

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Clinical Pathway*

Clinical Pathway atau alur klinis adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang dapat merangkum setiap tindakan yang diberikan kepada pasien berdasarkan Standard Pelayanan Medis dan Asuhan Keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam periode waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Berdasarkan *European Pathways Associate*, pada kongres terakhirnya di Slovenia telah merevisi definisi *Clinical Pathways* sebagai berikut: *Clinical Pathways* merupakan suatu metodologi dalam cara mekanisme pengambilan keputusan terhadap layanan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pengelompokan dan dalam jangka waktu tertentu (EPA, 2005).

Berdasarkan konteks ini, fokus *clinical pathway* adalah pada proses kerja dan bagaimana seseorang dapat mengaturnya dengan cara yang berorientasi pada hasil dan penghematan biaya karena lebih menguntungkan. Beberapa penulis mengklaim, bahwa sejumlah

pelajaran dari *clinical pathway* yang relevan dengan perawatan kesehatan dalam rangka untuk menghapus hambatan dan tindakan-tindakan yang dianggap tidak perlu dalam penatalaksanaan pasien melalui suatu sistem, yang menjadi faktor kunci disini yaitu pelaksanaan yang efektif melalui alur klinis.

Beberapa rumah sakit sekarang berfokus pada penggunaan perawatan sesuai standar melalui proses *clinical pathway*, dan penggunaan sumber daya secara efektif. Dengan demikian, standarisasi bekerja melalui *clinical pathway* telah menjadi strategi penting dalam rangka memberikan kualitas tinggi dan penyediaan layanan hemat biaya, sehubungan dengan pendekatan dalam perawatan kesehatan didasarkan pada paradigma optimalisasi (Timmermans & Berg 2003, Ramsdal & Skorstad 2004 Vikkelsø & Vinge 2004 Ramsdal & Ramsdal 2007). Penggunaan metode *clinical pathway* dimulai sebagai alat untuk menyeimbangkan biaya dan berkualitas sebagai respon terhadap pengenalan *Diagnostic Related Group* (DRG) implementasi di rumah sakit.

Clinical Governence atau tata kelola klinis menurut UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah peneraman fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinis, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbaris bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan

keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan dan akreditasi rumah sakit.

Standar *clinical governance* antara lain : a) akuntabilitas pelayanan klinik, dalam standar ini ada beberapa pertanyaan yang diajukan untuk mengetahui sejauh mana tanggung jawab pihak rumah sakit dari tingkat organisasi sampai individu dalam menerapkan konsep peningkatan mutu pelayanan klinik, b) kebijakan dan strategi, pertanyaan yang diajukan dalam standar ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana konsep peningkatan mutu pelayanan klinik yang telah terintegrasi dalam proses rumah sakit, c) struktur organisasi, pertanyaan dalam standar ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pelayanan klinik rumah sakit yang telah terintegrasi dalam struktur organisasi rumah sakit, d) komunikasi, pertanyaan yang diajukan dalam standar ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana konsep peningkatan mutu pelayanan klinik rumah sakit telah disosialisasikan kepada seluruh karyawan atau staf rumah sakit, stakeholder dan kepada pasien atau keluarga, e) pengembangan dan pelatihan, pertanyaan yang diajukan bertujuan untuk mengetahui sejauh mana para karyawan atau staf, manajer dan klinisi disediakan informasi, referensi dan pelatihan dalam meningkatkan konsep mutu pelayanan klinis, f) pengukuran efektifitas, pertanyaan dalam standar

ini diajukan untuk mengetahui sejauh mana indikator kinerja kunci yang telah dikembangkan dan digunakan untuk setiap level organisasi rumah sakit untuk menilai dan menunjukkan efektifitas dari penerapan konsep peningkatan mutu pelayanan klinik.

