

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Berdasarkan data laporan tahunan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul 2015, gambaran umum Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebagai berikut:

1. Profil Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul Nama rumah sakit : Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Website : rspkubantul.com

Kepemilikan : Pimpinan Daerah Muhammadiyah Bantul

Jenis : Rumah sakit umum dengan tipe C

Luas lahan : 5700 m²

2. Sejarah Singkat Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul pada awalnya berupa Klinik Rumah Bersalin yang pada saat itu diberi nama Rumah Sakit Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul yang didirikan pada tanggal 1 Maret 1996. Berdirinya rumah sakit ini diprakarsai oleh ibu Aisyiah Bantul (Ibu Harjo Djojodarmo istri dari dr. Harjo Djojodarmo) yang dilatarbelakangi karena di Kabupaten Bantul hanya memiliki satu rumah sakit yaitu Rumah Sakit Elizabeth di Ganjuran.

Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit Katholik, sedangkan banyak warga muslim yang dirawat di rumah sakit tersebut dan pelayanan yang diberikan jauh dari konsep islami, sehingga banyak pasien yang kurang puas dengan pelayanan rumah sakit tersebut.

Dokter Harjo Djojodarmo adalah aktivis Aisyiah yang memprakarsai dibukanya Rumah Bersalin se-DIY, dengan bantuan beliau yang kebetulan seorang dokter Obsgyn (Obstetri-Gynecology) dan yang berhasil dirintis saat itu ada 6 Rumah Bersalin di Bantul sebagai cikal bakal berdirinya rumah sakit di Bantul saat ini. Pada titik awal ini, ternyata Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul butuh waktu 7 tahun. Karena peletakan batu pertama pembangunan rumah sakit kala itu pada tahun 1995. Hal ini menunjukkan gerak dan langkah Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul yang selaku menggerakkan ruh Al-Islam dan ruh Al-Jihad dalam seluruh gerakan. Sehingga Muhammadiyah tampil sebagai gerakan Islam yang istiqamah dan memiliki ghiroh yang tinggi dalam mengamalkan Islam.

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul, sejak berdiri tahun 1966 dengan status Rumah Bersalin Khusus Ibu dan Anak (RB-KIA) sampai tahun 1995 meningkatkan menjadi Rumah Sakit Khusus (RSK) yaitu Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA)

pada tahun 2001 menjadi Rumah Sakit Umum. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul mengizinkan RSKIA Muhammadiyah Bantul menjadi Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Bantul dengan memperhatikan surat ijin pengembangan RSKIA menjadi RSU nomor 167/III.0.H/2001 tanggal 11 agustus 2001 dan hasil pemeriksaan tim perijinan pelayanan kesehatan swasta Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul tanggal 9 Oktober 2001 serta persyaratan untuk menyelenggarakan Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Muhammadiyah Bantul menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul. Proses perjalanan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul diawali berdirinya Rumah Sakit pada 1 Maret 1966. Rumah Bersalin ini mempunyai ijin tetap pada tanggal 13 September 1976 berdasarkan Surat Keputusan Ka kanwil DEPKES/DINKES. Provinsi DIY (Tertanda dr. R. soebroto, MPH) Nomor ijin Tetap: 14/ldz/T/RB/76. Selanjutnya Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak berubah status menjadi Rumah Sakit Umum berdasarkan SK. Kepala Dinkes Kabupaten Bantul No. 445/4318 Tgl. 20 Oktober 2001.

3. Visi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Terwujudnya Rumah Sakit Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggan umat.

