

**ANALISIS BIAYA IMPLEMENTASI
CLINICAL PATHWAY BEDAH SESAR
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL
YOGYAKARTA**

Naskah Publikasi

Diajukan Guna Memenuhi Sebagian Persyaratan
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Strata 2

**Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit
Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit**



**Diajukan Oleh :
ARI EKO PRIYANTO
20121030097**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2016**

LEMBAR PENGESAHAN

Naskah Publikasi

**ANALISIS BIAYA IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY BEDAH
SESAR DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTULYOGYAKARTA**

Telah diseminarkan dan disajikan pada tanggal:

.....2017

Oleh

ARI EKO PRIYANTO

20121030097

Penguji

Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kep

(.....)

LEMBAR PERNYATAAN

Sebagai sivitas akademis Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ari Eko Priyanto

NIM : 20121030097

Program Studi : Magister Manajemen Rumah Sakit Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit

Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ANALISIS BIAYA IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY BEDAH SESAR DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTULYOGYAKARTA

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya (dengan atau tanpa nama Pembimbing Tesis) sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Pada tanggal :

Yang menyatakan

(Ari Eko Priyanto)

INTISARI

ANALISIS BIAYA IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY BEDAH SESAR DI RSUD MUHAMMADIYAH BANTUL YOGYAKARTA

Ari Eko Priyanto¹, Elsy Maria Rosa²

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Latar Belakang : kenyataan dalam merawat pasien, dokter kadang memberikan pelayanan yang bervariasi sesuai dengan ilmu pengetahuan dan “rasa” yang dimilikinya. Namun tidak jarang, variasi yang diberikan malah tidak perlu dan bahkan beresiko membebani biaya pasien. Agar kondisi seperti ini bisa dikendalikan, implementasi *clinical pathway* bisa menjadi jawaban untuk menekan terjadinya over cost pada pasien.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian *kualitatif* yang bersifat *kualitatif deskriptif*. Subyek penelitian adalah tenaga medis yang bekerja di RSUD Muhammadiyah Bantul pada bulan Januari - April 2017. Sampel penelitian adalah pasien section caesarea dengan elektif sebanyak 32 pasien. Menggunakan total sampling. Data yang digunakan adalah data sekunder. Analisis data menggunakan analisis univariat.

Hasil dan Pembahasan : Hasil penelitian diperoleh sebanyak (15,6%) adalah responden bedah sesar yang tidak menggunakan *clinical pathway*, dimana beberapa tindakan bedah sesar tidak dapat menggunakan *clinical pathway*, dan salah satu faktornya adalah karena diagnosa dari tindakan tersebut. Pasien dengan biaya sesar terendah di RSUD Muhammadiyah Bantul sebanyak (43,8%). Tinggi rendahnya total cost dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain diagnosa dan pemilihan kelas.

Kesimpulan : Banyak kasus kebidanan yang dapat dikelola dengan cara standar berdasarkan aturan yang telah dirancang dengan baik. Ini terbukti dari hasil penggunaan *clinical pathway* pada perawatan klinis, bedah dan anestesi. Salah satu manfaat dari *Clinical Pathway* adalah mengurangi lama dirawat, sehingga didalam *Clinical Pathway* ditetapkan lama dirawat berdasarkan kasus tertentu yang bertujuan untuk mencegah terjadinya over cost, dan memberikan tingkat efisiensi dan mutu pelayanan.

Kata kunci : Analisis Biaya, Clinical Pathway, Bedah Sesar

1. Mahasiswa MRS UMY
2. Dosen Pembimbing MRS UMY

**ANALYSIS OF THE COSTS OF THE CLINICAL PATHWAY OF
CAESAREAN SURGICAL IN PUBLIC HOSPITALS PKU
MUHAMMADIYAH BANTUL YOGYAKARTA**

Ari Eko Priyanto¹, Elsy Maria Rosa²

Faculty of Medicine, Muhammadiyah University of Yogyakarta 2017

ABSTRACT

Background : The fact in care for a patient , doctor sometimes offer a service that varied according to science and taste which they have. But not uncommon, variation given instead unnecessary and even risk burden the cost of patients. That condition like these can controlled, the implementation of clinical pathway could be the answer to reduce the over cost in patients .