Komponen dari *clinical governance* adalah: a) *clinical audit*, telaah kritis dan sistematis terhadap mutu pelayanan klinik termasuk prosedur diagnosis, terapi dan pelayanan, penggunaan sumber daya di rumah sakit sampai dengan *outcome* serta *quality of life* dari pasien, b) *good quality of clinical data*, peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus dapat diukur melalui data klinis yang *reliable* dan *valid*, c) *outcome measurement*, indikator keluaran klinis merupakan salah satu tolak ukur mutu klinis yang dapat dinilai dari waktu ke waktu, d) *clinical risk management*, di dalam memberikan pelayanan setiap petugas yang terlibat harus memahami prosedur yang dapat mencegah terjadinya resiko akibat penatalaksanaan klinis, e) *evidence based practice*, penerapan upaya medik di dukung oleh bukti ilmiah dari hasil uji klinis acak terkendali maupun telaah sistematik, f) *manajemen poor performance*, upaya mengatasi kinerja buruk baik individual maupun kelompok klinisi, g) *mechanisme to monitor the outcome of care*, mekanisme pemantauan hasil pelayanan kesehatan

dilaksanakan untuk menghindari kesalahan yang sama pada tindakan keperawatan (Utarini, 2003) .

Jika setiap rumah sakit menerapkan *clinical govermence* sebagai kebiasaan bukan kewajiban, maka diharapkan manajemen, petugas kesehatan dan dokter bersikap profesional mempunyai kinerja yang berkualitas dalam merawat pasien sehingga pada akhirnya pasien terhindar dari kesalahan medik.

Firmanda (2005) mengatakan bahwa prinsip dalam penyusunan *clinical pathway*, memenuhi beberapa hal mendasar, seperti:

- a. Semua tindakan pelayanan yang diberikan harus secara menyeluruh dan berorientasi berpusat terhadap pasien (*patient focused care*) serta berkesinambungan (*continuing of care*)
- b. Memberdayakan semua profesi yang ada (dokter, perawat/bidan, penata, laboratoris dan farmasi) yang terlibat dengan pelayanan rumah sakit terhadap pasien
- c. Sesuai kriteria waktu yang telah ditetapkan berdasarkan keadaan perjalanan penyakit pasien dan dicatat dalam bentuk periode harian (untuk kasus rawat inap) atau jam (untuk kasus gawat darurat di unit gawatdarurat).
- d. Penulisan *clinical pathway* berupa dokumentasi, harus mencakup seluruh tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien secara

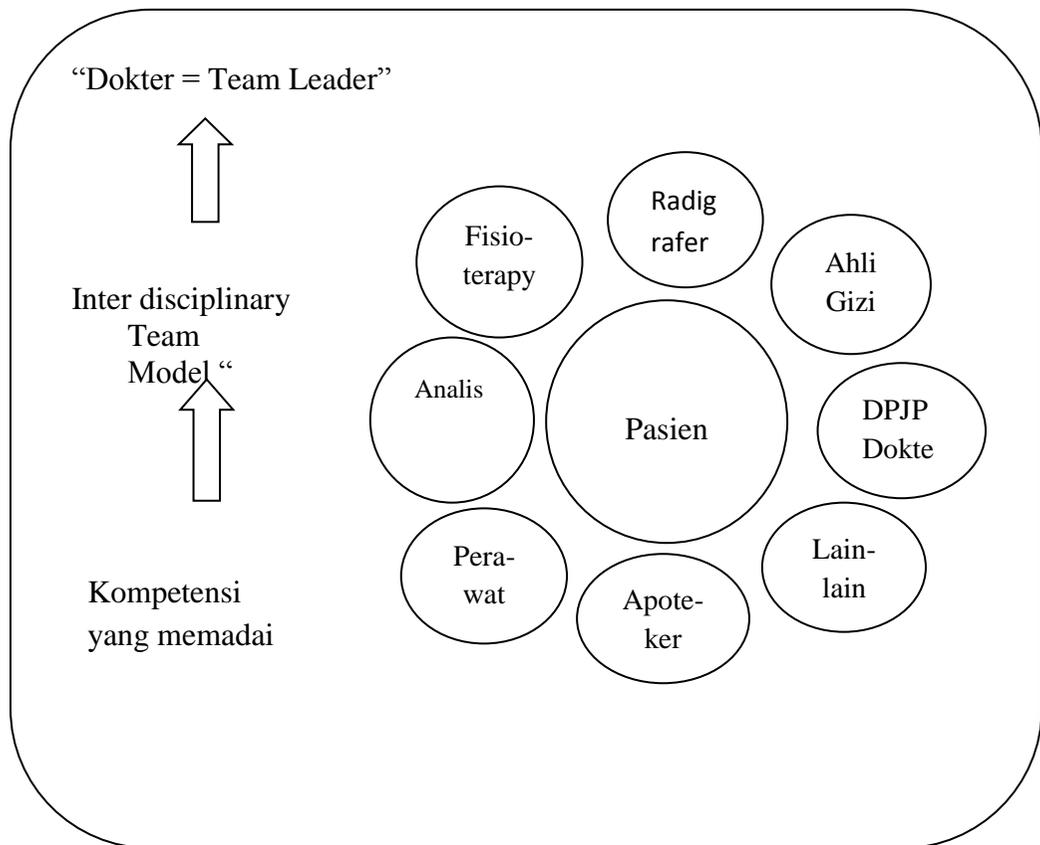
menyeluruh dan berkesinambungan yang menjadi bagian dari Rekam Medis.