4. Misi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhuafa.

5. Falsafah Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan dari ilmu, iman dan amal shaleh.

6. Tujuan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

- a. Menjadi media dakwah Islam melalui pelayanan kesehatan untuk mencapai ridho Allah SWT
- b. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat terutama kaum dhuafa melalui pelayanan kesehatan yang islami dan berstandar mutu internasional
- c. Terwujudnya pelayanan prima yang holistik, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan
- d. Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan melalui pemberdayaan yang berkesinambungan

- e. Meningkatkan produktivitas kerja melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama
 - f. Menjadikan rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.
7. Motto RSU PKU Muhammadiyah Bantul : “Layananku Ibadahku”
8. Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul
- a. Pelayanan Rawat Jalan: Poliklinik Umum, Poliklinik Gigi, Rehabilitasi Medik, Psikiatri, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Obsgyn, Poliklinik Anak, Poliklinik Tumbuh Kembang Anak, Poliklinik Orthopedi, Poliklinik Dalam (interna), Poliklinik Digestive, Poliklinik THT, Poliklinik Syaraf, Poliklinik Kosmetik Medik, Poliklinik Bedah Urologi, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Layanan Kesehatan Keliling, Pelayanan Homecare.
 - b. Pelayanan IGD Instalasi Gawat Darurat 24 jam.

Layanan IGD meliputi ambulance dengan tenaga medis dan perawat yang siap membantu memberikan pelayanan untuk korban kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja maupun bencana alam.
 - c. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap meliputi bangsal rawat inap sebagai penyedia perawatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum

PKU Muhammadiyah Bantul. Berikut adalah nama bangsal rawat inap dan jumlahnya dibagi menurut kelas di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul pada 2015 menurut sumber “data laporan tahunan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul 2015”.

Tabel 4. 1. Daftar Bangsal Ranap RSU PKU Muhammadiyah Bantul

No	Nama Unit	V	Utama	1	2	3	HDNC	TOTAL
1	AN NISA	2	2	2	4	3		13
2	AL INSAN					15		15
3	ALKAHFI SELATAN	2	4		7			13
4	IMC				5	2		7
5	AL IKHLAS	2	1	2	8	6	1	20
6	AL FATH	5						5
7	AL A'RAF	5		2		24		31
8	AL KAUTSAR			12	8			20
9	AN NUUR					10		10
10	ICU			4				4
TOTAL		1	7	22	3	60	1	138

Sumber: Laporan Tahunan RSU Muhammadiyah Bantul Tahun 2015

1) Pelayanan Penunjang Medis

- a) Instalasi Farmasi
- b) Instalasi Laboratorium
- c) Radiologi
- d) Ultra Sono Graphy (USG)
- e) CT-Scan

- f) EEG (Electroencephalogram)
 - g) Fisioterapi
- 2) Pelayanan Penunjang Non Medis
- a) Pemulasaran Jenazah
 - b) Ambulance
- 3) Daftar Kunjungan Pasien Ranap PKU Muhammadiyah Bantul
2015

Tabel 4. 2. Daftar Kunjungan Pasien Ranap
RSU PKU Muhammadiyah Bantul

No	Nama Bangsal	Jumlah
1	AL FATH	491
2	AL INSAN	1522
3	AN NUR	1138
4	AL IKHLAS	1641
5	AL KAHFI	1304
6	AN NISA	1292
7	ICU	118
8	AL A'ROF	2519
9	IMC	247
10	AL KAUTSAR	1214
	TOTAL	11486

Laporan Tahunan RSU Muhammadiyah Bantul Tahun 2015

4) *Performance* RSU PKU Muhammadiyah Bantul 2015Tabel 4. 3. *Performance* RSU PKU Muhammadiyah Bantul 2015

No	Efisiensi Rumah Sakit	RS
1	BOR	72,94%
2	LOS	3,03
3	TOI	1,40
4	BTO	6,44
5	NDR	30,05
6	GDR	75,21
Σ TEMPAT TIDUR		138

Sumber: Laporan Tahunan RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2015

5) Gambaran Pelaksanaan Pengkodean di RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Pengkodean di RSU PKU Muhammadiyah Bantul dilakukan oleh empat petugas pengkodean di Instalasi Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Pengkodean dilakukan setelah pasien pulang baik pasien rawat jalan maupun rawat inap dan berkas sudah kembali ke Instalasi Rekam Medis untuk dianalisis. Fasilitas yang digunakan untuk melakukan pengkodean adalah SIMRS (Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit) dan ICD- 10. SIMRS di RSU PKU Muhammadiyah Bantul belum diperbaharui, sehingga berefek pada penentuan kode. Pelaksanaan pengkodean di RSU PKU Muhammadiyah Bantul sesuai dengan Standar Prosedur