Method : The research is qualitative method that is both qualitative descriptive. Research is the subject of medical staff who work in public hospitals PKU Muhammadiyah Bantul in January or April 2017. Samples were patients with elective section caesarea as many as 32 patients. Using the total sampling. The data used was secondary data. Data analysis using analysis univariat

Result and Discussion: The research results obtained as many as (15.6 %) is caesarean surgical respondents fault that not using clinical pathway, whereby some act caesarean surgical fault could not use clinical pathway, and well, one issue is because the diagnosis of such action. Patients with the lowest cost of cesarean in public hospitals PKU Muhammadiyah Bantul as many (43.8%). High cost of the low total influenced by several factors among other diagnoses and class election

Conclusion : Many cases obstetrics that can be administered by means of standard based on rules that have been designed well.This has been proven of clinical pathway use results in clinical care, surgery and anesthesia. One of the benefits of of clinical pathway was to reduce long treated, so that in clinical pathway set long treated based on certain cases aimed at to prevent over cost, and giving the degree of efficiency and the quality of service.

Keywords : Analysis of the Costs, Clinical Pathway, Caesarean Surgical.

¹Student of Hospital Management. Faculty of medicine, Muhammadiyah University of Yogyakarta

²Lecturer at Hospital Management. Faculty of medicine, Muhammadiyah University of Yogyakarta

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia, hanya saja masalah pembiayaan pelayanan kesehatan masih sering menjadi kendala dalam upaya pemenuhan. Beban yang paling “mudah” dirasakan adalah beban biaya. Agar kondisi seperti ini bisa dikendalikan, implementasi *clinical pathway* bisa menjadi jawaban.

Clinical pathway merupakan suatu metodologi dalam pengambilan keputusan yang saling menguntungkan dan pengorganisasian pelayanan terhadap suatu kelompok pasien dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara meningkatkan hasil pelayanan, keselamatan pasien, kepuasan pasien dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya⁸. Banyak kasus kebidanan yang dapat dikelola dengan cara standar berdasarkan aturan yang telah dirancang dengan baik. Ini terbukti dari hasil penggunaan *clinical pathway* pada perawatan klinis, bedah dan anestesi⁵.

Bedah sesar merupakan proses pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen dan uterus⁷. Jumlah persalinan dengan bedah sesar terus mengalami peningkatan di berbagai negara dalam beberapa tahun terakhir. Presentase bedah sesar di Amerika Serikat dari tahun 1970 hingga 2007 telah mengalami kenaikan sebesar 27,3 %⁷.

Persalinan dengan bedah sesar bukan tanpa risiko. Komplikasi dapat terjadi pada persalinan dengan bedah sesar yaitu infeksi luka operasi, komplikasi anestesi, infeksi masa nifas, perdarahan, deep vein thrombosis, dan bahkan kematian⁷. Risiko mortalitas maternal pada bedah sesar tiga kali lebih besar dibandingkan dengan kematian pada persalinan pervaginam²⁵. Risiko kematian akibat bedah sesar adalah sebesar 2,2 per 100000 persalinan dari 1,5 juta kehamilan di mana bedah sesar darurat memiliki risiko 9 kali lebih besar sedangkan bedah sesar elektif memiliki risiko 3 kali untuk mengalami kematian maternal⁷.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul memiliki *Clinical Pathway* berdasarkan kasus tertentu. Salah satu manfaat dari *Clinical Pathway* adalah mengurangi lama dirawat, sehingga didalam *Clinical Pathway* ditetapkan lama dirawat berdasarkan

kasus tertentu. Penetapan lama dirawat dalam *Clinical Pathway* bertujuan untuk mencegah terjadinya over cost, dan memberikan tingkat efisiensi dan mutu pelayanan.

Salah satu *Clinical Pathway* yang dimiliki oleh RSUD Muhammadiyah Bantul adalah *Clinical Pathway* kasus *seksio caesarea*. *Seksio caesarea* merupakan salah satu kasus dan tindakan terbanyak yang dilakukan dirumah sakit. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti penggunaan *clinical pathway* pada pasien bedah sesar di RSUD Muhammadiyah Bantul.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat kualitatif. Penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif deskriptif. Penelitian kualitatif deskriptif adalah berupa penelitian dengan metode atau pendekatan studi kasus (*case study*).