- e. Semua penyimpangan tindakan dalam penggunaan *clinical pathway* dicatat sebagai varian dan dikaji serta audit secara analisis.
- f. Kejadian varian tersebut dikarenakan keadaan perjalanan penyakit tertentu, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis (*medical errors*) dan dipergunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.

Clinical Pathway terdiri dari 4 komponen utama, yaitu: kerangka waktu, kategori asuhan, kriteria hasil dan pencatatan varian. Pola waktu memperlihatkan tahapan-tahapan sesuai hari perawatan atau sesuai dengan tahapan pelayanan seperti: fase sebelum operasi, selama operasi dan sebelum operasi. Kriteria asuhan berisi kegiatan yang memperlihatkan asuhan seluruh anggota tim pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Kegiatan dibedakan berdasarkan macam-macam tindakan untuk jangka waktu tertentu. Kriteria hasil berisikan hasil yang diharapkan dari standar asuhan yang diberikan, meliputi kriteria jangka panjang yaitu menggambarkan kriteria hasil dari keseluruhan asuhan sedangkan

kriteria jangka pendek, yaitu menggambarkan kriteria hasil pada setiap tahapan pelayanan pada jangka waktu tertentu. Lembaran varian mencatat dan menganalisis deviasi dari standar yang ditetapkan dalam *clinical pathway*. Kondisi pasien yang tidak sesuai dengan standar asuhan atau standar yang tidak bisa dilakukan dicatat dalam lembar varian (Feuth dan Claes, 2008).

Clinical Pathway merupakan pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis dan tahapan pelayanan (Marelli, 2000). *Clinical Pathway* menggabungkan standar asuhan setiap tenaga kesehatan secara sistemik. Tindakan yang diberikan diseragamkan dalam suatu standar asuhan, namun tetap memperhatikan aspek individu dari pasien. Dimana pelayanan berpusat pada pasien, menurut Lumenta (2014) pelayanan yang berpusat pada pasien adalah asuhan yang menghormati dan responsive terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis. Pelayanan berpusat pada pasien adalah pelayanan kesehatan yang diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia tanpa terkecuali dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1 Model Implementasi Lumenta
 Sumber: Lumenta; 2014; Overview Patient Care

Langkah langkah dalam menyusun format *clinical pathway* yang harus diperhatikan:

- a. Melibatkan semua unsur sesuai dengan definisi dari *Clinical Pathways*
- b. Menggunakan data yang ada di lapangan rumah sakit dan keadaan setempat seperti data laporan morbiditas pasien yang dibuat oleh setiap rumah sakit berdasarkan buku petunjuk pengisian,

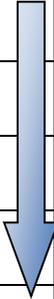
pengolahan dan penyajian data rumah sakit dan sensus harian untuk penetapan permasalahan *clinical pathway* yang akan dibuat dan penetapan lama perawatan.