Operasional RSUD Muhammadiyah Bantul Nomor SPO.340/012 yaitu :

- a) Entry data pasien rawat inap : Login ke menu entry pasien pulang; Klik isi password; Pilih menu pasien pulang; Isi nomor rekam medis pasien; Pilih nama dokter yang merawat; Pilih keadaan pasien pulang; Pilih kode ICD Sekunder dan Primer serta ICOPIM; Tulis kode ICD pada rekam medis rawat inap; Hasil dari entry data bisa dilihat pada Lap 1 dan Lap 2
- b) Entry data pasien rawat jalan : Login ke menu entry pasien pulang; Klik isi password; Pilih menu entry data pasien pulang; Isi nomor rekam medis pasien; Pilih nama dokter yang merawat; Pilih keadaan pasien pulang; Pilih kode ICD Sekunder dan Primer serta ICOPIM; Tulis kode ICD pada rekam medis rawat jalan; Hasil dari entry data bisa dilihat pada Lap 1 dan Lap 2
- c) Rekapitulasi Laporan; Lakukan rekap sesuai dengan format yang telah ditentukan baik laporan intern maupun laporan ekstern (petugas bagian pelaporan).

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Karakteristik pasien bedah sesar di RSUD PKU Muhammadiyah

Bantul dapat dilihat dalam tabel 4.4.

Tabel 4.4 Karakteristik Pasien Bedah Sesar

Karakteristik Responden	Presentase (%)
1. Umur :	
20-25 tahun	18,5
26-30 tahun	29,6
31-35 tahun	40,7
36-43 tahun	11,1
Total	100
2. Diagnosa :	
Sosial	11,1
DKP	3,7
Gemeli	3,7
Makrosomia	3,7
PLR	3,7
PP	7,4
Presbo	7,4
ReSC	59,3
Total	100
3. Kelas	
Vip	14,8
1	11,1
2	40,7
3	33,3
Total	100

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Pada tabel 4.4. terlihat bahwa umur pasien bedah sesar sebanyak (40,7%) adalah pasien yang berumur 31-35 tahun sedangkan pasien bedah sesar di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul dengan umur antara 20-25 tahun adalah sebanyak (18,5%).

Sebagian besar diagnosa responden yang melakukan bedah sesar di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah Re-SC sebanyak (59,3%) sedangkan responden yang melakukan bedah sesar dengan diagnosa sosial adalah sebanyak (11,1%).

Pasien yang melakukan bedah sesar di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah sebanyak (40,7%) memilih kelas 2 sedangkan responden sebanyak (14,8%) memilih kelas VIP.

Tabel 4.5 Frekuensi Umur Pasien Bedah Sesar

Variabel	Hasil
Mean	30,33
Median	32
Modus	32
Std Deviation	4,22
Umur Minimal	23
Umur Maksimal	36

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Sebagian besar umur pasien di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah 32 tahun (Modus) sedangkan nilai rata-rata umur pasien bedah sesar adalah 30 tahun. Umur maksimal pasien bedah sesar adalah 36 tahun.

2. Analisa Biaya Implementasi Clinical Pathway Bedah Sesar

Tabel 4.6 Biaya Implementasi Clinical Pathway Pasien Bedah Sesar

Tarif	Σ	%
6.000.000-7.999.000	13	43,8
8.000.000-10.999.000	11	43,8
11.000.000-12.265.000	3	12,4
Total	27	100

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Analisa biaya bedah sesar di Rumah Sakit Umum PKU 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 4.7 Frekuensi Tarif Pasien Bedah Sesar

Variabel	Besar Tarif (Rp)
Mean	8.775.678
Median	8.116.200
Modus	6.659.350
Std Deviation	1.737.491
Umur Minimal	6.659.350
Umur Maksimal	12.265.000

