail: fakultas.masyarakat@unhas.ac.id, website: www.unhas.ac.id		
No	4573/UN4.14.2/PL.00.00/2019	28 Mei 2019
Lamp	Proposal	
Hal	Permohonan Izin Penelitian	
Kepada Yth. Walikota Bontang Cq. Kepala Kesbangpol Kota Bontang Di - Tempat		
Dengan hormat, kami sampaikan bahwa mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang tersebut di bawah ini:		
Nama	Artha Surya Rismawan	
Nomor Pokok	K012171173	
Program Studi	Kesehatan Masyarakat	
Konsentrasi	Administrasi Rumah sakit	
Bermaksud melakukan penelitian dalam rangka persiapan penulisan tesis dengan judul "Analisis Profitabilitas Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang di Era Jaminan Kesehatan Nasional dengan Pendekatan Realist Evaluation Tahun 2018"		
Pembimbing	1. Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin MPH 2. Dr. Syamsuddin, SE, M.Si, Ak. CA.	(Ketua) (Anggota)
Waktu Penelitian	Juni – Agustus 2019	
Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberi izin kepada yang bersangkutan.		
Atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.		
 Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes NIP. 19700216/199412 1 001		
Tembusan: 1. Dekan FKM Unhas 2. Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi 3. Mahasiswa yang bersangkutan 4. Bertinggal		

LAMPIRAN 4. Bukti Kegiatan Penelitian





LAMPIRAN 5. Surat Keputusan Pemberlakuan Tarif Rumah Sakit



PT KALTIM MEDIKA UTAMA
 Jl. Oksigen No. 1 Komp. PT. Pupuk Kalimantan Timur
 Telp. 0548-41118, 41444 Fax. 0548-41555, 41188, Customer Service: 0548-5110055
 Website: www.rapkt.com, Email: humas@rapkt.com, Bontang - Kalimantan Timur

SURAT KEPUTUSAN
 Nomor : 002/KEP/KMU/1/2015
 tentang

**PEMBERLAKUAN PERUBAHAN TARIF DAN JASA TINDAKAN,
 PERAWATAN DAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT PUPUK KALTIM,
 KLINIK SATELIT 1, KLINIK SATELIT 3 DAN KLINIK SEHAT DHUAFA
 PT KALTIM MEDIKA UTAMA - BONTANG**