- c. Bagi variabel kegiatan dan obat-obatan bersumber kepada standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dan daftar standar formularium yang sudah dibuat di rumah sakit tersebut.
- d. Manfaatkan Buku ICD 10 untuk melihat kodefikasi diagnosis dan ICD 9 CM untuk melihat tindakan prosedur sesuai dengan profesi/SMF masing masing.

Mari kita mulai dengan mengutip definisi umum alur klinis yang digunakan adalah dokumen yang menguraikan standar, berbasis bukti multidisiplin rencana pengelolaan, yang mengidentifikasi urutan yang tepat klinis intervensi kerangka waktu, tonggak dan hasil yang diharapkan untuk homogen kelompok pasien (Queensland Health Clinical Pathways Dewan definisi, 2002). Muir Gray (2009) mengacu pada definisi Kitchener, yang mirip dengan definisi di atas.

Tabel 2.1 di bawah ini merupakan format bentuk umum dari *clinical pathway* yang dapat dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan dan kebijakan rumah sakit.

Table 2.1
Format Bentuk Umum *Clinical Pathways*

Aktivitas Pelayanan	Pra Rawat Inap Poliklinik/IGD	Rawat Inap		
		Hari 1 Tgl	Hari 2 Tgl	Komplikasi/ Co-Morbidity
1	2	3	4	5
Pendaftaran				
Penetapan Diagnosa				
Pra Perawatan				
Perawatan				
Tindaklanjut				

Sumber : Feuth and Claes, 2008

2. Standar Pelayanan Kedokteran

Standar Pelayanan Kedokteran (SPK) adalah pedoman atau petunjuk yang harus diikuti dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran (PMK Nomor 1438 tahun 2010). Standar pelayanan Kedokteran disusun secara sistematis dengan menggunakan pilihan pendekatan pengelolaan penyakit komplikasi; dalam kondisi tunggal, yaitu tanpa penyakit lain atau pengelolaan berdasarkan kondisi.

Standar Pelayanan Kedokteran dibuat dengan bahasa yang jelas, tidak bermakna ganda, menggunakan kata bantu kata kerja yang tepat, mudah dimengerti terukur dan realistis.

Standar Pelayanan Kedokteran harus sah pada saat ditetapkan mengacu pada kepustakaan terbaru dengan dukungan bukti klinis dan dapat berdasarkan hasil penapisan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan atau institusi pendidikan kedokteran.

3. Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah suatu alat untuk mengarahkan atau tahapan-tahapan aktivitas yang dipatenkan dalam rangka pemenuhan kebutuhan tertentu klien (Depkes RI, 2006). Suatu langkah-langkah yang harus dilewati dalam suatu proses kerja tertentu, sehingga dapat dianut oleh seorang yang memiliki kewenangan atau yang memiliki tanggungjawab untuk mempertahankan tingkat penampilan atau keadaan tertentu sehingga aktivitas tersebut dapat diselesaikan berdasarkan keefektifan dan keefisienan (Depkes RI, 2006).

Tujuan umum standar operasional prosedur adalah memberikan instruksi asuhan keperawatan guna mencapai tujuan yang efisien dan efektif sehingga tercipta kestabilan dan aman untuk meningkatkan mutu pelayanan berdasarkan pemenuhan standar yang masih berlaku.

Tujuan khusus standar operasional prosedur adalah :

- a. Menjaga ketaatan tingkat penampilan kerja atau kinerja.

- b. Memperkecil tingkat kegagalan, kesalahan dan kelalaian dalam proses pelaksanaan aktivitas.
- c. Merupakan salah satu tolak ukur untuk menilai pelayanan dan mutu kinerja.
- d. Memastikan keefektifan dan keefensiensian sumber daya.
- e. Menggambarkan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari masing-masing unit terkait.
- f. Meningkatkan keadekuatan dan akuratan pendokumentasian.

Fungsi standar operasional

- a. Mempertegas tugas dari masing-masing unit.
- b. Merupakan dasar hukum dan etik terhadap penyimpangan.
- c. Mengetahui dengan pasti masalah-masalah yang ada.
- d. Menginstruksikan petugas kesehatan untuk disiplin dalam bekerja.
- e. Merupakan pedoman dalam melakukan aktivitas rutin.
- f. Standar merupakan bagian dari mutu karena standar menjadi penentu mutu suatu rumah sakit. Standar diciptakan sebagai instruksi dalam memberikan pelayanan serta kinerja yang harus dicapai.