Sumber : Data Sekunder, tahun 2016

Berdasarkan tabel 4.7 sebagian besar pasien bedah sesar dengan tarif Rp. 6.659.350 (Modus) sedangkan tarif rata-rata pasien bedah sesar adalah Rp. 8.775.678 (Mean). Tarif maksimal pasien bedah sesar di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah bantul adalah Rp. 12.265.000.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar pasien bedah sesar dengan umur 32 tahun (Modus) dan memiliki umur maksimum 36 tahun. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden di Rumah Sakit Umum PKU 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 *sectio caesarea* mempunyai nilai standar deviasi sebesar 4,22 dengan nilai mean sebesar 30,33 ini membuktikan hasil sebaran data yang cukup baik dimana nilai standar deviasi lebih kecil dari nilai mean. Hal ini membuktikan bahwa penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak menyebabkan bias, dimana standar deviasi mencerminkan penyimpangan yang sangat tinggi. Umur terendah 23 tahun dan umur tertinggi 36 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.

Kehamilan di atas umur 35 tahun mempunyai risiko 3 kali lebih besar terjadinya persalinan *sectio caesarea* dibandingkan dengan umur dibawah 35 tahun (Wirakusumah, 2009) sedangkan pada penelitian ini didapatkan usia 20-35 tahun memiliki proporsi lebih besar dibandingkan dengan usia <20 tahun dan >35 tahun untuk melakukan persalinan dengan bedah sesar. Hal ini mungkin disebabkan oleh teknik dan fasilitas operasi bertambah baik, operasi berlangsung lebih aseptis dan teknik anestesi bertambah baik sehingga banyak ibu dengan usia produktif atau usia 20-35 tahun memilih persalinan dengan *Sectio Caesarea* (Wiknjosastro, 2007).

Pada tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar diagnosa responden untuk melakukan tindakan bedah sesar adalah Re-SC yaitu sebanyak (59,3%). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Cunningham (2010) dan Becher (2013), 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 (40,7%) memilih perawatan dikelas 2 dengan alasan jaminan kesehatan yang mereka miliki adalah untuk perawatan di kelas 2.

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, dkk. (2012) 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*.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan temuan penelitian yang pernah dilakukan oleh Roymeke dan Stummer (2012) bahwa penyusunan *clinical pathway* bagi penyedia layanan pada tingkat proses inti (dokter spesialis, perawat, terapis dan staf keperawatan berbasis non lingkungan), *clinical pathway* akan menyederhanakan proses pengobatan, dan mencegah atau setidaknya meminimalkan risiko dengan cara terstruktur dan komprehensif prosedur diagnosis dan pengobatan.

Menurut Marelli (2000) *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), mereduksi aktivitas dan biaya sertaantisipasi kesalahan (freud), dan terakhir menetapkan proses dan outcome.

Clinical pathway merupakan alat yang bersifat leader driven, sehingga yang paling mendasar adalah bagaimana pimpinan RS terlebih dahulu memiliki kesadaran dan komitmen tersebut sehingga dapat menyusun kebijakan strategis yang mendukung *clinical pathway* agar dapat berperan sebagai alat dalam manajemen perubahan, sebagai komponen integral dalam penyelenggaraan bisnis dan penjaminan mutu pelayanan rumah sakit, serta pilar tegaknya *good clinical governance*. Kesadaran, komitmen, dan peran manajer/staf senior juga sangat penting dalam kesuksesan implementasi *clinical pathway* (Midleton & Roberts, 2000).

Penelitian dari Huang, dkk (2015), menunjukkan penyusunan *clinical pathway* memberikan koordinasi pelayanan bagi pengguna

dan bertujuan untuk memiliki “orang yang tepat, melakukan hal yang benar, dalam urutan yang benar, pada waktu yang tepat, di tempat yang tepat, dengan hasil yang tepat”.

Kendala yang ditemukan dari hasil pengawasan terhadap pelaksanaan *clinical pathways* adalah kepatuhan dokter penanggungjawab pasien terhadap *clinical pathway* masih kurang, karena masing-masing dokter memiliki kecenderungan penanganan sesuai pengalaman klinis. Kendala lain yang ditemukan dalam pengawasan pelaksanaan *clinical pathway* adalah kesulitan menentukan isi *clinical pathway* dan topik dalam *clinical pathway* karena beberapa kendala: 1) kurangnya konsentrasi dalam pengisian pembentukan *clinical pathway*, 2) kesulitan kepastian penggunaan *clinical pathway*, kapan harus didrop dan kapan harus dipakai karena *clinical pathways* harus tanpa komplikasi. Sementara kendala penerapan *clinical pathway* menurut hasil penelitian dari Zannini, dkk (2012), adalah *clinical pathway* meningkatkan beban kerja birokrasi dan masalah dapat timbul dalam hubungan antara dokter dan otoritas kesehatan daerah. Aspek manajerial harus dipertimbangkan dengan hati-hati dalam rangka eksperimen memperkenalkan *clinical pathway* dalam praktek umum, dan kelangsungan eksperimen harus dijamin untuk meningkatkan kepatuhan dan komitmen dokter.

2. Biaya Implementasi Bedah Sesar

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien bedah sesar dengan total cost tertinggi Rp. 12.265.000 sedangkan bedah sesar dengan total cost terendah Rp. 6.659.350. Tinggi rendahnya total cost dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain diagnosa dan pemilihan kelas. Pada total cost tertinggi responden memilih kelas Vip dengan diagnosa Re-SC sedangkan pada cost terendah responden memilih kelas 3 dengan diagnosa yang sama yaitu Re-SC. Hal ini membuktikan bahwa berdasarkan *clinical pathway* biaya perawatan pada pasien sesuai dengan biaya perawatan pada pasien kelas III.

Pada tabel 4.7 diatas variabel tarif pasien bedah sesar mempunyai nilai 8.775.678 dan standar deviasi (std deviation) sebesar 1.737.491 yang artinya bahwa standar deviasi lebih kecil dari nilai mean, sehingga dapat disimpulkan memiliki hasil yang cukup baik. Penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak menyebabkan bias, hal tersebut dikarenakan standar deviasi mencerminkan penyimpangan yang sangat tinggi. Nilai minimalnya sebesar 6.659.350 dan nilai maksimumnya sebesar 12.265.000.

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 (Cannon dan Pearson, 2003). Pelayanan yang diberikan harus disamakan dan disesuaikan dengan standar asuhan yang ada, tetapi harus selalu memperhatikan aspek dari individu pasien tersebut. 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.

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. Berdasarkan hasil penelitian di atas, diketahui bahwa *clinical pathway* telah diterapkan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Li, dkk. (2014) bahwa sistem *clinical pathway* terpadu secara signifikan mengurangi kesalahan dan lama inap pasien, yang menunjukkan bahwa kualitas medis dapat secara efektif ditingkatkan melalui pendekatan *clinical pathway*.

Rumah sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan dengan menggunakan BPJS seperti pelayanan persalinan. Pasien yang akan bersalin dengan menggunakan fasilitas BPJS yang datang ke unit rawat jalan maupun rawat inap akan dilayani dan diterima dengan catatan masih tersedianya ruang bersalin yang kosong.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan penelitian yang pernah dilakukan oleh Roymeke dan Stummer (2012) bahwa penyusunan *clinical pathway* akan menyederhanakan proses pengobatan, dan mencegah atau setidaknya meminimalkan risiko dengan cara terstruktur dan komprehensif prosedur diagnosis dan pengobatan.

Clinical pathway dapat dijadikan salah satu unsur dalam *Cost analysis*, *Clinical Pathway* tidak dapat dijadikan sebagai acuan untuk menentukan tarif selama perawatan di rumah sakit, tetapi untuk *maintenace cost weigth* (berkaitan langsung dengan standarisasi *Length Of Stay*). Tujuan dari *clinical pathway* yaitu untuk mengantisipasi terjadinya tindakan yang tidak terlalu dibutuhkan dalam pelayanan sehingga biaya yang dibebankan ke pasien akan lebih mudah untuk diprediksi, pelayanan juga menjadi lebih terstandarisasi, terjadinya peningkatan kualitas terhadap pelayanan

(Quality of Care), meningkatkan tata cara pembayaran, sebagai counter-check terutama pada kasus-kasus high cost dan high volume serta meningkatkan kualitas dalam pemberian informasi yang telah dikumpulkan (Firmanda, 2010).