DIREKSI PT KALTIM MEDIKA UTAMA

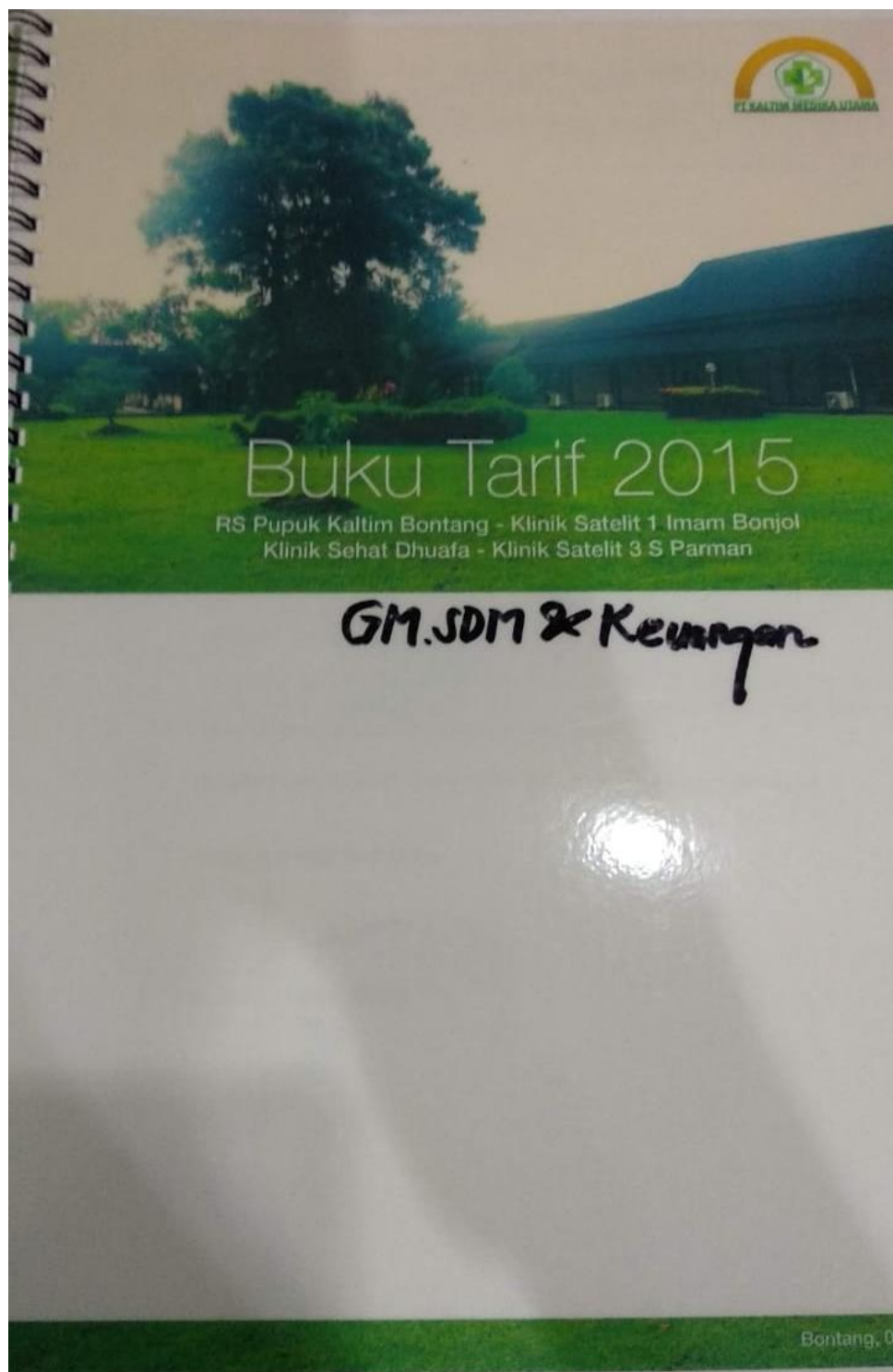
Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, maka dipandang perlu meninjau kembali tarif dan perhitungan jasa yang berlaku di Rumah Sakit Pupuk Kaltim, Klinik Satelit 1, Klinik Satelit 3 dan Klinik Sehat Dhuafa - Bontang, karena tidak sesuai lagi dengan perkembangan harga bahan baku, obat dan alat kesehatan saat ini ;
 b. bahwa perhitungan jasa harus sesuai dengan bobot tindakan ;
 c. bahwa untuk itu perlu ditetapkan Surat Keputusannya.

Mengingat : 1. Akta Pendirian PT Kaltim Medika Utama nomor: 24 tanggal 19 Oktober 2011 Notaris J. Frans De Lannoy, SH sampai dengan perubahan terakhir Akta tersebut sesuai Rapat Umum Pemegang Saham Luar Biasa tanggal 24 Mei 2014, Akta Notaris Bungaprihta Yasenda Amboro, SH, M.Kn nomor 02 tanggal 17 Juni 2014 ;
 2. Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia nomor: AHU-01566.AH.01.01. Tahun 2012 tentang Pengesahan Badan Hukum Perseroan ;
 3. Rapat Umum Pemegang Saham Luar Biasa (RUPS LB) PT Kaltim Medika Utama (PT KMU) pada tanggal 12 Juli 2012 di Jakarta.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PEMBERLAKUAN PERUBAHAN TARIF DAN JASA TINDAKAN, PERAWATAN DAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT PUPUK KALTIM, KLINIK SATELIT 1, KLINIK SATELIT 3 DAN KLINIK SEHAT DHUAFA - BONTANG**

Pertama : Memberlakukan perubahan Tarif dan Jasa Tindakan, Perawatan dan Administrasi Rumah Sakit Pupuk Kaltim, Klinik Satelit 1, Klinik Satelit 3 dan Klinik Sehat Dhuafa - Bontang sebagaimana terlampir pada Surat Keputusan ini.