4. Bedah Sesar (*Caesarean Section*)

Istilah *Sectio Caesarea* berasal dari bahasa latin *caedere* yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Todman, 2007).

Bedah sesar disebut juga dengan *seksio cesarea* (disingkat sc) adalah proses persalinan dengan melalui penyayatan, dimana sayatan dilakukan di perut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk melahirkan bayi. Bedah sesar biasanya dilaksanakan saat proses persalinan normal tidak dapat dilakukan karena berisiko terhadap komplikasi medis lainnya. Prosedur persalinan dengan pembedahan biasanya dilaksanakan oleh tim dokter yang beranggotakan *obsgyn*, anak, anestesi, bidan serta perawat (Wikipedia, 2011).

Sectio Caesarea (SC) adalah upaya mengeluarkan janin melalui pembedahan pada dinding abdomen dan uterus. *Sectio Caesarea* merupakan bagian dari metode obstetrik operatif. Persalinan *sectio caesarea* dilakukan sebagai alternatif jika persalinan lewat jalan lahir tidak dapat dilakukan. Tujuan dilakukan persalinan *sectio caesarea* agar ibu dan bayi yang dilahirkan sehat dan selamat (Reeder, 2011)

a. Indikasi Persalinan *Sectio Caesarea* (SC)

Indikasi persalinan *sectio caesarea* terdiri atas beberapa faktor antara lain faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta atau kombinasi satu dengan yang lain menurut Reeder (2011). Faktor ibu terdiri atas penyakit ibu yang berat (seperti penyakit jantung berat, diabetes mellitus, preeklamsia berat atau eklamsia, dan kanker serviks) atau infeksi berat (virus herpes simpleks tipe II atau herpes genitalis dalam fase aktif atau dalam 2 minggu lesi aktif). Penyakit tersebut membutuhkan persalinan *sectio caesarea* karena beberapa alasan: (1) untuk mempercepat persalinan dalam suatu kondisi yang kritis; (2) karena ibu dan janinnya tidak mampu menoleransi persalinan; (3) janin akan terpajan dengan risiko bahaya yang meningkat saat melalui jalan lahir. Faktor ibu yang lain adalah pembedahan uterus sebelumnya, termasuk miomektomi, persalinan *sectio caesarea* sebelumnya dengan insisi klasik, rekonstruksi uterus, dan obstruksi jalan lahir karena adanya fibroid atau tumor ovarium.

Faktor janin terdiri atas kegawatan pada janin, seperti fetal distress, janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, dan malpresentasi (presentasi dengan letak melintang dan janin dengan presentasi dahi). Kehamilan ganda

dengan bagian terendah janin kembar adalah presentasi melintang bokong. Faktor plasenta berupa plasenta previa dan solusio plasenta (pemisahan plasenta sebelum waktunya). Faktor kombinasi antara faktor ibu dan janin pada umumnya adalah distosia (kemajuan persalinan abnormal) yang ditunjukkan sebagai suatu kegagalan dalam kemajuan persalinan. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dan ukuran kepala janin atau yang biasa disebut DKP (*disproporsi sefalopelvik*), kegagalan induksi, atau aksi kontraksi uterus yang abnormal.

Perlu diketahui bahwa setiap rumah sakit yang berbeda memiliki aturan yang berbeda pula tentang waktu pelaksanaan *sectio caesarea*. Kawasan Britania Raya, berlaku suatu undang-undang yang menjelaskan bahwa ibu hamil memiliki hak untuk tidak menerima tindakan medis apapun tanpa terkecuali *sectio caesarea* walaupun keputusan tersebut dapat memberikan dampak yang buruk bagi nyawanya atau nyawa bayinya. Berbeda dengan negara lain yang memiliki dasar hukum yang berbeda pula mengenai hal tersebut. Perhatikan juga hal mengenai *sectio caesarea* atas indikasi permintaan pasien.