Lokasi penelitian berada di RSUD Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini akan dilaksanakan selama kurun waktu Januari sampai dengan April 2017. Populasi penelitian ini adalah semua rekam medis pasien dengan section caesarea di RSUD Muhammadiyah Bantul pada bulan Desember 2016.

Sampel penelitian adalah pasien section caesarea dengan elektif. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 32 pasien. Kriteria inklusi dalam penelitian : bedah sesar yang dilakukan secara elektif. Kriteria eksklusi dalam penelitian : adalah bedah sesar karena percobaan persalinan pervaginam yang gagal.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *total sampling*, yaitu sebuah cara untuk mendapatkan sampel dengan mengambil seluruh populasi yang ada²⁴.

Instrumen penelitian adalah checklist observasi dan model telusur dokumen. Untuk mendapatkan informasi tentang kesesuaian dalam penggunaan *clinical pathway* pada pasien bedah sesar. Evaluasi penggunaan *clinical pathway* dilakukan dengan cara : Telusur dokumen, Observasi lapangan, Diskusi kelompok berfokus (FGD/ focus group discussion), Wawancara dengan dokter kandungan. Selain dilakukan wawancara mendalam kepada dokter kandungan RSUD Muhammadiyah Bantul, observasi juga dilakukan untuk melihat keberadaan dan

kelengkapan dokumen/data, SOP (Standar Operasional Prosedur) di bangsal perawatan. Data yang diperoleh hasilnya berupa prosentase untuk mendukung wawancara secara mendalam, dalam menggali hal-hal yang berhubungan dengan penggunaan *clinical pathway* sesuai dengan standar pelayanan di bangsal perawatan.

Analisa data kualitatif dalam penelitian ini dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Tahap pengumpulan data yaitu proses memasuki lingkungan penelitian dan melakukan pengumpulan data penelitian
2. Tahap reduksi data yaitu proses pemilihan, pemusatan perhatian dan penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis lapangan (hasil observasi dan hasil wawancara)
3. Tahap coding data yaitu melakukan pengkodean terhadap beberapa variabel yang akan diteliti dengan tujuan untuk mempermudah dalam melakukan analisa data dan mempercepat entry data.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Analisis Univariat yaitu analisis yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase dari variabel yang diteliti.

4. Tahap penyajian data yaitu penyajian informasi untuk memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.
5. Kesimpulan data yang telah dianalisa.

Jalannya Penelitian:

1. Tahap Pelaksanaan

Penelitian dilakukan pada Februari 2017 di RSUD Muhammadiyah Bantul dengan cara melihat rekam medis pasien sesar pada bulan Desember 2016. Data yang sudah terkumpul kemudian dianalisis dengan bantuan komputer, selanjutnya menyusun laporan penelitian dan persiapan seminar hasil.

2. Tahap Akhir

Penyusunan laporan hasil selesai kemudian mempersiapkan seminar hasil penelitian setelah mendapat persetujuan dari pembimbing. Pada bulan Maret 2017 melakukan seminar hasil dan melakukan revisi hasil seminar.

HASIL

1. Karakteristik Responden

Karakteristik pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dapat dilihat dalam tabel 4.

Tabel 4.4 Karakteristik Pasien SC

Karakteristik Responden	Presentase (%)
1. Umur :	
20-25 tahun	15,6
26-30 tahun	28,1
31-35 tahun	37,5
36-43 tahun	18,8
Total	100
2. Diagnosa :	
Sosial	9,4
Sosial+MOW	3,1
DKP	3,1
Gemeli	3,1
Makrosomia	3,1
PLR	3,1
PP	6,2
Presbo	6,2
ReSC	50
ReSC+MOW	6,2
SC+Miomektomi	6,2
Total	100
3. Kelas	
Vip	12,5
1	21,9
2	34,4
3	31,2
Total	100

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Pada tabel 4.4. terlihat bahwa umur pasien bedah sesar sebanyak (37,5%) adalah pasien yang berumur 31-35 tahun sedangkan pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dengan umur antara 20-25 tahun adalah sebanyak (15,6%).

Sebagian besar diagnosa responden yang melakukan bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul adalah Re-SC sebanyak (50%) sedangkan responden yang melakukan bedah sesar dengan diagnosa sosial adalah sebanyak (9,4%).

Pasien yang melakukan bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah sebanyak (34,4%) memilih kelas 2 sedangkan responden sebanyak (12,5%) memilih kelas VIP.

Tabel 4.5 Frekuensi Umur Pasien SC

Variabel	Hasil
Mean	31
Median	32
Modus	32
Std Deviation	4,8
Umur Minimal	23
Umur Maksimal	43

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Sebagian besar umur pasien di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul adalah 32 tahun (Modus) sedangkan nilai rata-rata umur pasien bedah sesar adalah 31 tahun. Umur maksimal pasien bedah sesar adalah 43 tahun.

1. Clinical Pathway SC

Tabel 4.6 Clinical Pathway Pasien SC

Bedah Sesar	Σ	%
Clinical Pathway	27	4,4
Non Clinical Pathway	5	15,6
Total	32	100

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Berdasarkan table 4.5 rata-rata pasien bedah sesar yang menggunakan clinical pathway sebanyak (84,4%), sisanya sebanyak (15,6%) adalah pasien bedah sesar yang tidak menggunakan clinical pathway.

2. Analisa Biaya Implementasi CP pada SC

Tabel 4.7 Biaya Implementasi CP pada SC

Tarif	Σ	%
6.000.000-7.999.000	14	43,8
8.000.000-10.999.000	14	43,8
11.000.000-12.265.000	4	12,4
Total	32	100

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Analisa biaya bedah sesar di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu antara 6.000.000 – 12.000.000 tergantung dari diagnosa dilakukannya tindakan pada saat bedah sesar. Responden bedah sesar dengan biaya tertinggi yaitu antara 11.000.000 - 12.265.000 sebanyak (12,4%).

Tabel 4.8 Frekuensi Tarif Pasien SC

Variabel	Besar Tarif (Rp)
Mean	9.024.461
Median	8.775.750
Modus	6.659.350
Std Deviation	1.776.864
Umur Minimal	6.659.350
Umur Maksimal	12.265.000

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Berdasarkan tabel 4.8 sebagian besar pasien bedah sesar dengan tarif Rp. 6.659.350 (Modus) sedangkan tarif rata-rata pasien bedah sesar adalah Rp. 9.024.461 (Mean). Tarif maksimal pasien bedah sesar di RSUD Muhammadiyah Bantul adalah Rp. 12.265.000.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar pasien bedah sesar dengan umur 32 tahun (Modus) dan memiliki umur maksimum 43 tahun. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden di RSUD Muhammadiyah Bantul memiliki umur yang berisiko untuk hamil dan jika ditinjau dari segi umur maka pasien bedah sesar memiliki kesempatan yang kecil untuk melakukan persalinan secara pervaginam.

Berdasarkan tabel 4.5 diatas dapat dibuktikan bahwa, variabel umur pasien bedah sesar mempunyai nilai mean sebesar 31 dengan standar deviasi (std deviation) sebesar 4,8 yang berarti nilai mean lebih besar dari pada standar deviasi, sehingga mengindikasikan hasil sebaran data yang cukup baik. Hal tersebut dikarenakan standar deviasi adalah pencerminan penyimpangan yang sangat tinggi, sehingga penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak menyebabkan bias. Umur minimalnya 23 tahun dan umur maksimumnya 43 tahun.

Sesuai dengan pendapat Dewi Yusmiati (2010), mengatakan bahwa wanita usia 30-35 tahun sebenarnya merupakan masa transisi. Kehamilan pada usia ini masih bisa diterima asal kondisi tubuh dan kesehatan wanita yang bersangkutan, termasuk gizinya dalam keadaan baik sehingga diharapkan dapat memberikan ASI lebih maksimal terhadap bayinya.

Pada tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar diagnosa responden untuk melakukan tindakan bedah sesar adalah Re-SC yaitu sebanyak (50%). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan ^{7,2}, yang menyatakan bahwa ibu hamil di usia tua, riwayat bedah sesar sebelumnya pada ibu multipara, populasi ibu hamil dengan obesitas, bedah sesar tanpa indikasi yang jelas juga merupakan faktor yang berperan dalam peningkatan jumlah persalinan melalui bedah sesar.

Pasien bedah sesar sebanyak (34,4%) memilih perawatan di kelas 2 dengan alasan jaminan kesehatan yang mereka miliki adalah untuk perawatan di kelas.

2. Clinical Pathway Bedah Sesar

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh sebanyak (15,6%) adalah responden bedah sesar yang tidak menggunakan *clinical pathway*. Beberapa tindakan bedah sesar tidak dapat menggunakan *clinical pathway*, dan salah satu faktornya adalah karena diagnosa dari tindakan tersebut. Dalam penelitian ini beberapa tindakan bedah sesar yang tidak dapat menggunakan *clinical pathway* adalah bedah sesar dengan MOW dan bedah sesar dengan Miomektomi. Hal ini sejalan dengan Lei ¹³, bahwa salah satu bagian dari penerapan *clinical pathway* adalah memberikan standar pada *clinical pathway*, bagian ini menjelaskan dalam keadaan apa bisa mengobati pasien sesuai dengan *clinical pathway*.

Menurut Marelli ¹⁷ *clinical pathway* merupakan pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis dan tahapan pelayanan. Secara teknis penyusunan *clinical pathway* adalah menentukan permasalahan, menunjuk koordinator, menentukan pihak- pihak

yang terlibat, menyiapkan literature, mengidentifikasi kebutuhan pasien, melakukan penyesuaian PPK (Pedoman Praktik Klinis).

KESIMPULAN

1. Penggunaan *clinical pathway* pada pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul adalah (84,4%).
2. Biaya bedah sesar terendah (Rp. 6.659.350) dan tertinggi (Rp. 12.265.000). Pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah sebanyak (12,4%) adalah pasien dengan biaya sesar tertinggi.
3. Hambatan yang dialami RSUD PKU Muhammadiyah dalam penggunaan *clinical pathway* pada pasien bedah sesar adalah diagnosa dan tambahan tindakan pada saat dilakukannya bedah sesar.
4. Sikap tenaga medis dalam penggunaan *clinical pathway* pada pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul adalah sangat mendukung dimana pasien bedah sesar sebanyak (84,4%) menggunakan *clinical pathway*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Abbas, T. 2010. *Handbook Of Mixed Methods In Social & Behavioral Reserch*. Jakarta. Pustaka Pelajar.
2. Becher L, Stokke S. 2013. Indication for Caesarean Section in St. Joseph Medical Hospital Moshi, Tanzania [Tesis]. Oslo (Norway). University of Oslo.
3. Baker, Malcolm, and Jeffrey Wurgler. 2004. *A catering theory of dividends*. Journal of Finance. 59:3, 1125–1165
4. Bhattacharya, S. 1979. Imperfect Information, Dividend Policy, and "The Bird in the Hand" Fallacy. The Bell Journal of Economics, Vol. 10, No. 1: 259-270.
5. Cannon, Pearson. 2003. Critical Pathways Intervension to Reduce Length of Hospital Stay. The American Journal of Medicine, Volume 110.

6. Creswell. 2010. *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
7. Cunningham FG. 2010. *Willian obatetric 23 edition*. New York: McGraw-Hill. Chapter 25, *Caesarean Deliveryand Peripartum Hysterectomy*.
8. European Pathways Association (EPA). 2005. *Slovenia Board Meeting, December 2005*.
9. Feuth S., Claes. 2008. *Introducing Clinical Pathways as a Strategy for Improving Care*. *International Journal of Care Coordination*. DOI: 10.1258 / JICP.2008.008008 vol. 12 no. 2 56-60.
10. Firmanda D. 2010. *Pedoman Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di rumah sakit*. Jakarta. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati.
11. Huang, dkk. 2015. "Effects of clinical pathways in stroke management: A meta- analysis". *Neurology Asia* 2015; Vol. 20. No. 4. PP. 335 – 342.
12. Kahneman. D, Tversky, A. 1979. *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*. *Econometrica*, 47(2), pp. 263-291.
13. Lei. J, Wang. F.L, Deng. H, Miao. D. 2012. *Emerging Research in Artificial Intelligence and Computational Intelligence*. London: Springer.
14. Li. S, Jin. Q, Jiang. X, Park. J. J. 2014. *Frontier and Future Development of Information Technology in Medicine and Education*. London: Springer.
15. Lintner, J. 1965. *The Valuation of Risk Assets and the Selection of Risky Investment in Stock Portfolios and Capital Budgets*. *Review of Economics and Statistics*, 47: 13-37.
16. Lumenta. 2014. *Overview Patient Care-Asuhan Pasien*.
17. Marelli. 2000. *Nursing Documentation Book (3rd ed)*. St. Louis: Mosby inc.
18. Miller& Modigliani. 1961. *Dividend policy, growth, and the valuation of shares*. *the Journal of Business*. Vol 34: 411-433.
19. Middleton, Sue dan Roberts, Adrian. 2000. *Integration Clinical Pathways: A Practical Approach To Implementation*. USA: McGraw-Hill.
20. Mochtar, R. 2009. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi dan Obstetri Patologi*. Jakarta : EGC.

21. Mulyawati, dkk. 2011. Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <http://journal.unnes.ac.id/index.Php/Kemas>. Diakses tanggal 12-09-2012.
22. Myers, S. C., Majluf, Nicholas S. 1984. Corporate Financing And Investment Decisions When Firms Have Information That Investors Do Not Have. *Journal of Financial Economics* 13 (1984): 187-221.
23. Notoatmodjo, S. 2007. Ilmu perilaku. Jakarta. EGC.
24. Notoadmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
25. Priyoko. 2011. Luaran Maternal dan Perinatal pada Bedah Sesar Darurat di RSUP dr. Kariadi Semarang tahun 2003-2006 (Thesis). Semarang. UNDIP.
26. Prawirohardjo. 2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
27. Reeder, S. J., Martin, L. L., dan Griffin, D. K. 2011. *Keperawatan Maternitas:Kesehtan Wanita, Bayi dan Keluarga*. Ed.18. Vol.2, Penerjemah: Yanti Afiyanti, dkk. Jakarta : EGC.
28. Riskesdas. 2010. Riset Kesehatan Dasar Riskesdas. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI Kementrian Kesehatan RI.
29. Roymeke, Tobias dan Stummer, Harald. 2012. “Clinical Pathways as Instruments for Risk and Cost Management in Hospitals - A Discussion Paper”. *Global Journal of Health Science*, Vol. 4, No. 2, pp. 50-59.
30. Ross, S. 1976. The Arbitrage Theory of Capital Asset Pricing. *Journal of Economic Theory*, 13(3): 341–360.
31. Ross S A. 1977. The Determination of Financial Structure: The Incentive-Signalling Approach. *The Bell Journal of Economics*, Vol. 8, No. 1: 23-40.
32. Sharpe, W. F. 1964. Capital Asset Prices: a Theory of Market Equilibrium Under Conditions of Risk. *Journal of Finance*, 19: 425-442.
33. Suryani. 2012. (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2010) Presentaase Operasi Caesaria di Indonesia Melebihi Standart Maksimal, Apakah Sesuai dengan Indikasi Medis?. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*.
34. Sugiono. 2010. Memahami Penelitian Kualitatif. Alfabeta.

35. Tim Casemix. 2008. Clinical Pathway dalam Sistem Casemix dalam Seminar Solusi Strategis Permasalahan Klaim & Pembayaran RS dalam Konteks Askeskin, 18-20 Maret 2008. Yogyakarta. FK UGM.
36. Timmermans. 2005. The Promises and Pitfalls of Evidence-Based Medicine: Nonadherence to practice guideline remains the major barrier to the successful practice of evidence-based medicine, *Health Affairs*, 24.
37. Todman. 2007. A History of Caesarean Section: From Ancient World to The Modern *Era*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetr and Gynaecol*, 47(5).
38. Wawan,A,dan Dewi. 2011. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta. Nuha Medika.
39. Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
40. Yin, Robert. 2014. *Studi Kasus Desain & Metode*. Jakarta. Rajawali Pers.
41. Zannini. 2012. “Experimenting Clinical Pathways In General Practice: A Focus Group Investigation With Italian General Practitioners”. *Journal of Public Health Research* 2012; Vol. 1, No. 30, pp. 192-198