LAMPIRAN 6. Buku Tarif Rumah Sakit

LAMPIRAN 8. Contoh Form *Clinical Pathway*

		CLINICAL PATHWAY SMF PENYAKIT DALAM DEMAM TIFOID 2015				
Nama Pasien		Umur tahun	Berat Badan kg	Tinggi Badan cm	Nomor Rekam Medis	
Diagnosis Awal			Kode ICD X :		Rencana Rawat : 5 hari	
Ruang Rawat	Kelas	Tgl. Masuk	Tgl. Keluar		Lama Rawat hari	
Aktivitas	Hari Rawat	1	2	3	4	5
	Hari Sakit					
Diagnosis	Utama					
	Penyerta					
	Komplikasi					
Assesmen Klinis	Visite	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)
	Konsultasi					
		☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)
Pemeriksaan Penunjang						
Hematologi Lengkap		☐ (+) ☐ (-)		☐ (+) ☐ (-)*		☐ (+) ☐ (-)*
Tubex test		☐ (+) ☐ (-)				
SGOT & SGPT		☐ (+) ☐ (-)		☐ (+) ☐ (-)*		☐ (+) ☐ (-)*
*Pemeriksaan laboratorium ulang atas indikasi						
Tindakan	IVFD.....cc/hr	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)
Obat	Ceftriaxone 2x1gr	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)
	Parasetamol jika perlu	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)
	Indikasi					
Nutrisi		Lunak	Lunak	Bertahap ke diet biasa	Diet Biasa	
Mobilisasi		Jalan	Jalan	Jalan		
Hasil	Demam turun	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	Kesadaran baik	☐ (+) ☐ (-)
	Hemodinamik stabil	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	Demam Tdk Ada	☐ (+) ☐ (-)
	Cegah komplikasi	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	☐ (+) ☐ (-)	Intake Baik	☐ (+) ☐ (-)
Pendidikan & renc. pemulangan		Penjelasan penyakit & inform consent			Kontrol Poliklinik	
Varians						
Nama Perawat		Diagnosis		Kode ICD X	Jenis Tindakan	Kode ICD IX CM
		Utama		Demam	A 01.0	Visite & Konsul 89.0 & 89.7
Nama Dokter		Penyerta		Tifoid		IVFD & Injeksi 99.2
					Pasang Kateter	
Verifikasi Keuangan		Komplikasi			Dressing besar	
					Dressing kecil	

LAMPIRAN 9. Matriks Hasil Wawancara

INFORMASI	INFORMAN	JAWABAN INFORMAN	KESIMPULAN
Bagaimana proses penyampaian informasi dan sosialisasi dari <i>Clinical Pathway</i> serta evaluasinya?	MF	"..... tentunya CP (clinical pathway) ini setelah dibahas di tim komite medik dilakukan sosialisasi ke unit terkait. Selain melalui rapat komite juga saat meeting klinik.kendala tetap ada namun selalu diingatkan terus agar terisi dengan baik."	Sosialisasi kebijakan dan evaluasi tentang <i>clinical pathway</i> dilakukan pada kesempatan rutin.
	DL	".... Saat meeting clinic dilaporkan terkait hasil evaluasi tim komite medis terhadap implementasi <i>clinical pathway</i> juga sosialisasi terhadap kebijakan baru."	
	MF	"... evaluasi dilakukan berkala untuk CP yang sudah ada."	
Apakah sudah paham tujuan implementasi <i>Clinical Pathway</i> ?	PA	".... Harus dilakukan dok untuk pengisian CP ini karena biar ga rugi kalau merawat pasien BPJS."	Manajemen dan pelaksana sama-sama mengetahui perlunya implementasi <i>clinical pathway</i> .
	DL	"...manajemen perlu adanya implementasi <i>clinical pathway</i> , agar kami bisa lihat efektifitas dan efisiensi layanan."	
Bagaimana komitmen dari pelaksana dalam implementasi <i>clinical pathway</i> ? Apakah ada kendala selama implementasi?	TK	".... Beberapa ada yang masih kosong dok, jadi kita ingatkan lagi untuk mengisi."	Kendala pada implementasi adalah pada inkonsistensi.
	SR	"... kadang lupa isi, jadi dikembalikan untuk dilengkapi karena perlu untuk evaluasi biaya di pelayanan paket BPJS."	
	RM	"... yang agak lama membuat review utilisasi pelayanan karena beberapa dokumen harus	

		<i>dilengkapi dulu dok."</i>	Namun upaya penapisan dilakukan oleh pejabat yang berwenang agar semua sudah terisi sebelum dikumpulkan di tim casemix atau rekam medis
	TK	<i>"....kadang teman-teman ada keluhan sekarang dokumen yang harus diisi menjadi banyak sehingga kalau pasien banyak cukup menyita waktu."</i>	
	SR	<i>"....saya yang rewel dan selalu mengingatkan agar status pasien harus diisi lengkap. Masih saja ada yang kosong di beberapa isian.banyak memang yang harus diisi.. kan akreditasi juga minta. Perlu sering sosialisasi dan inhouse training. Biar ingat terus."</i>	
Bagaimana dukungan manajemen terhadap sumber daya penerapan <i>clinical pathway</i> ?	SR	<i>".... Kami mempunyai personil yang penjadwalannya sudah ditentukan di masing-masing ruangan. Jika kondisi pasien cukup banyak maka pola call out masih sangat dimungkinkan."</i>	Faktor sumber daya bukan masalah yang berarti untuk pengimplementasian <i>clinical pathway</i>
	RM	<i>".... Di tim ini saya melakukan koding untuk rawat inap, rawat jalan dilakukan oleh personil lain. Masing-masing dari kami mempunyai target untuk segera menyelesaikan pengkodean."</i>	
	TK	<i>"....formulir pengisian <i>clinical pathway</i> sudah ada dalam bundle rekam medis pasien dok, jadi kami tinggal mengisinya saja."</i>	
Apakah ada upaya dari manajemen untuk	PA	<i>"..... kami semua telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang penerapan <i>clinical pathway</i> di</i>	Faktor sumber daya yang berhubungan dengan

membekali dengan peningkatan <i>soft skill</i> karyawan?		<i>era JKN.”</i>	kualitas turut diperhatikan
	RM	<i>“... pernah studi banding dok ke rs pelni terkait casemix di era JKN... kami tim rekam medis dan keuangan yang berangkat.”</i>	
	WN	<i>“..... di awal kita dulu mengikuti program JKN kami melakukan studi banding dok. Untuk kualitas SDM kita insyaallah mereka sangat menguasai tentang casemix dan clinical pathway ini.”</i>	
Apakah pernah dilakukan monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan pengisian <i>Clinical Pathway</i> ?	PA	<i>“... kami pernah menyediakan terpisah dari rekam medis pasien tapi kadang lupa saat dibawa ke rekam medis. Jadi sekarang kami jadikan satu. kami juga mereview bentuk form isiannya, kami buat sesimpel mungkin agar memudahkan petugas yang mengisi dok.”</i>	Monitoring dilakukan dan faktor kewenangan memegang peranan penting.
	RM	<i>“.....kalau ada yang belum diisi dok, saya sendiri yang mengingatkan supaya kami mudah mereviewnya dan kami tembuskan ke tim komite medis.”</i>	
	PA	<i>“....saya yang mengingatkan sejawat jika ada yang lupa atau tidak tertib dalam pengisian clinical pathway nya.”</i>	
Apakah ada kebijakan yang diterbitkan oleh manajemen terkait	MF	<i>“.....kami sudah buat SPOnya dok, agar sejawat dilapangan mampu menjalankan dengan tertib.”</i>	Implementasi <i>clinical pathway</i> dan penetapan tarif telah disertai dengan

implementasi <i>Clinical pathway</i> dan penetapan tarif rumah sakit?	WN	<i>"...SK penetapan tarif ada dok, beserta buku tarifnya."</i>	terbitnya kebijakan dari manajemen rumah sakit. Berupa surat keputusan maupun standar prosedur operasional.
	EDS	<i>"...surat ketetapan tarif ada dan kenaikan tarif berkala setiap 2 tahun sekali dengan pola peningkatan prosentase dari tarif sebelumnya."</i>	
	RBT	<i>"....untuk tarif pasien BPJS saat ini kami hanya melakukan pola diskon atau kebijakan dengan menggunakan tarif tahun berapa, gitu dok. Karena kebijakan tarif kita naik tiap 2 tahun."</i>	
	RBT	<i>"....kalau untuk obat pasien bpjs unit costnya dari HNA ditambah PPN. Untuk tarif obatnya dimargin 25% dok."</i>	
Apakah pernah dilakukan penghitungan <i>unit cost</i> dan dilakukan evaluasi?	WN	<i>"....kami dalam melakukan review utilisasi layanan terhadap tarif Ina-CBGs juga sesuai SPO nya. Kami selalu ingatkan tim casemix agar detail dan optimal dalam pengkodean, jadi penagihan ke BPJS bisa optimal..... beberapa diagnosa tertentu, hasil review kami merugi. Pembayaran BPJS tidak cukup menutup biaya rumah sakit."</i>	Penghitungan <i>unit cost</i> sudah lama sekali dilakukan dengan konsep pembayaran layanan saat itu fee for service. Sejak pola pembayaran prospektif payment dengan INA-CBGs belum dilakukan lagi upaya evaluasi maupun penghitungan <i>unit cost</i> ulang.
	WN	<i>".....tarif di rumah sakit dulu sekitar tahun 2000 an kami hitung unit cost nya. Sudah lama sekali. Setelah itu tidak ada update hanya kenaikan berdasarkan prosentase saja."</i>	
	WN	<i>"....saya hitung waktu itu cukup detail, misal sewa kamar operasi saya hitung mulai listrik, air, biaya penyusutan gedung dan alkesnya"</i>	

		<i>sampai ke jasa operatornya lalu setelah ditotal saya bagi dengan jumlah operasinya dok."</i>	Evaluasi belum terencana oleh tim tarif untuk seluruh tarif layanan dan baru akan dimulai. Sehingga beberapa unit melakukan evaluasi sendiri sesuai dengan kinerja unitnya.
	EDS	<i>"...kami masih baru mulai memulai lagi ini. Kemarin habis pelatihan dari jogja. Nanti kami coba lagi hitung unit costnya, karena selama ini hanya naikkan tarif berdasarkan asumsi dan target pendapatan."</i>	
	GS	<i>"...saya coba buat rumusnya dengan pola berbasis aktifitas dok. Setiap tindakan nanti bisa kelihatan harga dasarnya"</i>	
	SR	<i>"...saya ga mau kalau dilihat pendapatannya saja yg naik. Saya hitung dok, berapa biayanya. Dan ini saya laporkan ke direktur. Untuk pasien BPJS kelas 3 saja sebenarnya rugi kalau tindakannya itu SC dok."</i>	
	SR	<i>"... saya sudah hitung detail juga dari beban biaya unit lain. Saya masukkan komponen laundry dan gaji teman-teman."</i>	

LAMPIRAN 10. Curriculum Vitae

Nama : Artha Surya Rismawan
 Tempat : Surabaya
 Tanggal Lahir : 5 April 1980
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Alamat : Jl. A W Syahrani, Villa Tamara, Cluster Andalusia
 Blok K5 no 11 Kel. Gunung Kelua, Kota Samarinda

A. Riwayat Pendidikan

NO	STRATA	INSTITUSI	TEMPAT	TAHUN LULUS
1	SD	SD Purwantoro I	Kota Malang	1992
2	SMP	SMPN 8	Kota Malang	1995
3	SMA	SMAN 3	Kota Malang	1998
4	S1 Dokter Gigi	Universitas Airlangga	Kota Yogyakarta	2006

B. Riwayat Pelatihan/Diklat

NO	PELATIHAN	INSTITUSI	TEMPAT	TAHUN
1.	Kesehatan Kerja, cost effective diagnose	PDGI	Bontang	2010
2	Manajemen Proyek dan pekerjaan	PT. KMU	Bontang	2016
3	Standar Akreditasi (workshop)	KARS	Samarinda	2018
4	Seminar KARS (Pitselinas)	KARS	Online	2020

C. Riwayat Pekerjaan

NO	INSTANSI	TEMPAT	KEDUDUKAN	PERIODE
1	Puskesmas Tembeling – Kab. Bintan – Kepulauan Riau	Kab. Bintan, Kepri	Dokter Gigi Puskesmas	2007-2008
2.	RS LNG Badak	Kota Bontang, Kaltim	Dokter Gigi	2008-2009
3.	Klinik Satelit 2 RS Pupuk	Kota Bontang,	Dokter Gigi	2009-2010

	Kaltim Bontang	Kaltim		
4.	RS Pupuk Kaltim Bontang	Kota Bontang, Kaltim	Dokter Gigi	2010-2012
	Klinik Satelit 1 RS Pupuk Kaltim	Kota Bontang, Kaltim	Kepala Klinik	2012-2013
	RS Pupuk Kaltim Siaga Ramania	Kota Samarinda, Kaltim	Manajer Penunjang Medis dan Instalasi Farmasi	2013-2016
	RS Pupuk Kaltim Siaga Ramania	Kota Samarinda, Kaltim	Direktur Rumah Sakit	2016-2018
	RS Medika Utama Permata	Kota Balikpapan, Kaltim	Staf Direktur RS	2019
	RS Medika Utama Permata	Kota Balikpapan, Kaltim	Direktur Rumah Sakit	2019-Sekarang