Beberapa indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* menurut Prawirodihardjo (2008) :

1) Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana tempat pelekatan plasenta terletak di abdomen yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

2) Panggul sempit

Panggul sempit adalah panggul yang memiliki ukuran kurang dari ukuran yang normal, yaitu 11 cm.

3) Disproporsi *sefalo pelvik* (DKP)

Adalah apabila janin tidak dapat dilahirkan secara pervaginam, jika janin masih bisa diselamatkan segera dilakukan *sectio caesarea*. Ketidaksesuaian antara ukuran kepala dengan ukuran panggul yaitu ukuran panggul normal tetapi ukuran kepala lebih besar

4) Risiko Ruptur uteri

5) Persalinan lama

Adalah persalinan yang durasinya lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida.

6) Persalinan tidak maju

Persalinan tidak maju adalah persalinan dengan kontraksi yang adekuat, akan tetapi tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan servik, turunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir. Persalinan pada primi tua biasanya lebih lama.

7) Distorsi servik

8) Preeklamsi dan eklamsi

Merupakan kumpulan gejala yang timbul pada saat hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari : hipertensi, proteinuria dan edema yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma pada eklamsia.

9) Malpresentasi janin

Malpresentasi letak lintang, bokong, dahi dan muka, presentasi rangkap, gemelli.

b. Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Pada umumnya persalinan dengan *Sectio Caesarea* tidak boleh dilakukan pada janin mati, anemia berat sebelum diatasi, syok dan kelainan kongenital berat (Wiknjosastro, 2007).

Kontra indikasi yang perlu dilakukan sebelum melakukan *Sectio Caesarea* antara lain (Mochtar, 2009):

- 1) Janin mati atau berada dalam keadaan kritis kemungkinan janin hidup relatif kecil, dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi
- 2) Jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas yang hanya dilakukan *Sectio Caesarea ekstrapitoneal*
- 3) Kurang memadainya pengalaman dokter obsgyn dan tenaga medis atau asisten serta peralatan bedah yang kurang mendukung

c. Jenis Bedah Sesar

Ada beberapa jenis bedah sesar, diantaranya:

1) Segmen atas

Yaitu pembedahan dengan robekan secara vertikal pada dinding perut sehingga dapat memperluas jalan keluar bayi. Jenis ini jarang digunakan oleh tenaga kedokteran karena sangat berisiko terhadap kelahiran.

2) Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih

Jenis ini sering dilakukan karena dapat memperkecil risiko terjadi komplikasi.

3) Histerektomi Bedah Sesar

Yaitu bedah sesar dimana setelah bayi keluar langsung dilakukan pengangkatan rahim (uterus). Metode ini dilakukan

untuk kasus-kasus tertentu seperti pendarahan yang tidak dapat dikendalikan atau pada saat plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim (plasenta accreta).

- 4) Bedah sesar ekstrapéritoneal
- 5) Bedah sesar berulang

Operasi ini dilakukan pada ibu hamil dengan bedah sesar pada kehamilan sebelumnya. Biasanya sayatan dilakukan pada bekas operasi sebelumnya.

5. Perilaku Penggunaan *Clinical Pathway*

a. Pengertian perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik didasari maupun tidak (Wawan dan Dewi, 2011).

Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam Notoatmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Bimbo, 2001 *Cit* Suryani, 2008 menjelaskan bahwa berdasarkan Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai perilaku aksi dan reaksi organism terhadap lingkungannya. Hal ini

berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Dengan demikian, maka sesuatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu.

b. Tingkatan Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa sebelum orang melakukan perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang kontinuitas, yakni:

- 1) Kesadaran : menyadari dan mengetahui objek sebelumnya.
- 2) Ketertarikan : tertarik terhadap objeknya
- 3) Penilaian (mulai melakukan pengukuran terhadap baik dan tidaknya objek tersebut bagi dirinya).
- 4) Coba : mulai mencoba-coba perilaku yang baru.
- 5) Perubahan : telah melakukan perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap objek.

Jika perubahan suatu perilaku baru atau adopsi perilaku dilakukan dengan proses seperti ini, dimana dilandasi dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan menimbulkan sifat yang berlangsung lama atau *long lasting*. Sebaliknya jika perilaku itu tidak didasari oleh

pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan langgeng (Notoatmodjo, 2007).

c. Faktor yang mempengaruhi perilaku.

Pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, agar intervensi atau upaya efektif, maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut. Konsep umum yang dilakukan untuk mendiagnosis perilaku adalah konsep dari Laurence Green (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2007), perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

1) Faktor predisposisi (*Predisposing factor*).

Faktor predisposisi ini meliputi pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2) Faktor pendukung (*Enabling Factors*).

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana dan fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Untuk berperilaku sehat, masyarakat perlu sarana dan prasarana pendukung. Fasilitas yang tersedia pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin.

3) Faktor-faktor penguat (*Reinforcing factors*).

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas. Termasuk juga Undang-Undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan acuan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas. Disamping itu Undang-Undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

d. Tahap-Tahap Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan membutuhkan waktu yang cukup lama. Menurut Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku dalam kehidupan melalui tiga tahap yaitu:

1) Pengetahuan

Untuk melakukan suatu tindakan, seseorang harus mengetahui terlebih dahulu pengertian dan manfaat dari perilaku itu sendiri terhadap dirinya.

2) Sikap

Sikap belum tentu langsung dapat dilihat, akan tetapi sikap merupakan kesiapan untuk melakukan suatu tindakan.

3) Praktik atau tindakan

Tindakan akan terwujud setelah seseorang mendapatkan faktor pendukung atau keadaan yang memungkinkan bagi dirinya, sehingga ia dapat mempraktekkan sesuai dengan apa yang dinilainya baik.

6. Teori Keuangan

Teori keuangan adalah kegiatan pemilik dan manajemen perusahaan untuk mendapatkan sumber modal yang semurah-murahnya dan menggunakannya se-efektif, se-efisien, se-produktif

mungkin untuk menghasilkan laba, atau dapat juga dikatakan bahwa manajemen keuangan adalah suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian dan penyimpanan dana yang dimiliki oleh organisasi atau perusahaan. Manajemen keuangan merupakan manajemen terhadap fungsi-fungsi keuangan. fungsi-fungsi keuangan tersebut meliputi bagaimana memperoleh dana (*Raising of Fund*) dan bagaimana menggunakan dana (*Allocation of Fund*). Beberapa teori keuangan diantara adalah:

a. *Arbitrage pricing theory* (APT).

Seperti halnya CAPM, APT menggambarkan hubungan antara risiko dan ekspektasi return saham, tetapi dengan menggunakan asumsi dan prosedur yang berbeda. APT menggunakan asumsi bahwa return dari suatu perusahaan dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk kondisi makro ekonomi (Ross, 1976)

b. *Bird in the hand theory*

Bird in the hand theory menyatakan bahwa investor jauh lebih menghargai pendapatan yang diharapkan dari dividen daripada pendapatan dari keuntungan modal karena komponen hasil dividen, D_1/P_0 lebih tidak berrisiko dibandingkan dengan komponen g (growth/pertumbuhan) Menurut *bird in the hand*

theory, nilai perusahaan akan dimaksimalkan dengan menentukan rasio pembayaran yang tinggi (Gordon dan Lintner, 1965)

- c. CAPM (*Capital Asset Pricing Model*). Model yang menghubungkan risiko dan return yang diharapkan. Teori CAPM disusun dengan berdasar pada model portfolio yang dikembangkan oleh Markowitz (1959). dalam teori CAPM, beta merupakan satu-satunya faktor risiko yang relevan dalam mengukur risiko sekuritas (Sharpe, 1964).

- d. *Catering theory of dividend*

Keputusan membagikan dividen oleh manajer dipengaruhi oleh permintaan / sentimen investor terhadap dividen tunai. besarnya permintaan investor terhadap dividen tunai bervariasi setiap waktu (Baker, 2004).

- e. *Dow Theory*

Teori pertama dalam analisis teknikal. Bertujuan untuk mengidentifikasi trend harga pasar saham dalam jangka panjang berdasarkan data-data historis harga pasar saham di masa lalu (Charles Dow, 1899)

- f. *Irrelevance dividend policy (Dividend Irrelevance Theory)* bahwa investor tidak peduli antara dividen dengan keuntungan modal (capital gain). kebijakan dividen tidak mempunyai pengaruh

terhadap nilai perusahaan maupun terhadap biaya modalnya. nilai suatu perusahaan hanya ditentukan oleh kemampuan dasarnya untuk menghasilkan laba dan risiko bisnisnya (Miller & Modigliani, 1961).

- g. *Pecking Order Theory*, yaitu perilaku pendanaan perusahaan dimana dalam suatu urutan struktur modal para manajer pertama kali akan memilih untuk menggunakan pendanaan internal, penggunaan utang lebih dipilih daripada ekuitas jika pendanaan eksternal dibutuhkan (Myers, 1984).
- h. *Prospect Theory*, model pengambilan keputusan investor dihubungkan dengan risiko. model ini adalah kritik terhadap expected utility theory. Investor lebih bersikap risk averse ketika menghadapi keuntungan dan lebih bersikap risk seeker ketika menghadapi kerugian (Kahneman, 1979).
- i. *Signaling theory of dividend*, menyatakan bahwa investor menganggap perubahan dividen sebagai sinyal prospek perusahaan di masa mendatang. Adanya anggapan ini disebabkan terjadinya asymmetric information antara manajer dan investor, sehingga para investor menggunakan kebijakan dividen sebagai sinyal tentang prospek perusahaan (Bhattacharya, 1979).

Selain dividen, manajer dapat menggunakan struktur modal untuk memberikan isyarat mengenai prospek masa depan perusahaan. Sebuah perusahaan dengan prospek laba yang baik dapat memikul lebih banyak utang daripada perusahaan serupa dengan prospek laba yang rendah. Teori ini disebut pengisyaratan insentif (*incentive signaling*) (Ross, 1977).

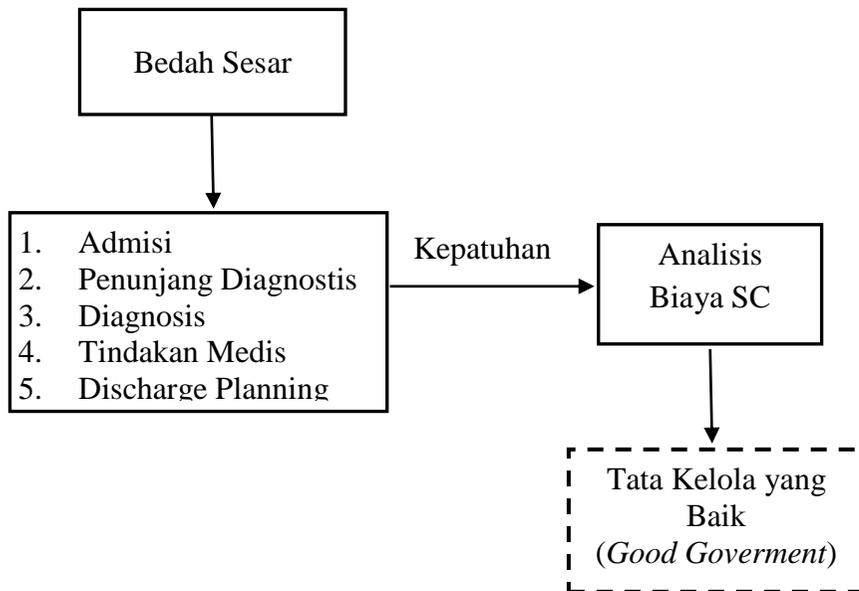
B. Landasan Teori

Faktor yang mempengaruhi lama dirawat pasien kasus *section caesarea* antara lain diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tingkat keparahan. 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.

Evaluasi penilaian menggunakan teori Lawrence Green (2007) yang mana pada teori perilaku terdapat faktor untuk mengevaluasi penggunaan *clinical pathway* :

1. Faktor predisposisi : pengetahuan dan sikap
2. Faktor pendukung : ketersediaan tenaga medis
3. Faktor penguat /pendorong : pengawasan, kebijakan /SOP

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep