



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Operasi  
Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP  
Fatmawati Tahun 2008-2010.**

**SKRIPSI**

**NUR NISAH AIRINI  
0706273625**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN (S1-4)  
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN  
DEPOK  
JUNI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Operasi  
Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP  
Fatmawati Tahun 2008-2010.**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**NUR NISAH AIRINI  
0706273625**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN (S1-4)  
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN  
DEPOK  
JUNI 2011**

## HALAMAN PERYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nur Nisahairini

NPM : 0706273625

Mahasiswa Program : Manajemen Asuransi Kesehatan Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Tahun Akademis : 2007-2011

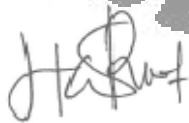
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**“Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Operasi Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 24 Juni 2011



**Nur Nisahairini**

# HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Nur Nisahairini

NPM : 0706273625

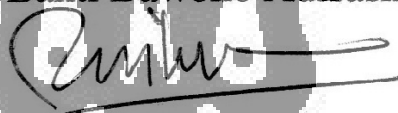
Progra Studi : Sarjana reguler (S1-4) Manajemen Asuransi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Judul Skripsi : Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Manajemen Asuransi Kesehatan Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia**

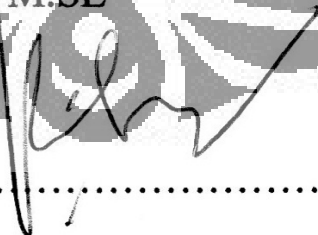
## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. drh. Wiku Bakti Bawono Adisasmito M.Sc., Ph.D



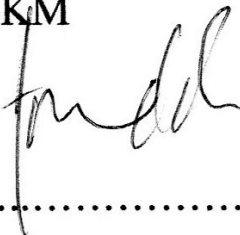
(.....)

Penguji I : Kurnia Sari, SKM, M.SE



(.....)

Penguji II : Ary Imelda, SKM



(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 24 Juni 2011

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis penatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat, karunia, dan inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang penuh perjuangan ini.

Skripsi ini disusun dengan tujuan untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Asuransi Kesehatan. Selama penyusunan Skripsi, penulis mendapatkan begitu banyak bantuan dan dukungan baik dari segi moril maupun materil dari berbagai macam pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini, izinkan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya tersebut kepada:

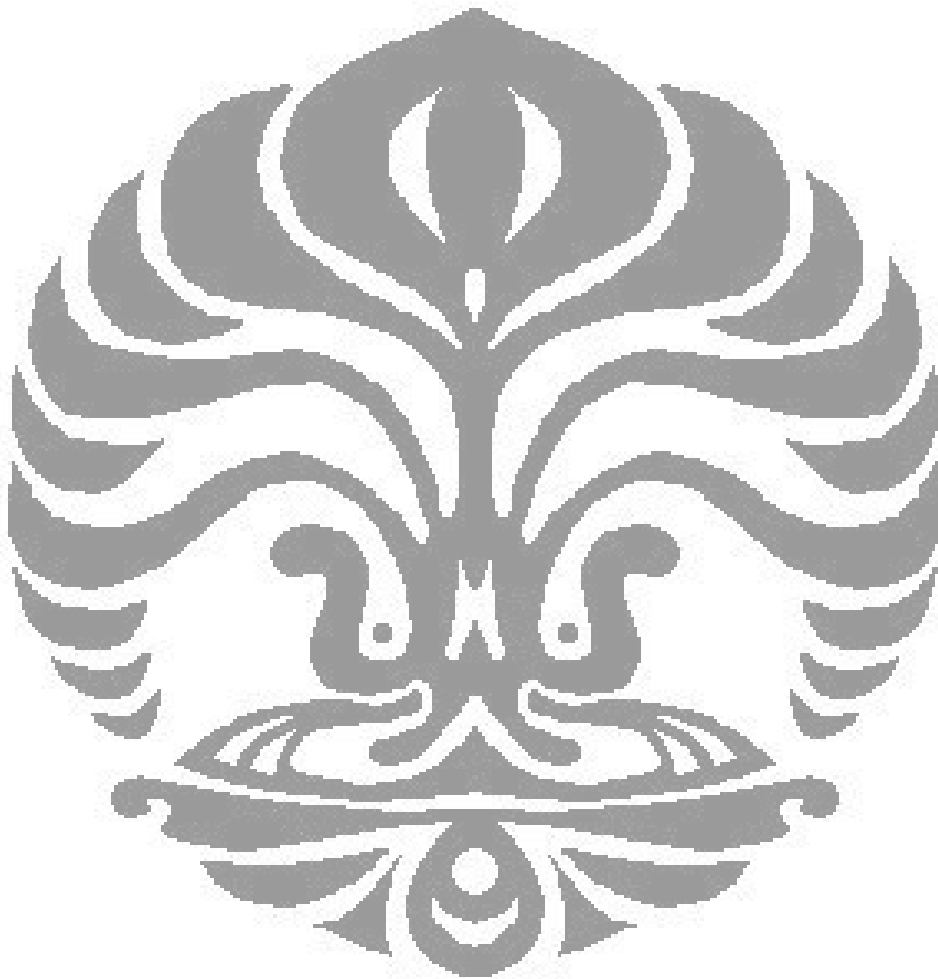
1. Allah SWT yang telah membimbingku, memberikan segala pelajaran hidup, meningkatkan semangat hidupku, dan membantuku menyelesaikan Tugas Akhir perkuliahan ini. Tanpa bimbingan dan bantuan-Mu semua tidak akan pernah berjalan seperti ini.
2. Prof. drh. Wiku Bhakti Bawono Adisasmito, M.Sc, Ph.D yang dari awal terus memberikan wejangan, arahan, dan bimbingan dalam pembuatan skripsi. Tiada pernah lelah menasihati saya. Dan saya sadar, semua itu adalah untuk kebaikan saya sendiri. Terima kasih sebanyak-banyaknya pak. Semua ini akan sangat berarti bagi kehidupan saya kelak Pak.
3. Ibu Kurnia Sari, SKM, M.SE yang telah membantu memberi masukan selama pembuatan skripsi dan bersedia menjadi penguji. Terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala waktu dan bimbingan yang selalu membangun, menyemangatkan. Jangan lupain rini ya bu ☺
4. Ibu Ary Imelda, SKM selaku Pembimbing Lapangan dan penguji luar dari JPK PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak yang telah mengizinkan mengambil data, mengajak saya bekerja, dan tidak pernah bosan membagi segala ilmu yang beliau miliki kepada saya. Sekaligus, mohon maaf karena banyak sekali kesalahan yang telah dibuat oleh diri ini selama berada di PT Jamsostek (Persero).

5. Mama, Ayah, Abang, Kakak, dan calon keponakanku tercinta terima kasih atas segala doa yang pernah terucap dan segala bantuan yang sudah diberikan demi kelulusanku. Semoga, aku segera dapat membalas itu semua walaupun hal itu tidak akan pernah bisa terbalaskan. \*tears Dan tidak ketinggalan untuk Oom, Tante, Adek Sepupu, Kakak Sepupu, Keponakan dari Keluarga Besar Haji Ma'ruf yang telah sangaaat mensupport diriku... aaah makin tears ini sih.
6. Seluruh Dosen AKK FKM UI yang tidak pernah berhenti menginspirasi saya untuk terus maju, berkembang, dan optimis atas segala potensi yang saya miliki, khususnya untuk Prof. Hasbullah, Bapak Budi Hidayat, Ibu Becky, Mba Hendri, Bu Sari (masuk lagi kan nama ibu), Pak Jaslis, pokoknya seeemuanya yang akan selalu tetap menginspirasi saya.
7. Teman-teman ASKES-ku, teman-teman seperjuanganku. Kalian sunguuuuuh kusayang dengan segala ke"unik"an kalian. Karena semua itu lah aku cinta kalian. (makin banyak tearsnya). Semua dari kalian adalah energi postifku selama dibangku kuliah. *So much thanks for the love, spirit, fun, and sad story we had make.* Setiap orang dari kalian adalah inspirasiku, setiap keunikan dari kalian adalah hal yang membuatku semakin mengerti hidup dan semakin rindu pada kalian! Terima kasih atas segala semangat dan sharing yang selalu membuatku tetap semangat menjalani semua ini. Tetap kompak ya kawanku.. Cuuuuup! *I love you..* Si Mpok Halimeh, si ababil Tire (sorry to say this ye :p), si tante Dana, si duet cacat pipip dan beka, si "abang" enjun, si galau Olip, si putri solo Indah, dan para tercantik Irna, rara, salsal, nahri, uti.. semuaaa love youuu!!
8. Untuk semua staff RSUP Fatmawati yang telah sangat membantu. Untuk Mba tuti, Pak Mugi, Mba Sita, Mba Erna, Mba Dewi, Teh Merry, Mba Lucy, Mba Lis, Mba eka, Mba Wahyu, Mas dimas, Dokter didi, Dokter Lucky, Dokter Fara, daaaaaan semuanyaaa... so so so many thanks.
9. Terakhir tak kalah terspesial, untuk laptop setiaku Odell Tercinta dan dirimu yang telah sangat sabar atas keababilan diri ini selama mengerjakan skripsi serta membantu menormalkan segala "rollercoaster" hati akibat skripsi ini. Semoga.... Semoga.... Semogaa..... amiiin.... ☺

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, Juni 2011

Penulis



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Nisahairini  
NPM : 0706273625  
Program Studi : Manajemen Asuransi Kesehatan  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

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

**“Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Pelayanan Kesehatan Kasus Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010”**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap menyantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 25 Juni 2011

Yang menyatakan



(Nur Nisahairini)



## ABSTRAK

Nama : Nur Nisahairini  
NPM : 0706273625  
Program Studi : S1 Reguler- Manajemen Asuransi Kesehatan Departemen  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat  
Judul : Gambaran Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus  
Operasi Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek  
(Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010

Skripsi ini membahas variasi tindakan dan biaya kesehatan yang diterima peserta PT Jamsostek (Persero) untuk mengatasi penyakit mioma uteri yang diderita pada tahun pengobatan 2008-2010. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain *case series*. Hasil penelitian menunjukkan adanya variasi tindakan dan biaya yang sangat tinggi dibandingkan dengan *Clinical Pathway RSUP Fatmawati* yang terutama didasarkan kepada jenis mioma dan penyulit/penyerta yang diderita, *Clinical Pathway RSUP Fatmawati* yang tidak dibuat berdasarkan data rekam medis, adanya overutilisasi, perbedaan pemahaman dokter mengenai kebutuhan pelayanan pasien, dan metode pembayaran *fee for service*. Variasi biaya yang paling menonjol terjadi pada jenis operasi, obat, dan lama hari rawat. Hal ini meningkatkan pembayaran *out of pocket*. Sehingga diperlukan perbaikan terhadap *Clinical pathway RSUP fatmawati* dan perubahan pola pembayaran klaim untuk pemantauan utilisasi yang lebih baik.

Kata Kunci :  
Variasi utilisasi, variasi biaya, *clinical pathway*

## ABSTRACT

Name : Nur Nisahairini  
NPM : 0706273625  
Study Program : S1 Reguler–Health Insurance Management Administration  
and Health Policy Department Faculty of Public Health  
Title : Description of Variations Health Care Utilization and Cost  
Uterine Myoma Surgery on Participants PT Jamsostek  
(Persero) at RSUP Fatmawati 2008-2010

The focus of this study is the description of variations health care utilization and cost of PT Jamsostek (Persero) participants to treat uterine myoma by surgery in 2008-2010. This research is qualitative research with case series design. The result is there were wide variations in utilization and health care cost compared by Clinical Pathway RSUP Fatmawati which mainly based on patients fibroid type, complication/comorbidities, the clinical pathway itself, overutilization, the differences of doctor's perceptions, and fee for service payment. Cost variations mainly based on the kind of surgery, medicine, and LOS. These variations caused increasing in participant's out of pocket. So, it is necessary to improve the clinical pathway and changing the payment system to control utilization.

Key Words:

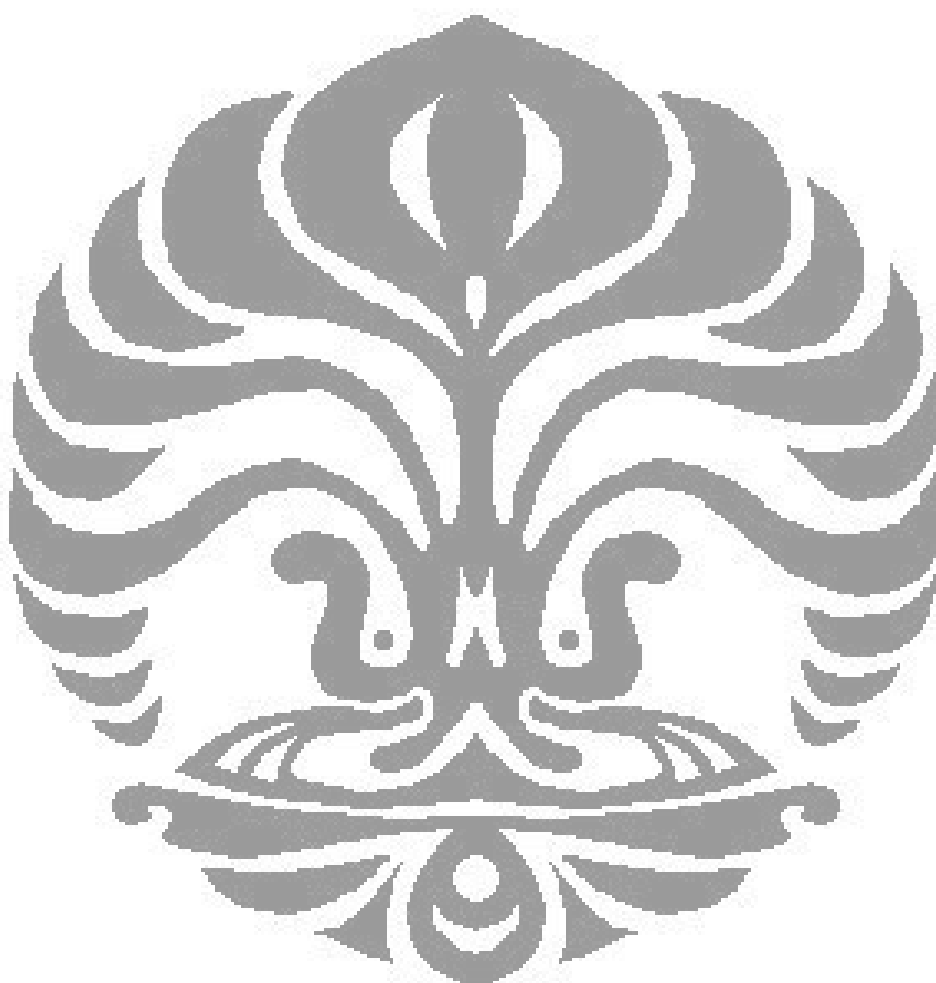
Utilization Variation, cost variation, clinical pathway

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vii
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	5
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Pendahuluan .....	7
2.2 Asuransi Kesehatan Sosial .....	8
2.3 Utilisasi Pelayanan Kesehatan .....	9
2.4 Biaya Pelayanan Kesehatan .....	11
2.5 Variasi Pelayanan Kesehatan .....	14
2.6 Pola Pelayanan Dokter .....	16
2.7 Clinical Pathway .....	17
2.8 Myoma Uteri .....	18
2.9 Penatalaksanaan Mioma Uteri Rawat Jalan .....	21
2.10 Penatalaksanaan Mioma Uteri Rawat Inap .....	25
2.11 Komplikasi Operasi dengan Alat Canggih .....	29
<b>3. GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN</b> .....	<b>31</b>
3.1 PT Jamsostek (Persero) .....	31
3.2 Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati .....	34
<b>4. KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIR, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	<b>40</b>
4.1 Kerangka Teori .....	40
4.2 Kerangka Pikir .....	43
4.3 Definisi Operasional .....	46
<b>5. METODE PENELITIAN</b> .....	<b>48</b>
5.1 Desain Penelitian .....	48
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	48
5.3 Informan Penelitian .....	48
5.4 Teknik Pengumpulan Data .....	49
5.5 Tahapan Penelitian .....	49
5.6 Pengolahan dan Analisis Data .....	51
<b>6. HASIL</b> .....	<b>53</b>
6.1 Clinical Pathway Diagnosa Mioma Uteri .....	53

6.2 Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan .....	54
6.2.1 Variasi utilisasi dan biaya rawat jalan preoperasi .....	55
a. Variasi rawat jalan preoperasi dengan CP .....	55
b. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok I .....	60
c. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok II .....	62
d. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok III .....	66
e. Variasi rawat jalan preoperasi antar kelompok .....	68
6.2.2 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap preoperasi .....	70
a. Variasi rawat Inap preoperasi dengan CP .....	70
b. Variasi rawat inap preoperasi kelompok I .....	73
c. Variasi rawat Inap preoperasi kelompok II .....	75
d. Variasi rawat Inap preoperasi kelompok III .....	78
e. Variasi rawat Inap preoperasi antar kelompok .....	79
6.2.3 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap operasi .....	80
a. Variasi rawat Inap operasi dengan CP .....	80
b. Variasi rawat inap operasi kelompok I .....	83
c. Variasi rawat Inap operasi kelompok II .....	86
d. Variasi rawat Inap operasi kelompok III .....	90
e. Variasi rawat Inap operasi antar kelompok .....	92
6.2.4 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap pascaoperasi .....	94
a. Variasi rawat Inap pascaoperasi dengan CP .....	94
b. Variasi rawat inap pascaoperasi kelompok I .....	95
c. Variasi rawat Inap pascaoperasi kelompok II .....	98
d. Variasi rawat Inap pascaoperasi kelompok III .....	102
e. Variasi rawat Inap pascaoperasi antar kelompok .....	103
6.2.5 Variasi utilisasi dan biaya rawat jalan pascaoperasi .....	107
a. Variasi rawat jalan pascaoperasi dengan CP .....	107
b. Variasi rawat jalan pascaoperasi kelompok I .....	107
c. Variasi rawat jalan pascaoperasi kelompok II .....	108
d. Variasi rawat jalan pascaoperasi kelompok III .....	109
e. Variasi rawat jalan pascaoperasi antar kelompok .....	110
6.2.6 Variasi utilisasi dan biaya Total .....	110
<b>7. PEMBAHASAN .....</b>	<b>117</b>
7.1 Keterbatasan Penelitian .....	117
7.2 Variasi Utilisasi dengan <i>Clinical Pathway</i> .....	117
7.3 Variasi Utilisasi Rawat Jalan .....	120
7.3.1 Variasi pemeriksaan papsmea .....	120
7.3.2 Variasi Pengobatan Hormonal .....	120
7.3.3 Variasi pemeriksaan USG ulang .....	121
7.3.4 Variasi utilisasi terkait dokter .....	121
7.4 Variasi Utilisasi Rawat Inap .....	122
7.4.1 Tindakan operasi reparasi buli-buli .....	122
7.4.2 Variasi jenis operasi .....	123
7.4.3 Variasi lama hari rawat .....	125
7.5 Variasi Utilisasi Keseluruhan .....	128
7.5.1 Variasi utilisasi terkait kelompok mioma .....	128
7.5.2 Variasi utilisasi berdasarkan jenis penyulit/penyerta .....	130
7.5.3 Variasi utilisasi pemeriksaan berlebihan (overutilisasi) .....	131

7.6 Variasi Biaya .....	133
7.6.1 Variasi biaya terkait variasi tindakan .....	133
7.6.2 Variasi biaya operasi alat canggih dengan operasi konvensional .....	134
7.6.3 Variasi penanggung biaya kesehatan .....	135
<b>8. PENUTUP</b> .....	<b>137</b>
8.1 Kesimpulan .....	137
8.2 Saran .....	138
<b>DAFTAR REFERENSI</b> .....	<b>140</b>



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Perbedaan Kepercayaan Dokter Tentang Hubungan Antara Pelayanan Kesehatan dengan Status Kesehatan .....	16
Gambar 2.2	Jenis-Jenis Mioma Uteri .....	19
Gambar 4.1	Kerangka Teori .....	42
Gambar 4.2	Kerangka Pikir Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Mioma Uteri Pada Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	44
Gambar 6.1	Pola Pelayanan Kesehatan Diagnosa Mioma Uteri Berdasarkan <i>Clinical Pathway</i> 2006 RSUP Fatmawati .....	54
Gambar 6.2	Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	57
Gambar 6.3	Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok I Inap Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	61
Gambar 6.4	Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok II Inap Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	63
Gambar 6.5	Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok III Inap Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	67
Gambar 6.6	Pola Pelayanan Rawat Inap Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	72
Gambar 6.7	Pola Pelayanan Rawat Inap Preoperasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	73
Gambar 6.8	Pola Pelayanan Rawat Inap Preoperasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	76
Gambar 6.9	Pola Pelayanan Rawat Inap Preoperasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati 2008-2010 .....	78
Gambar 6.10	Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun	

	2008-2010 .....	82
Gambar 6.11	Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	83
Gambar 6.12	Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	87
Gambar 6.13	Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Diagnosa Kelompok III Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	90
Gambar 6.14	Pola Pelayanan Rawat Inap Pascaperasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	95
Gambar 6.15	Pola Pelayanan Rawat Inap Pascaperasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	99
Gambar 6.16	Pola Pelayanan Rawat Inap Pascaperasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	102
Gambar 6.17	Pola Pelayanan Rawat Jalan Pascaperasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	107
Gambar 6.18	Pola Pelayanan Rawat Jalan Pascaperasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	108
Gambar 6.19	Pola Pelayanan Rawat Jalan Pascaperasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	109

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Jumlah Tenaga Kerja RSUP Fatmawati 2010 Berdasarkan Jenis Ketenagaan .....	36
Tabel 3.2	Kapasitas Tempat Tidur RSUP Fatmawati Tahun 2010 .....	36
Tabel 3.3	Jumlah Dokter SMF Kebidanan Berdasarkan Spesialisasi .....	37
Tabel 3.4	Data 10 Besar Penyakit (Kasus Baru) Pada Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009 .....	38
Tabel 3.5	Data 20 Besar Penyakit (Kasus Baru) Penyakit Rawat Inap SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009 .....	38
Tabel 4.1	Definisi Operasional .....	46
Tabel 6.1	Perbandingan Utilisasi Rawat Jalan <i>Clinical Pathway</i> Dengan Rekam Medis .....	56
Tabel 6.2	Variasi Tindakan Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	69
Tabel 6.3	Variasi Biaya Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	70
Tabel 6.4	Variasi Tindakan Rawat Inap Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	79
Tabel 6.5	Variasi Biaya Rawat Inap Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	80
Tabel 6.6	Variasi Tindakan Rawat Inap Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	92
Tabel 6.7	Variasi Biaya Rawat Inap Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	94
Tabel 6.8	Variasi Tindakan Rawat Inap Pascaoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	104

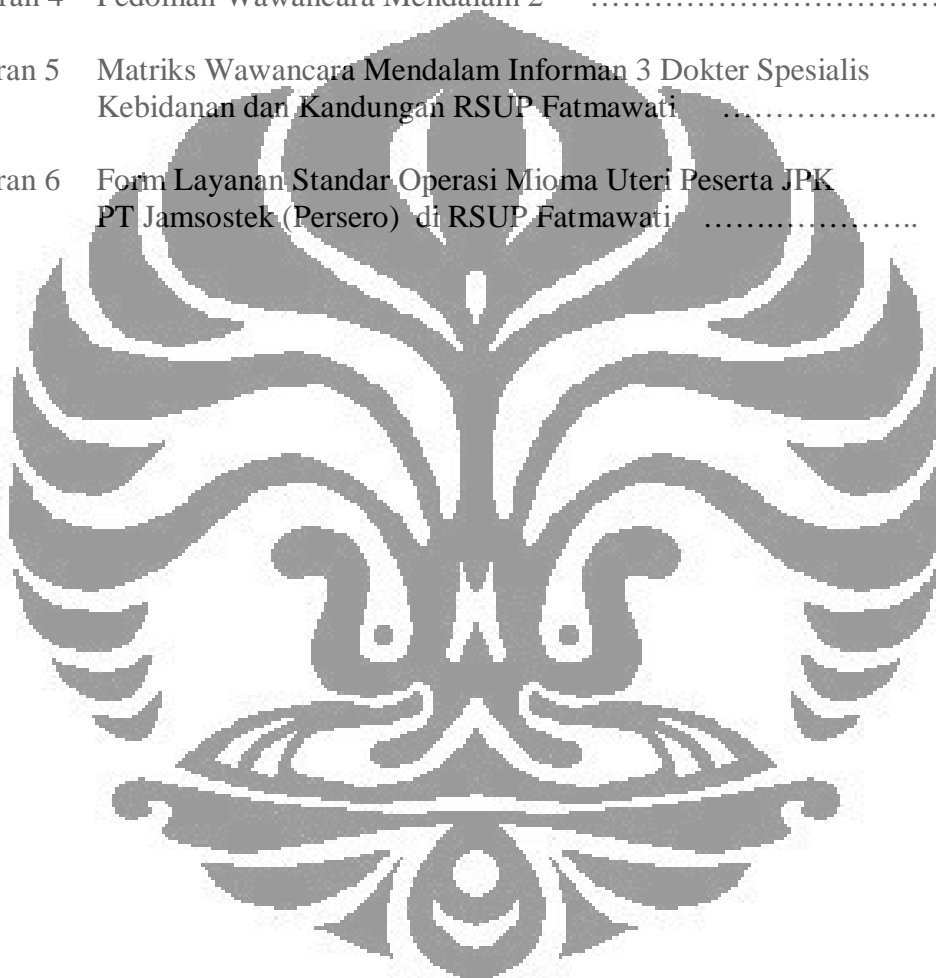


Tabel 6.9	Variasi Biaya Rawat Inap Pascaoperasi non-Obat Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	105
Tabel 6.10	Variasi Biaya Obat Rawat Inap Berdasarkan Jenis Operasi dan Pembayar Kasus Operasi Mioma Uteri Peserta PT Jamsostek (Persero) Tahun 2008-2010 .....	106
Tabel 6.11	Variasi Biaya dan Tindakan Rawat Inap Pascaoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	110
Tabel 6.12	Variasi Tindakan Total Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	111
Tabel 6.13	Variasi Biaya Total Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	113
Tabel 6.14	Variasi Biaya dan Dokter Berdasarkan Jenis Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010 .....	115



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Formulir Pengambilan Data Rekam Medis Dan Keuangan .....	xviii
Lampiran 2	Pedoman Wawancara Mendalam 1 .....	xxii
Lampiran 3	Matriks Wawancara Mendalam Informan 1 dan Informan 2 Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati	xxvi
Lampiran 4	Pedoman Wawancara Mendalam 2 .....	xxxii
Lampiran 5	Matriks Wawancara Mendalam Informan 3 Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati .....	xxxv
Lampiran 6	Form Layanan Standar Operasi Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati .....	xxxix



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu aspek terpenting dalam kehidupan manusia, karena manusia yang produktif adalah manusia yang sehat baik secara rohani maupun jasmani. Oleh karena itu, hak untuk mendapatkan kesehatan menjadi suatu hal yang harus dapat dirasakan oleh semua orang tanpa terkecuali seperti yang disebutkan dalam Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia (1948) dalam pasal 25 yang berbunyi :

*“(1) Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya.”*

Begitu juga dengan Indonesia, setiap negara pasti menginginkan agar rakyatnya selalu dalam keadaan sehat. Hal ini tercermin dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menggantikan UU tentang Kesehatan sebelumnya, yaitu UU No. 23 Tahun 1992. Dengan terwujudnya kesehatan bagi seluruh rakyat, pembangunan suatu negara akan semakin mudah dilakukan karena sumber daya manusia yang dimiliki dapat beraktifitas secara optimal.

Namun, pemeliharaan kesehatan bukanlah hal yang mudah dilakukan. Terlebih lagi pada wanita yang secara statistik memiliki kemungkinan sakit lebih besar dibandingkan pria. Penyakit rahim merupakan penyakit yang semakin banyak diderita oleh wanita pada dewasa ini. Hal ini terbukti pada prevalensi fibroid (Leiomyomata uteri) yang pada populasi umum terjadi pada 25-50% wanita subur dengan paling tidak 50% diantaranya mengalami gejala yang berat (Shokeir, 2005). Wanita keturunan Afrika Amerika, pada usia 35 tahun memiliki prevalensi fibroid uterus 40-60% dan meningkat menjadi 70-80% pada usia 50 tahun (Walid, 2010). Mioma Uteri merupakan jenis tumor yang paling sering

terjadi diantara jenis tumor pada alat reproduksi wanita, terutama terjadi pada usia tiga puluhan dan empat puluhan (Goldberg et al, 2007).

Di Indonesia sendiri, kejadian mioma uteri (Fibroid uterus) ditemukan 2,39%-11,70% pada semua pasien yang dirawat di bagian ginekologi (Prawihardjo et al, 2005). Sedangkan menurut SPM Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, mioma uteri merupakan tumor terbanyak pada uterus serta memiliki prevalensi 20% pada wanita > 30 tahun dan 35-40% pada wanita > 50 tahun.

Data 10 besar penyakit pada Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati menempatkan penyakit mioma uteri sebagai penyakit kedua terbesar dengan peningkatan kasus tiap tahunnya. Pada tahun 2009, kasus baru mioma uteri berjumlah 188 kasus, kemudian pada tahun 2010 jumlah kasus baru meningkat menjadi 211. Untuk data 20 besar penyakit rawat inap SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati tahun 2009, mioma uteri menempati deretan pertama untuk kasus penyakit neoplasma dengan jumlah pasien 71 orang dan jumlah hari rawat inap 446 hari. Berdasarkan data yang dimiliki PT Jamsostek (Persero) kantor Cabang Cilandak, kejadian operasi untuk kasus mioma uteri pada peserta JPK PT Jamsostek (Persero) tahun 2010 mengalami peningkatan 3,5 kali lipat dibandingkan tahun 2009 yang dilakukan di RSUP Fatmawati.

Mioma uteri memiliki dampak yang dapat mengganggu aktifitas wanita karena gejala yang ditimbulkan biasanya berupa pola menstruasi yang tidak teratur, menorrhagia, sakit pada sekitar rahim, ketidaknyamanan bagian abdomen bawah, sampai perdarahan (Seinerra et al, 1997 dan Roy et al, 2010). Selain itu, mioma uteri menyebabkan dampak buruk pada organ reproduksi wanita seperti aborsi, kelahiran bayi prematur, dan infertilitas (Roy et al, 2010). Infertilitas pada populasi umum diperkirakan sebanyak 15%, namun pada wanita yang mengalami mioma uteri di estimasikan tingkat infertilitas meningkat 30-40% (Altchek et al, 2003). Hal ini diperkuat dengan pernyataan Shokeir (2005), bahwa kejadian aborsi pada penderita mioma uteri cukup tinggi, yaitu sebesar 69,1% pada trimester pertama dan 11,7% pada trimester kedua.

Mioma uteri di dalam rahim berkembang terus-menerus dan sering kali tidak dapat dihentikan perkembangannya hanya dengan terapi medis. Hingga saat

ini, pengobatan yang dianggap efektif untuk wanita-wanita yang mengalami mioma uteri tersebut melalui operasi miomektomi atau histerektomi (Goldberg et al, 2007, Altchek et al, 2003, dan SPM POGI, 2003).

Operasi untuk kasus mioma uteri merupakan operasi yang cukup rumit dan tidak jarang menggunakan alat yang canggih (laparaskopi dan histereskopi). Alat canggih seperti ini memiliki harga yang relatif mahal, sehingga akan berdampak pada biaya kesehatan yang ikut meningkat. Semakin meningkatnya prevalensi penyakit yang membutuhkan tindakan operasi tersebut, biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan juga semakin meningkat. Atas kondisi seperti ini, permintaan pembiayaan kesehatan yang menitikberatkan pada akuntabilitas semakin tinggi. Terutama pada pembayar pihak ketiga seperti pemerintah dan asuransi yang bertanggung jawab terhadap pembayaran pelayanan kesehatan (Jones et al, 2003). Dengan demikian, kajian atas tindakan operasi tersebut menjadi penting untuk dilakukan sebagai dasar pengendalian biaya yang akan dilakukan oleh pemerintah maupun asuransi.

Sherman Folland, dkk menyatakan bahwa dengan dilakukannya penelitian mengenai variasi dapat menurunkan dua pertiga angka operasi histerektomi yang tidak terjustifikasi atau diluar *clinical pathway* yang berlaku (Folland et al, 1997). Penurunan angka variasi ini dapat berdampak baik pada kinerja rumah sakit karena biaya yang dikeluarkan dapat lebih terkontrol serta dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Dengan pengontrolan biaya utilisasi, anggaran pengeluaran rumah sakit dapat dibuat lebih efektif dan efisien. Dengan demikian, dengan jumlah anggaran yang sama, rumah sakit dapat melakukan lebih banyak pengobatan.

Jika dilihat dari sisi asuransi kesehatan, informasi variasi utilisasi pelayanan merupakan faktor kritis untuk dapat mengelola perusahaan secara baik (Ilyas, 2006). Dengan diketahuinya pola utilisasi pelayanan kesehatan, pola pemberian pelayanan kesehatan, dan pembiayaan kesehatan memungkinkan pihak asuradur untuk merancang paket jaminan yang kompetitif dalam harga, tetapi sesuai dengan kebutuhan medis konsumen baik individu maupun kelompok.

Operasi mioma uteri merupakan salah satu jenis operasi dengan biaya yang tinggi. Rata-rata klaim kasus operasi mioma uteri yang diterima PT

Jamsostek (persero) dari tahun 2008-2010 yang diajukan RSUP Fatmawati sebesar Rp 7.951.622 dengan variasi biaya antara Rp 3.767.452 sampai Rp 15.162.595. Dengan demikian rentan variasi pengobatan mioma uteri dalam kasus ini sebesar Rp 11.395.143. Biaya ini belum termasuk yang menjadi tanggungan peserta akibat selisih bayar.

Jika dibandingkan dengan biaya operasi untuk kasus lain, kasus operasi mioma uteri memerlukan biaya yang lebih besar. Klaim yang diajukan RSUP Fatmawati kepada PT Jamsostek (Persero) untuk operasi apendisitis akut atau kronis hanya berkisar Rp 4.922.706. Sedangkan untuk kasus operasi tonsilektomi rata-rata klaim dari RSUP Fatmawati hanya berkisar Rp 3.330.502 atau dengan kata lain biaya operasi mioma uteri menelan biaya 2 kali lebih besar dari operasi tonsilektomi. Begitu juga bila dibandingkan dengan biaya kasus operasi tumor payudara, klaim RSUP Fatmawati untuk penyakit tersebut hanya berkisar Rp 4.683.171.

PT Jamsostek (Persero) merupakan perusahaan asuransi yang berbentuk *managed care* sehingga jaminan kesehatan diberikan langsung dalam bentuk pelayanan kesehatan. Selama pelayanan yang dilakukan masih dalam cakupan standar PT Jamsostek (Persero), seluruh biaya akan menjadi tanggungan PT Jamsostek (Persero). Jika biaya yang dikeluarkan besar dan tingkat kejadiannya terus meningkat seperti pada kasus mioma uteri ini, PT Jamsostek perlu melakukan kajian lebih lanjut atas variasi yang terjadi untuk mengetahui tindakan apa saja yang dilakukan serta untuk mengetahui penyebab terjadinya variasi. Informasi ini penting dalam pengambilan keputusan untuk kebijakan jaminan kesehatan serta untuk pengendalian biaya.

Melihat kondisi tersebut, penulis melakukan penelitian mengenai gambaran variasi utilisasi dan biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.

Penelitian mengenai variasi utilisasi pelayanan kesehatan seperti ini, secara kuantitatif sudah pernah dilakukan, namun belum menggali lebih dalam penyebab terjadinya variasi (Lynk, 2001 dan Folland et al, 1997). Untuk itu dilakukan penelitian ini secara kualitatif dan kuantitatif untuk dapat

menggambarkan variasi serta menggali lebih lanjut penyebab dan akibat terjadinya variasi tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, diketahui bahwa terdapat variasi biaya pelayanan kesehatan pada kasus operasi mioma uteri yang cukup besar pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati. Dengan demikian rumusan masalah penelitian ini adalah belum diketahuinya gambaran variasi utilisasi dan biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimanakah variasi utilisasi dan biaya kesehatan kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketahuinya gambaran variasi utilisasi dan biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketahuinya gambaran variasi utilisasi pelayanan kesehatan serta penyebab variasi kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.
- b. Diketahuinya gambaran variasi biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat Bagi PT Jamsostek (Persero) & RSUP Fatmawati

- Evaluasi clinical pathway yang telah diterapkan sejak tahun 2006.
- Mendapatkan gambaran variasi utilisasi dan biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010.
- Sebagai bahan evaluasi dan dasar penentuan kebijakan dalam rangka pengendalian biaya pelayanan kesehatan.
- Sebagai salah satu cara mengatasi masalah tingginya angka klaim tidak layak bayar antara RSUP Fatmawati dengan PT Jamsostek (persero).

### 1.5.2 Manfaat Bagi Peserta

- Mengetahui kisaran biaya yang dibutuhkan untuk melakukan pengobatan mioma uteri.
- Mengetahui tindakan apa saja yang perlu diterima dan yang tidak perlu diterima untuk pengobatan mioma uteri.

## 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian mengenai mengenai gambaran variasi utilisasi dan biaya kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010 ini dilakukan karena adanya masalah berupa variasi biaya kesehatan kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data sekunder berupa data rekam medis yang diambil dari unit rekam medis, dan data keuangan yang diambil dari unit keuangan RSUP Fatmawati. Selain data sekunder, penelitian ini juga menggunakan data primer berupa *in-depth interview* kepada dokter-dokter spesialis kebidanan RSUP Fatmawati, serta bagian-bagian yang terkait lainnya untuk mengetahui lebih lanjut penyebab terjadinya variasi.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pendahuluan

Sistem pelayanan kesehatan dewasa ini mengalami tantangan yang berat terkait dengan terus meningkatnya inflasi biaya pelayanan kesehatan serta masalah keterbatasan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Permasalahan inflasi biaya kesehatan biasanya dialami oleh negara-negara maju akibat meningkatnya permintaan (*demand*) dan penawaran (*supply*) pelayanan kesehatan. Permintaan/kebutuhan pelayanan kesehatan meningkat seiring dengan meningkatnya kebutuhan pelayanan medis yang berkualitas serta meningkatnya usia harapan hidup. Sedangkan penawaran pelayanan kesehatan meningkat seiring dengan semakin majunya teknologi kesehatan dan pelayanan superspesialistik. Permasalahan keterbatasan akses pelayanan kesehatan biasanya dialami oleh negara berkembang akibat kurangnya dana untuk sektor kesehatan, ketimpangan antar daerah, serta penggunaan dana yang kurang memprioritaskan masalah kesehatan. (Pamjaki, 2008)

Atas masalah yang terjadi tersebut, seluruh pihak yang terlibat seperti perusahaan, konsumen, dan pemerintah berusaha mencari jalan keluar yang terbaik agar seluruh masyarakat bisa mendapatkan jaminan kesehatan yang merata dan berkualitas. Dan cara terbanyak yang dilakukan oleh berbagai negara di dunia adalah dengan melakukan sistem asuransi kesehatan bagi masyarakatnya.

Sistem asuransi kesehatan terbagi menjadi dua, asuransi kesehatan komersial dan asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan komersial merupakan asuransi kesehatan yang keikutsertaannya bersifat sukarela. Sedangkan asuransi kesehatan sosial keikutsertaannya bersifat wajib. Sistem asuransi kesehatan sosial inilah yang banyak di adopsi oleh berbagai negara di dunia dengan berbagai sistem yang dirancang oleh negara masing-masing untuk mengurangi inflasi biaya kesehatan dan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakatnya. Negara-negara yang telah menjalankan sistem asuransi kesehatan

sosial di antaranya adalah Amerika, Korea, Jerman, Malaysia, Indonesia, Belanda, Inggris, dan lain sebagainya. (Pamjaki, 2008)

## 2.2 Asuransi Kesehatan Sosial

Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa dipengaruhi oleh status ekonomi, usia, atau latar belakang lainnya atau yang dapat disebut dengan prinsip keadilan sosial. (Pamjaki, 2008). Atas tujuan tersebut, kepesertaan asuransi sosial haruslah bersifat wajib bagi seluruh warga negara agar pelaksanaan transfer risiko antar seluruh lapisan masyarakat dapat dilaksanakan dengan baik.

Dengan kepesertaan yang bersifat wajib tersebut, asuransi sosial memiliki berbagai macam kelebihan yang perlu dimiliki dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang baik serta terjamin keberlangsungannya. Kelebihan tersebut antara lain adalah memungkinkan semua penduduk tercakup, tidak terjadi seleksi bias, subsidi silang, pool besar, dana besar, administrasi lebih sederhana, biaya administrasi lebih murah, dan memiliki kekuatan yang besar untuk bernegosiasi dengan PPK (Pamjaki, 2008).

Namun, tidak dapat dipungkiri asuransi kesehatan sosial juga memiliki kekurangan, diantaranya: pilihan pelayanan yang terbatas, manajemen yang kurang responsif, pelayanan yang seragam (tidak disukai penduduk menengah ke atas), dan tidak disukai oleh fasilitas kesehatan.

Menurut penulis, kekurangan yang dimiliki oleh asuransi kesehatan komersial jauh lebih kecil dibandingkan dengan kelebihan yang dimilikinya. Karena kelebihan yang dimiliki oleh asuransi kesehatan dapat mengantarkan masyarakat kepada kesehatan yang jauh lebih adil dan sejahtera. Selain itu, kekurangan yang dimiliki oleh asuransi sosial masih dapat diperbaiki atau dapat diatasi dengan alternatif lain. Masalah pilihan pelayanan yang terbatas dan pelayanan yang seragam dapat diatasi dengan ikut serta kepada produk-produk komplementer yang ditawarkan oleh asuransi komersial. Masalah manajemen yang kurang responsif dapat diperbaiki melalui pengaturan manajemen yang lebih berfokus kepada kepuasan pelanggan. Dan masalah mengenai ketidaksukaan

fasilitas pelayanan kesehatan masih dapat diperbaiki dengan tetap berfokus kepada *win-win solution* yang memihak kepada masyarakat.

PT Jamsostek (Persero) didirikan atas Undang-Undang No.3 Tahun 1992 tentang Jamsostek. Selanjutnya, UU ini didukung oleh berbagai PP yang menjabarkan lebih rinci mengenai program tersebut. Peserta PT Jamsostek (Persero) adalah pegawai sektor swasta formal yang belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik dibandingkan paket jaminan yang diberikan PT Jamsostek (Persero). Kontribusi premi untuk Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek (Persero) adalah sebesar 6% bagi yang sudah berkeluarga dan 3% bagi yang masih lajang. Paket jaminan yang diberikan PT Jamsostek (Persero) juga bersifat komprehensif seperti pada PT Askes (Persero) namun tidak menerapkan sistem *Cost Sharing* sehingga peserta lebih leluasa menggunakannya.

### 2.3 Utilisasi pelayanan kesehatan

Asuransi sosial menitikberatkan pada pemantauan kelayakan dan kualitas pemberian pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penilaian atas utilisasi yang diberikan oleh provider menjadi penting untuk dikaji.

Utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh permintaan dan penawaran dari pelayanan kesehatan itu sendiri. Seperti yang disebutkan oleh Folland (1996) dalam Culyer (2000) bahwa pelayanan kesehatan berbeda dengan pasar pada umumnya karena pelayanan kesehatan memiliki karakteristiknya sendiri yang mempengaruhi pola permintaan dan penawarannya. Karakteristik tersebut adalah:

- Permintaan pelayanan kesehatan ada karena adanya permintaan untuk sehat. Sehingga terdapat banyak sekali jenis variasi “barang” dan pelayanan untuk mendapatkan kondisi sehat.
- Uncertainty, artinya adalah kesehatan bersifat tidak bisa dipastikan baik waktunya, tempatnya, besar biaya yang dibutuhkan maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut.

- *Asymetry information*, merupakan suatu keadaan seimbang antara pengetahuan PPK dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan, meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas pelayanan, dan tentang harga dan manfaat pelayanan. Karena ketidaktahuan itu terjadi *consumer ignorance* sehingga seluruh keputusan pelayanan kesehatan diserahkan kepada dokter. Dampaknya, dapat terjadi pelayanan yang seharusnya tidak diberikan (*Supply induced demand/moral hazard*) atau bisa juga terjadi pelayanan dengan kualitas rendah.
- *Externality*, menunjukkan bahwa pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya. Demikian juga resiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja menimpa diri pembeli tetapi juga pihak lain mungkin terpapar oleh faktor risiko yang menimbulkan penyakit.

Informasi tentang utilisasi pelayanan kesehatan menurut Ilyas (2006) sangat dibutuhkan oleh pihak manajemen pelayanan kesehatan, baik ditingkat pusat maupun daerah. Dalam bisnis asuransi kesehatan informasi tingkat utilisasi pelayanan merupakan faktor kritis untuk dapat mengelola perusahaan secara baik. Dengan diketahuinya pola utilisasi pelayanan kesehatan, pola pemberian pelayanan kesehatan, dan pembiayaan kesehatan memungkinkan pihak asuransi untuk merancang paket jaminan yang kompetitif dalam harga, tetapi sesuai dengan kebutuhan medis konsumen baik individu maupun kelompok. Yang terpenting, bagaimana mengembangkan *benefit* pelayanan yang dapat digunakan secara pas dengan kebutuhan medis pemegang polis. Untuk inilah review utilisasi pada asuransi kesehatan menjadi pilar penting bagi survivalnya perusahaan asuransi.

Seperti yang disampaikan oleh Feldstein (1988) dalam Ilyas (2006), bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Pertanggung jawaban asuransi yang komprehensif menimbulkan masalah pembiayaan kesehatan karena terjadi *overutilisasi* (Culyer, 2000) dan tingginya inflasi biaya kesehatan. Dokter dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) cenderung memberikan pelayanan, tindakan, dan pemeriksaan yang berlebihan karena dibayar dengan sistem *fee for service* (Miller, 2009). Konsumen juga pada posisi *ignorance* yang praktis memiliki informasi yang cukup mengenai kesehatan dan pelayanan yang akan mereka terima dari PPK. Sehingga menimbulkan gejala *Supply induced demand/moral hazard*) atau bisa juga terjadi pelayanan dengan kualitas rendah. Fuchs (1978) mengartikan dorongan (*inducement*) sebagai kemampuan dokter untuk menggeser kurva permintaan pasar tanpa membahas mekanisme atau membatasi batas dari dorongan tersebut.

Menurut Eddy (1997), pembayaran dengan FFS menimbulkan penjualan yang bersifat implisit antara kualitas dan biaya. Dengan pembiayaan tersebut, setiap pelayanan yang diketahui efektif dalam penyembuhan pasien cenderung dilakukan dengan dalih peningkatan kualitas pelayanan. Tindakan ini akan menimbulkan biaya pelayanan yang berlebihan dan belum tentu tindakan itu benar-benar dibutuhkan oleh pasien. Dorongan untuk melakukan tindakan tersebut dilakukan karena dokter tidak memiliki risiko finansial atas tindakan yang dilakukannya.

Menurut Super (2006) dalam pembayaran *fee for service*, insentif yang diterima dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya dibayar berdasarkan setiap pelayanan yang diberikan. Pendapatan para dokter akan meningkat jika unit pelayanan dan pelayanan yang mahal dapat ditingkatkan. Dengan sistem insentif semacam ini, dokter tidak akan berusaha melakukan pelayanan yang *cost effective* karena dokter tidak memiliki kepentingan untuk melakukan hal tersebut. Sehingga dokter akan melakukan pelayanan yang sebesar-besarnya guna mendapatkan keuntungan yang sebanyak-banyaknya.

## 2.4 Biaya Pelayanan Kesehatan

Mengacu WHO (1978) tentang *financing of health services & health care financing in development countries* dari Zshock (1979), sumber pembiayaan kesehatan di negara-negara berkembang berasal dari dua sumber pokok yaitu

publik (potongan pajak, *social insurance*, dan undian berhadiah), sedangkan yang berasal dari swasta antara lain berasal dari jaminan perusahaan, *private health insurance*, sumbangan sukarela, dana sehat, dan *out of pocket*.

Asuransi kesehatan merupakan salah satu pihak yang telah disebut sebagai pihak pembayar pelayanan kesehatan. Sistem pembayaran yang digunakan oleh asuransi kepada rumah sakit menurut Miller (2009) terdiri atas beberapa macam, yaitu:

#### 1. *Fee For Service (FFS)*

Cara yang paling umum dalam pembayaran layanan kesehatan adalah dengan sistem ini. Setiap jenis layanan kesehatan telah memiliki tarif yang telah ditentukan sebelumnya oleh provider. Dokter atau rumah sakit memiliki risiko terhadap kurangnya biaya yang telah ditentukan dari yang sesungguhnya namun tidak ada batasan pada jumlah penggunaan layanan, serta dokter atau RS mendapatkan bayaran tanpa memperhatikan kualitas maupun hasil layanan.

#### 2. *Episode of care payment*

Beberapa permasalahan yang terjadi pada FFS seperti tingginya biaya kesehatan akibat *consumer ignorance*, dapat diselesaikan dengan menggunakan sistem *Episode of care payment* yaitu sistem pembayaran yang membayar sebuah biaya untuk semua layanan yang dibutuhkan oleh pasien selama satu episode perawatan. Sistem pembayaran ini biasa juga disebut dengan "*Case Rate*". Sistem ini memberikan tanggung jawab kepada PPK untuk setiap faktor yang menambahkan tindakan layanan kesehatan dalam hal jumlah dan tipe layanan dalam satu episode. Sebagai contoh, sekali pasien mengalami serangan jantung, sebuah nominal pembayaran telah ditentukan untuk membayar semua pelayanan yang dibutuhkan pasien untuk mengobati serangan jantungnya. Jumlah pembayaran akan berdasarkan tingkat keparahan penyakit.

Keuntungan sistem ini salah satunya adalah fleksibilitas PPK untuk memutuskan layanan apa yang harus diberikan kepada dalam episode tersebut. Selain itu keuntungan yang diperoleh dengan mengeliminasi tindakan-tindakan yang tidak diperlukan pada episode tersebut. Terlebih

lagi, jika pelayanan dari berbagai macam PPK dibayar dengan sistem ini dengan nilai yang sama, akan ada insentif untuk para PPK tersebut untuk mengkoordinasikan layanan mereka.

### 3. *Traditional capitation*

Model pembayaran kapitasi didisain untuk mengontrol jumlah episode pelayanan pada setiap biaya individu. Konsep dasar sistem ini adalah PPK menerima sebuah pembayaran untuk mencakup seluruh layanan yang dibutuhkan pasien selama waktu tertentu, dan tidak memperhatikan seberapa banyak atau sedikit apa layanan yang dilakukan pasien.

Masalah kunci dari kebanyakan sistem kapitasi adalah jumlah yang dibayarkan adalah sama tidak peduli seberapa sakit atau seberapa sehat pasien-pasien yang dilayani PPK. Hal ini mendorong PPK untuk menghindari pelayanan yang sering atau mahal. Selain itu, PPK memiliki risiko keuangan untuk mengalami kebangkrutan jika mereka sering melakukan banyak tindakan kepada pasien.

### 4. *Comprehensive care payment*

Sistem ini merupakan sistem pertengahan antara sistem *Episode of care payment* dengan *Traditional capitation*. Dengan sistem ini, PPK akan menerima sebuah pembayaran untuk mencakup semua pelayanan kesehatan yang diterima pasien selama periode tertentu. Tetapi, pembayaran ini akan disesuaikan dengan kondisi kesehatan pasien dan karakteristik lain yang dapat mempengaruhi level pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. PPK akan menerima bayaran yang lebih besar jika pasien-pasien mereka memiliki penyakit yang parah, tetapi pembayaran tidak akan berdasarkan kepada tindakan apa yang akan diterima oleh pasien. Sehingga, PPK akan menerima lebih banyak uang akibat tingkat penyakit pasien, bukan berdasarkan tindakan yang dilakukannya.

*Comprehensive care payment* menuntut lebih banyak tanggung jawab PPK mengenai risiko pelayanannya dan kemampuan mereka untuk manajemen kondisi pasien yang berkualitas tinggi dan efisien-dimana *Traditional capitation* mentransfer seluruh risiko kepada PPK.

Penelitian mengenai variasi biaya pernah dilakukan oleh Davis et al (2006). Menurutnya, variasi biaya dapat dilihat melalui biaya tertinggi, biaya terendah, komposisi variasi, biaya tambahan akibat variasi, dan penyebab variasi.

Berdasarkan Newhouse & Murthy (1992) dalam Okunade (2002), menyebutkan bahwa 75% kenaikan biaya kesehatan terjadi karena peningkatan penggunaan alat kesehatan yang berteknologi tinggi. Target penggunaan alat canggih ini semakin meningkat pada peserta asuransi kesehatan karena kemampuan membayar peserta menjadi meningkat.

## 2.5 Variasi Pelayanan Kesehatan

Dalam pasar pelayanan kesehatan, adanya variasi pelayanan kesehatan tidak hanya diakibatkan oleh penawaran yang diberikan, tetapi juga diakibatkan oleh penawaran pelayanan kesehatan kepada pasien mendorong terjadinya permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Culyer, 2000). Hal ini terjadi akibat adanya ketidaksamaan informasi yang dimiliki oleh pasien dengan yang dimiliki oleh petugas kesehatan. Sebagai contoh, dalam penatalaksanaan operasi mioma uteri, pengangkatan mioma dapat dilakukan secara laparaskopi saja. Namun, karena permintaan dokter yang menangani dan ketidakpahaman pasien, operasi dilakukan secara laparaskopi dan histereskopi. Hal ini tentu akan menambah biaya pelayanan kesehatan dan menyebabkan terjadinya variasi pelayanan kesehatan.

Penjelasan lain mengenai variasi utilisasi dikemukakan oleh Folland (1997) di dalam bukunya *The Economic of Health and Health Care*, mengenai variasi utilisasi yang disebut dengan teori “*The Small Area Variations Phenomenon*”. Teori ini merujuk kepada luasnya variasi pada utilisasi pelayanan kesehatan percapita untuk berbagai macam pengobatan dan prosedur operasi yang akhir-akhir ini ditemukan pada rumah sakit dengan sasaran pasien yang hampir sama. Penelitian McPherson et al (1982) yang dikutip pada buku ini menyebutkan bahwa kisaran variasi utilisasi cukup besar pada beberapa prosedur operasi. Ada juga rata-rata variasi yang cukup besar dalam sebuah negara untuk operasi histerektomi. Temuan ini konsisten dengan temuan-temuan studi lain yang menunjukkan variasi yang besar diantara area pasar yang kecil.



Wenberg menyatakan bahwa banyak dari variasi yang ditemukan terkait dengan derajat ketidakyakinan dokter terhadap diagnosa dan pengobatan yang dilakukannya. Terkadang dokter tidak yakin dengan efek dan keberhasilan suatu metode pengobatan. Selain itu, hal ini juga disebabkan oleh besarnya kisaran pola praktek dokter yang menyebabkan berbagai macam pelayanan yang tidak diperlukan. Setelah menjelaskan mengenai jumlah variasi dari pengobatan penyakit dan metode operasi di rumah sakit, Wenber (1984) menyatakan bahwa ada keterkaitan yang dekat antara variasi dengan derajat kebijaksanaan dokter untuk menentukan apakah perlu dirawat atau tidak.

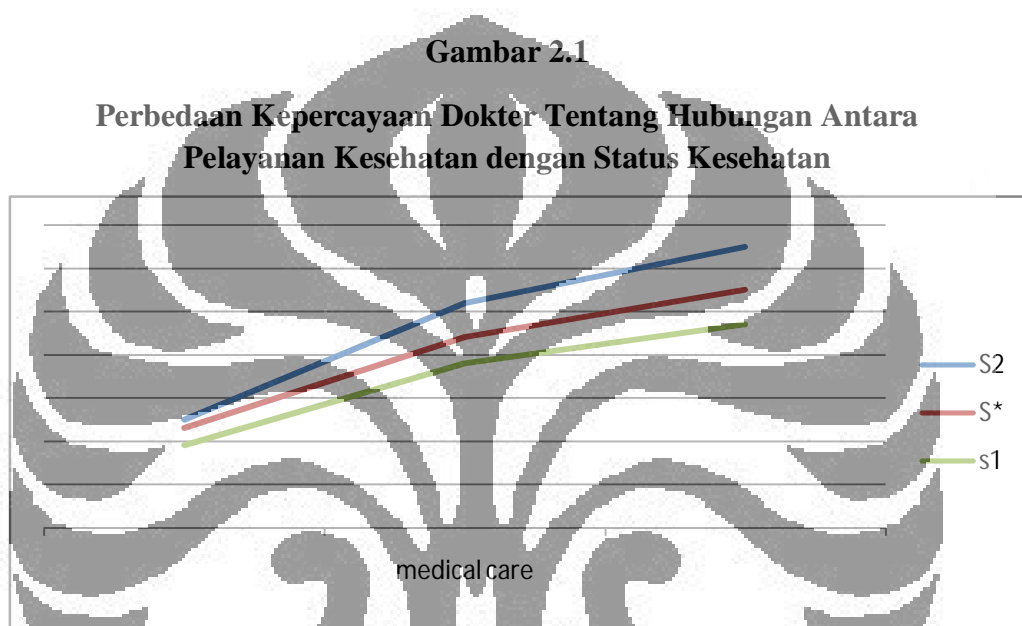
Menurut Beecham (2004), variasi pelayanan dan biaya kesehatan dipengaruhi oleh demografi pasien, tindakan sebelum rawat inap, tindakan saat rawat inap, dan tindakan sesudah rawat inap. Penelitian lain dilakukan oleh Pirson, dkk (2006) yang melakukan analisis dan dampak variasi biaya akibat adanya casemix atau bauran kasus. Menurutnya hal tersebut dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit, demografi pasien, tipe masuk rumah sakit, status kepulangan, perawatan di ICU, keterpaparan bakteri nosokomial, perawatan kembali setelah satu tahun, dan keberadaan penyulit dan penyerta merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya variasi biaya. Proses penentuan variasi itu sendiri, dilakukan melalui proses pemetaan tiap-tiap variabel yang diteliti. Dari pemetaan tiap variabel tersebut, akan didapatkan variasi yang terjadi pada tiap variabel yang selanjutnya akan mempengaruhi biaya yang dikeluarkan. Sedangkan menurut Link (2001) hal yang mempengaruhi variasi kesehatan adalah oleh *Length of Stay* (LOS), perawatan di ICU, jenis operasi, diagnosa, jenis masuk RS, umur, tindakan pasca ranap, dan status kepulangan.

Selain faktor umum, terdapat faktor khusus dari mioma uteri yang dapat mempengaruhi variasi utilisasi. Menurut teori Havrilesky, dkk (2003) evaluasi keluaran klinik laparoscopi mioma uteri ditentukan oleh banyaknya darah yang hilang, LOS, komplikasi pada saat operasi, konversi ke operasi lain, dan durasi operasi. Teori lain juga dikemukakan oleh Roy, dkk (2010) mengenai evaluasi *outcome* dari histeroskopi sebagai salah satu cara untuk menghilangkan mioma uteri. Menurut Roy dkk, variabel yang akan mempengaruhi *outcome* pengobatan

miomektomi adalah indikasi, cara deteksi, jenis mioma, besar mioma, jumlah mioma, dan banyaknya darah yang hilang.

## 2.6 Pola Pelayanan Dokter

Penelitian mengenai variasi utilisasi pada kasus mioma uteri juga pernah dilakukan oleh Folland and stano (1989) , seperti dalam gambar dibawah ini :



Garis vertikal dalam gambar merepresentasikan status kesehatan setelah perawatan, dan garis horizontal menggambarkan peningkatan unit pelayanan. Garis S menggambarkan macam-macam variasi dan derajat pelayanan kesehatan. Perbedaan pelayanan terlihat pada garis S1 dan S2 yang merepresentasikan perbedaan tindakan pelayanan terhadap fungsi produksi yang sama, yaitu pengobatan leiomyoma uteri. Ini merefleksikan perbedaan kepercayaan oleh dua orang dokter tentang marjin produktivitas dari kualitas pelayanan kesehatan yang tertinggi. Dokter kedua (S2) menunjukkan keyakinannya bahwa setiap tambahan tindakan pelayanan kesehatan akan menghasilkan *outcome* yang lebih efektif dalam pengobatan, berbeda dengan dokter ke satu (S1). Sebagai contoh mungkin dokter ke dua percaya bahwa operasi efektif untuk mengobati penyakit ini,

sedangkan dokter ke satu ragu akan keefektivitasan operasi sehingga menggunakan cara yang lain.

Menurut penelitian Miller (2009), ditemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan dokter dalam pemilihan layanan antara lain: persepsi dokter terhadap benefit dan biaya dari alternatif pilihan, masing-masing pelajaran/pengalaman yang pernah dialami dokter, skil/kemampuan dokter, kecenderungan dalam pemilihan sebuah prosedur, keuntungan finansial yang didapatkan, kecenderungan dari spesialisasi masing-masing dokter, dan tekanan dari pasien itu sendiri. Sebagai contoh, dokter yang memiliki spesialisasi operasi dengan alat canggih akan cenderung melakukan operasi dengan alat canggih. Selain itu, operasi dengan alat canggih akan memberikan insentif finansial yang lebih besar kepada dokter, sehingga pemilihan operasi ini cenderung akan dilakukan.

## 2.7 *Clinical Pathway*

Selama beberapa dekade ini, dunia kedokteran telah mengembangkan sistem perencanaan manajemen yang menitikberatkan pada kesembuhan pasien dengan menjabarkan urutan dan waktu tindakan yang diperlukan dengan efisiensi yang optimal atau yang biasa disebut dengan *clinical pathways*, *critical pathway*, atau *care paths* (Person et al, 1995).

*Clinical Pathway* merupakan alat yang digunakan untuk menurunkan variasi, menurunkan penggunaan sumber daya, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Every, 2000). Dengan meningkatnya kompetisi dalam industri pelayanan kesehatan, para manajer telah menggunakan *clinical pathway* sebagai metode untuk menurunkan variasi dalam pelayanan, menurunkan penggunaan sumber daya, dan meningkatkan potensial kualitas pelayanan kesehatan.

CP dikembangkan untuk membantu para dokter untuk pengambilan keputusan dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Namun kenyataannya CP mioma uteri RSUP Fatmawati tidak mampu menurunkan variasi pelayanan kesehatan. Menurut Aida (2006), variasi akibat CP terjadi akibat 3 faktor, yaitu: terkait pasien, terkait sistem, dan terkait dokter yang menangani. Peninjauan

terhadap ketiga faktor ini diperlukan untuk mengetahui lebih lanjut penyebab variasi dan apakah diperlukannya perubahan CP yang diberlakukan.

Berdasarkan Buku Pedoman *Clinical Pathway* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan RI (2006) CP harus dibuat berdasarkan pedoman-pedoman pelayanan kesehatan yang disederhanakan dan digabungkan serta diintegrasikan dengan rekam medis pasien.

Selanjutnya menurut Aida (2006) pelaksanaan CP memerlukan pengukuran kemajuan (*Progress Measurement*) penggunaan CP dan memerlukan audit klinis untuk peningkatan mutu secara berkelanjutan. *Progress measurment* dilakukan rutin pada saat pasien di rawat, sedangkan audit klinis ini dilakukan secara berkala. Audit klinis merupakan kegiatan untuk menganalisa variasi yang pernah terjadi dalam jangka waktu tertentu. Dengan cara ini, keluaran klinis dan mutu pelayanan dapat ditingkatkan dengan pengurangan variasi klinis karena di evaluasi berdasarkan kejadian nyata yang dialami selama periode tersebut. Hal ini juga didukung oleh pernyataan Firmanda (2006) bahwa audit medis dilakukan dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan pasien. Selanjutnya, hasil audit ini akan diterapkan pada pelayanan-pelayanan berikutnya.

## 2.8 Myoma Uteri

Myoma uteri atau yang biasa disebut dikalangan masyarakat dengan myom, atau istilah kedokterannya disebut juga dengan fibroid atau leiomyoma uterus. sekitar 30% operasi pengangkatan rahim dilakukan atas indikasi adanya mioma pada rahim. Myom termasuk tumor jinak dari otot rahim. Sekitar 20% perempuan usia aktif mengidap miom. (Yatim, 2005)

### 2.8.1 Epidemiologi

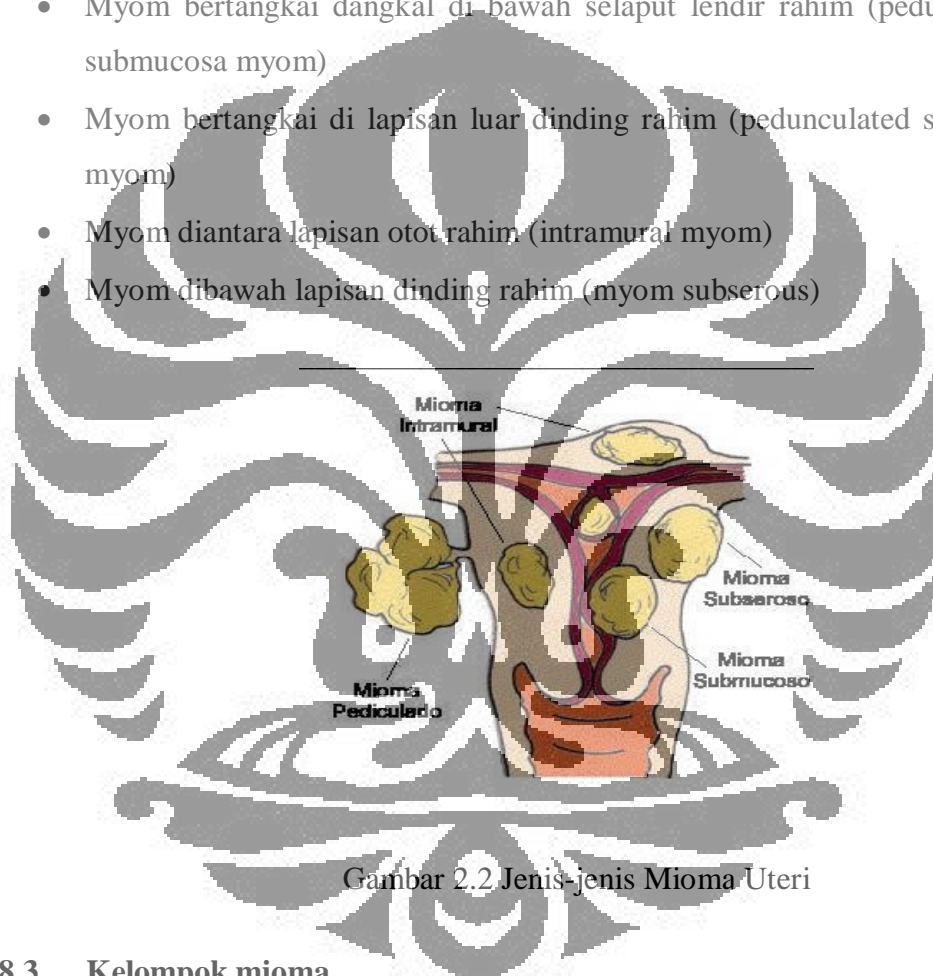
Berdasarkan otopsi, Novak menemukan 27% wanita berumur 25 tahun mempunyai sarang mioma. Pada wanita berkulit hitam ditemukan lebih banyak. Mioma uteri belum pernah dilaporkan terjadi sebelum menarke, sedangkan setelah menopause hanya terjadi kira-kira 10%. Statistik menunjukkan 60% mioma uteri berkembang pada wanita yang tak pernah hamil

atau hanya hamil satu kali. Prevalensi meningkat apabila ditemukan riwayat keluarga, ras, kegemukan, dan nullipara.

### 2.8.2 Klasifikasi

Ganti teori Berdasarkan lapisan uterus yang terkena, mioma uteri dapat dibagi menjadi:

- Myom bertangkai dangkal di bawah selaput lendir rahim (pedunculated submucosa myom)
- Myom bertangkai di lapisan luar dinding rahim (pedunculated subserous myom)
- Myom diantara lapisan otot rahim (intramural myom)
- Myom dibawah lapisan dinding rahim (myom subserous)



Gambar 2.2. Jenis-jenis Mioma Uteri

### 2.8.3 Kelompok mioma

Penggolongan mioma dilakukan berdasarkan letak mioma yang dialami oleh pasien. Hal ini dilakukan karena menurut Nelson, dkk (2002) dikemukakan bahwa letak mioma akan memberikan dampak berbeda terhadap gejala dan jenis operasi yang dilakukan, walaupun jenis mioma bukanlah satu-satunya faktor penentu pemilihan jenis operasi. Selain itu menurut Seinerra, dkk (1997) Gejala yang ditimbulkan akan berpengaruh terhadap proses penanganan pasien selama perawatan dilakukan. Selanjutnya menurut Roy, dkk (2010) mioma uteri jenis

submukosa memiliki gejala yang lebih buruk dibandingkan dengan jenis lainnya, yaitu menyebabkan aborsi, infertilitas, dan kelahiran prematur.

Menurut Thomas dan Magos (2011), perbedaan pemilihan jenis operasi mioma uteri dapat dibagi berdasarkan situasi klinis pasien yang ditetapkan berdasarkan posisi, ukuran, dan jumlah mioma.

Menurut Roy, dkk (2010) cara terbaik untuk menghilangkan mioma uteri jenis submukosa adalah dengan histeroskopik miomektomi. Sedangkan menurut Nelson, dkk (2002) mioma uteri yang terletak dibagian submukosa dapat ditangani melalui dilatasi dan kuretasi. Mioma uteri yang terletak di bagian subserosa dan intramural dapat ditangani dengan laparotomi atau laparaskopi. Hal ini diperkuat oleh penelitian Seinerra, dkk (1997) yang menyebutkan bahwa 60% pasien yang menggunakan laparaskopi memiliki jenis mioma intramural dan 33% lainnya memiliki jenis subserosa. Selanjutnya, menurut Thomas dan Magos (2011) jika mioma uteri yang dimiliki berjumlah banyak dan terletak di berbagai bagian uterus, maka operasi sebaiknya dilakukan dengan histerektomi untuk memperkecil risiko pendarahan.

Berdasarkan data dan teori-teori yang dikemukakan di atas, mioma uteri dapat dibagi ke dalam tiga kelompok: kasus dengan mioma uteri jenis submukosa (kelompok I), kasus dengan mioma uteri jenis subserosa dan atau intramural (kelompok II), dan kasus mioma uteri di berbagai bagian uterus seperti di seluruh bagian uterus, dibagian submukosa dan intramural, atau dibagian submukosa dengan subserosa (kelompok III). Dengan pembagian berdasarkan letak mioma uteri, maka gejala yang ditimbulkan serta proses penanganan akan relatif sama. Begitu juga dengan jenis operasi yang dilakukan kepada pasien tersebut dan prognosa pasien yang seluruhnya sembuh. Dengan demikian, kasus yang dimasukkan ke dalam satu golongan memiliki alur pelayanan yang kurang lebih sama.

## 2.9 Penatalaksanaan Mioma Uteri Rawat Jalan

Perawatan preoperatif, merupakan pelayanan yang penting untuk dilakukan pada jenis operasi berencana seperti pada kasus operasi mioma uteri ini. Menurut Kerridge (2006), pelayanan perioperative merupakan tindakan yang kompleks dan melibatkan banyak pelayan kesehatan dari berbagai macam disiplin ilmu karena penilaian dini tingkat kesakitan pasien sangat penting untuk persiapan selama perawatan pasien. Sebaiknya, pasien sudah dipersiapkan secara matang sebelum hari dilaksanakannya operasi dan hanya masuk ke dalam rumah sakit beberapa waktu sebelum operasi.

Menurut Manuaba (1998), jenis pemeriksaan fisik yang diperlukan diantaranya adalah apakah terjadi perdarahan, anemia, dehidrasi, dsb. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan umum seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik khusus seperti pemeriksaan kebidanan dan pemeriksaan dalam. Yang terakhir dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, USG, dan foto thorax. Jika terdapat kondisi yang belum optimal, maka harus dilakukan perbaikan terhadap kondisi umum tersebut seperti pemberian infus cairan pengganti bila terjadi dehidrasi, pemberian transfusi darah jika terjadi anemia, dan pemberian antibiotik jika terjadi infeksi.

### 2.9.1 Konsultasi spesialis kebidanan dan kandungan

Tahap awal pemeriksaan adalah konsultasi kepada dokter spesialis kebidanan. Hal ini dilakukan sebagai pemeriksaan tahap awal akibat adanya keluhan perdarahan pervaginam, gangguan siklus haid, nyeri haid, dan gangguan terkait penyakit kandungan lainnya.

Beberapa pasien mioma uteri melakukan pengobatan hormonal sebelum melakukan pemeriksaan mioma uteri karena banyak perempuan yang menghindari operasi miomektomi ataupun histerektomi. Menurut Wallach & Eisenberg (2003), perkembangan mioma uteri dikarenakan stimulus dari hormon esterogen, sehingga pengobatan hormonal menjadi salah satu alternatif pengobatan. Selain itu, pengobatan ini relatif lebih murah dan dianggap lebih manjur dibandingkan dengan pengobatan dengan operasi (Sankaran, 2008).

Masih menurut Sankaran (2008), saat ini pengobatan mioma uteri secara hormonal hanya boleh dilakukan untuk jangka pendek karena memiliki risiko yang tinggi jika dilakukan untuk jangka panjang dan masih memiliki sedikit bukti mengenai keuntungan yang diberikan melalui pengobatan ini. Pengobatan ini hanya boleh dilakukan sebagai pengobatan jangka pendek untuk mengobati gejala mioma uteri, seperti pada wanita usia perimenopause yang memiliki gejala mioma uteri atau pasien yang belum diizinkan untuk dioperasi karena alasan medis. Selain itu pengobatan ini juga dapat digunakan untuk menurunkan ukuran mioma uteri, untuk mengontrol perdarahan, dan untuk meningkatkan nilai hemoglobin pada darah pasien.

Pada rawat jalan, hal yang ditekankan adalah pendeteksian penyakit dan penilaian kondisi pasien sebelum dilaksanakannya operasi. Sedangkan pada tahap rawat inap hal yang perlu ditekankan adalah penyembuhan penyakit dan pemantauan kondisi pasien (Christ dkk, 2005).

### **2.9.2 Ultrasonografi (USG)**

Pemeriksaan USG dilakukan oleh seluruh pasien. Menurut Seinerra (1997), mioma uteri didiagnosa dan dievaluasi melalui Ultrasonografi. Sehingga pemeriksaan ini perlu dilakukan untuk memastikan adanya mioma uteri pada pasien sebelum dilakukannya operasi dan patologi anatomi.

### **2.9.3 Pemeriksaan Papsmear**

Papsmear dilakukan untuk mendeteksi adanya penyakit kanker mulut rahim yang ternyata memiliki populasi yang berbeda dengan populasi mioma uteri. Menurut hasil penelitian Khasbiyah (2004) menyatakan bahwa kanker serviks sebagian besar dialami oleh orang yang melakukan hubungan seksual pertama kali di usia kurang dari 20 tahun karena pada saat itu kondisi rahim pasien masih belum sempurna sehingga mudah terjadi luka pada dinding mulut rahim pasien. Karakteristik lainnya adalah pasien dengan kanker serviks memiliki kegiatan seksual tinggi yang menyebabkan risiko luka pada sekitar mulut rahim menjadi lebih besar (Nasution, 2010). Berdasarkan hasil penelitian



Nasution (2010), 58,5% pasien dengan kanker serviks memiliki riwayat paritas multipara sehingga organ reproduksi pasien lebih sering mengalami luka.

#### **2.9.4 Konsultasi Spesialis anastesi**

Menurut Miguel, dkk (2003) dokter anastesi harus waspada dengan masalah kesehatan yang dialami pasiennya. Hal ini dilakukan untuk mempersiapkan kondisi operasi yang terbaik serta memperhitungkan keamanan dan kenyamanan pasien. Dokter anastesi perlu menilai risiko kelainan jantung dan kelainan paru pasien. Kedua gangguan ini memiliki kontribusi yang besar dalam kondisi morbiditas pasien. Pasien dengan masalah paru kronis memiliki risiko 2,6 sampai 6 kali lebih besar dari pasien normal. Sedangkan risiko jantung meningkat pada pasien berusia lebih dari 40 tahun dan pernah mengalami kelainan jantung. Jika terdapat kelainan tersebut, dokter anastesi harus melakukan konsultasi kepada dokter spesialis terkait.

#### **2.9.5 Konsultasi spesialis jantung**

Menurut penelitian Katz, dkk (2004) konsultasi ke unit kardiologi paling berguna jika melalui rujukan dokter spesialis anastesi. Itu berarti konsultasi ke bagian jantung hanya dilakukan jika dokter anastesi menemukan masalah berarti terhadap kondisi jantung pasien. Masih menurut penelitian Katz, dkk konsultasi ke bagian jantung sering kali tidak berguna karena alasan melakukan pemeriksaan tersebut kebanyakan hanya karena hal yang rutin dilakukan, penilaian risiko, atau untuk penilaian ulang. Dari penelitian tersebut juga terbukti bahwa tidak ada perbedaan *outcome* antara pasien yang melakukan konsultasi spesialis jantung dengan yang tidak dilakukan.

#### **2.9.6 Konsultasi spesialis dalam**

Berdasarkan penelitian Macpherson (1994) diketahui bahwa tidak ada perbedaan status kesehatan pasien yang melakukan konsultasi spesialis dalam dengan yang tidak melakukan konsultasi spesialis dalam pada pasien operasi berencana, begitu juga dengan jenis pemeriksaan lab, pemeriksaan radiologi, dan lama hari rawat.

### 2.9.7 Pemeriksaan Laboratorium

Menurut Fisher (1999), pemeriksaan laboratorium dan rontgen thorax harus dilakukan berdasarkan riwayat medis yang jelas dan tidak boleh didasarkan kepada standar pelayanan yang dibutuhkan. Pemeriksaan laboratorium fungsi hati perlu dilakukan kepada pasien yang memiliki penyakit hepatitis, peradangan hati, sirosis, infiltrasi, hipertensi, gangguan saluran kemih, intravaskular hemolisis. Fungsi ginjal diperlukan jika pasien memiliki hipertensi, penyakit terkait jantung, hepar, dan penurunan fungsi ginjal, dehidrasi, diabetes, hematuria, anorexia, penyakit ginjal, dan gangguan berekemih. Pemeriksaan darah lengkap dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan hematologi, riwayat perdarahan atau koagulasi, keganasan, kemoterapi, terapi radiasi, gangguan ginjal, operasi yang dengan tingkat perdarahan tinggi ( $>1,500$  ml), jenis operasi infasif dan traumatik, status kesehatan yang buruk. Pemeriksaan urin lengkap dibutuhkan untuk menilai gangguan ginjal, peradangan, status volume intravaskular, dan gangguan metabolic.

### 2.9.8 Rontgen Thorax

Menurut Fisher (1999), pemeriksaan rontgen thorax dibutuhkan oleh pasien dengan gejala pneumonia, edema paru, atelektasis, aortic aneurisma, masa pada paru, trakea deviasi, hipertensi paru, cardiomegaly, dekstrocardia, dan embolisme paru. Berdasarkan teori yang disampaikan oleh Fisher mengenai indikasi pemeriksaan rontgen thorax, ada/tidaknya penyakit tersebut tentunya membutuhkan pemeriksaan rontgen. Sehingga, pemeriksaan rontgen thorax tetap diperlukan untuk menilai risiko operasi.

### 2.9.9 Elektrokardiogram (EKG)

Menurut Fisher (1999) pemeriksaan EKG diperlukan pada pasien yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, nyeri dada, gagal jantung kongestif, penyakit cerebrovaskular dan periperalvaskular, sinkop dan presinkop, pusing, nafas pendek, sulit mengeluarkan nafas, bengkak pada kaki, murmur, dan pasien di atas 50 tahun.

## **2.10 Penatalaksanaan Mioma Uteri Rawat Inap**

### **2.10.1 Clyisma**

Menurut Potter dan Perry (1997), tindakan clyisma merupakan tindakan memasukkan larutan ke dalam rektum dan kolod sigmoid alasannya adalah untuk meningkatkan defekasi dengan menstimulasi peristaltik.

### **2.10.2 Ganti verban dan dressing**

Menurut Potter dan Perry (1997), kelembapan merupakan merupakan media pertumbuhan bakteri, sehingga kelembapan pada balutan yang steril menyebabkan balutan tersebut terkontaminasi. Begitu juga dengan balutan yang tidak melekat dengan baik, akan meningkatkan risiko kontaminasi bakteri pada jahitan. Sehingga, kondisi jahitan itu sendiri pun perlu dipantau. Pasien pasca operasi mioma uteri pasti mendapatkan jahitan. Jahitan ada yang besar dan kecil tergantung dari jenis operasi yang digunakan.

### **2.10.3 Pasang Infus**

Pemasangan infus intravena dilakukan untuk memberikan larutan nutrisi pada pasien yang berisi nutrisi atau terapi. Pemberian nutrisi dilakukan pada pasien yang tidak dapat memasukkan nutrisi dengan normal. Sedangkan pemberian terapi dilakukan dengan tujuan mengoreksi atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit (Potter & Perry, 1997). Selain itu, infus juga dapat diberikan pada pasien untuk memasukkan obat ke dalam tubuh pasien. Kondisi demam dan perdarahan merupakan dua indikasi dari sekian banyak indikasi penggunaan infus.

### **2.10.4 Transfusi darah**

Menurut Potter dan Perry (1997), transfusi darah merupakan pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah kemasam, atau trombosit melalui jalur intravena. Tujuan diberikannya transfusi adalah untuk meningkatkan volume sirkulasi darah setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan. Seperti yang telah disebutkan informan, pasien mioma uteri banyak

mengalami gejala perdarahan pervaginam berat dan mengalami perdarahan selama operasi dilakukan.

### **2.10.5 Visite Dokter Spesialis Kebidanan**

Visitasi ini dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan selaku dokter penanggung jawab pasien. Seharusnya visite harus dilakukan setiap hari. Visite dokter merupakan kegiatan untuk memantau kondisi pasien yang sedang menjalani perawatan.

### **2.10.6 Jenis Operasi**

Jenis-jenis operasi ini memiliki perbedaan dalam kemampuan mengangkat mioma berdasarkan letak mioma dan besar mioma yang diderita, serta kondisi pasien (Thomas & Magos, 2011). Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh para informan. Menurut Owari, dkk (2002) mioma uteri yang terletak dibagian submukosa dapat ditangani melalui dilatasi dan kuretasi. Menurut prosedur tetap RSUP Fatmawati, mioma uteri jenis ini dapat ditangani dengan histereskopi diagnostik. Mioma uteri yang terletak di bagian subserosa dan intramural dapat ditangani dengan laparatomi (miomektomi) atau laparaskopi. Selanjutnya, menurut Thomas dan Magos (2011) laparatomi dapat digunakan untuk berbagai macam jenis mioma, jenis operasi laparaskopi dapat digunakan untuk jenis mioma subserosal dan intramural. Jenis operasi histereskopi hanya dapat digunakan oleh pasien dengan jenis mioma uteri submukosa. Pernyataan ini sesuai dengan prosedur tetap RSUP Fatmawati. Jika mioma uteri yang dimiliki berjumlah banyak dan terletak di berbagai bagian uterus, maka operasi sebaiknya dilakukan dengan histerektomi untuk memperkecil risiko pendarahan.

Menurut Owari (2002), laparatomi dan laparaskopi merupakan tehnik operasi yang baik bagi pasien yang masih menginginkan anak, namun lebih berisiko dibandingkan histerektomi. Selanjutnya, Owari menyatakan jika besar mioma uteri berdiameter lebih dari 10cm maka pasien sebaiknya tidak dioperasi dengan cara laparatomi ataupun laparaskopi operatif, melainkan menggunakan jenis operasi histerektomi atau histereskopi untuk menurunkan risiko perdarahan. Begitu pula jika mioma yang dimiliki oleh pasien lebih dari tiga

buah, Owari menyarankan untuk menggunakan operasi jenis histerektomi. Seluruh pernyataan ini juga didukung oleh hasil penelitian Walid (2010).

Jenis operasi konservatif (histerektomi dan laparatomi) dan jenis operasi dengan alat canggih (laparaskopi dan histereskopi) memiliki kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Menurut walid (2010) operasi yang menggunakan alat canggih meminimalkan sayatan atau luka yang dialami pasien dibandingkan dengan operasi konservatif. Kelebihan lain dari operasi ini adalah penurunan perdarahan saat operasi, LOS yang lebih rendah, dan waktu penyembuhan yang lebih cepat.

Menurut Seinerra (1997) operasi dengan menggunakan alat canggih harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ahli dan memiliki cukup pengalaman karena operasi ini sangat berisiko terhadap organ-organ lain di sekitar uterus.

Berdasarkan Prosedur Tetap RSUP Fatmawati, jumlah maksimum untuk melakukan operasi miomektomi melalui laparaskopi adalah 3 buah miom. Sedangkan, ukuran maksimum melakukan laparaskopi untuk miomektomi adalah sebesar janin usai 12 minggu ( $\pm$  8cm). Sedangkan untuk melakukan operasi histerektomi per laparaskopi maksimal dilakukan pada mioma sebesar janin usia 16 minggu ( $\pm$  16cm). Di dalam Prosedur Tetap RSUP Fatmawati juga disebutkan bahwa operasi miomektomi dengan histereskopi operatif dilakukan hanya untuk mioma uteri jenis submukosum.

#### 2.10.7 Lama hari rawat

##### a. Jenis operasi

Jenis operasi dapat menentukan lama hari rawat karena banyaknya sayatan yang dihasilkan mempengaruhi kebutuhan perawatan pascaoperasi pada pasien. Operasi konvensional seperti miomektomi dan histerektomi memiliki risiko lebih besar terhadap perdarahan dan sepsis, transfusi darah, nyeri luka operasi, dan risiko perlekatan (Thomas & Magos, 2011). Sedangkan pada operasi dengan menggunakan alat canggih risiko akan hal-hal tersebut lebih rendah. Dalam beberapa hasil penelitian, disebutkan bahwa pasien yang melakukan operasi dengan alat canggih seperti laparaskopi dan histereskomi dapat pulang pada hari dilakukannya operasi

karena tidak membutuhkan transfusi darah dan tidak mengalami nyeri luka operasi (Roy, dkk, 2011 dan Walid & Heaton 2010). Perawatan preoperasi dilakukan satu hari sebelum perawatan, sehingga total lama hari rawat adalah 2 hari. Hal ini juga ditemukan pada penelitian sebelumnya oleh Seinerra, dkk (1997) yang menyebutkan bahwa lama hari rawat operasi dengan alat canggih adalah 2,09 hari.

Sedangkan, berdasarkan penelitian Golberg, dkk (2006) rata-rata lama hari rawat pasien histerektomi adalah 2,8 hari dan untuk pasien miomektomi adalah 2,6 hari.

Pada operasi kuretase untuk menghilangkan mioma uteri yang berjenis submukosa, lama hari rawat yang dibutuhkan jauh lebih rendah dibandingkan dengan operasi konvensional (Thomas & Magos, 2011). Hal ini terjadi karena operasi pemotongan mioma tidak menyebabkan banyak perdarahan dan luka pada jenis operasi ini sehingga morbiditas penyakit ini sangat rendah. Menurut Achadiat (2004) lama hari rawat untuk tindakan kuretase adalah 1-2 hari.

#### **b. Penyulit/penyerta**

Hasil penelitian Kravitz, 1992 (dalam Hartono, 2004) menyebutkan bahwa pada kasus yang disertai dengan kondisi penyerta, lama hari rawat inap lebih panjang. Penyakit penyerta pada umumnya adalah penyakit-penyakit menahun seperti diabetes mellitus, tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung yang mengakibatkan daya tahan tubuh menurun.

Banyaknya jenis penyakit penyerta juga memberikan dampak terhadap penambahan lama rawat inap. Apabila terdapat satu penyakit penyerta akan menambah 38% hari rawat inap dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki penyakit penyerta. Apabila terdapat 2 jenis penyerta atau lebih, lama hari rawat akan lebih panjang 2,5 hari dibandingkan dengan penyakit tanpa penyerta.

Jenis penyulit yang termasuk dalam penyakit rahim memiliki dampak yang berbeda dibandingkan dengan penanganan penyulit diluar penyakit rahim (Gupta and Manyonda, 2009). Menurut Kerridge (2006), manajemen individu pada pasien yang memiliki penyerta diabetes mellitus lebih penting dibandingkan dengan teknik untuk memajemen diabetes itu sendiri. Tujuan dari manajemen diabetes perioperatif adalah untuk menghindari gangguan parah akibat hemostasis glukosa (hipoglikemi, hiperglikemi, dan ketoasidosis) serta untuk menghindari komplikasi manajemen pasien diabetes. Menurut Kerner (1995), pasien yang memiliki diabetes mellitus memiliki risiko yang lebih tinggi dalam melakukan operasi dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki diabetes. Menurut (Rehman & Mohammed, 2003), Diabetes tipe 1 memiliki risiko komplikasi pascaoperasi yang tinggi. Komplikasi luka operasi meningkat pada penderita diabetes dan penyembuhan luka akan sangat sulit ketika gula darah tidak terkontrol.

Berdasarkan penelitian Hammad dkk (2010), 28 dari 41 pasien yang mengalami cedera saluran kemih membutuhkan operasi pembetulan cedera dan perawatan aliran air seni. Pasien ini memerlukan bantuan kateter untuk mengalirkan urin selama 9 sampai 14 hari. Selama proses tersebut, pasien membutuhkan perawatan di rumah sakit karena diperlukan perawatan terhadap kateter yang dipasangkan ke tubuh pasien.

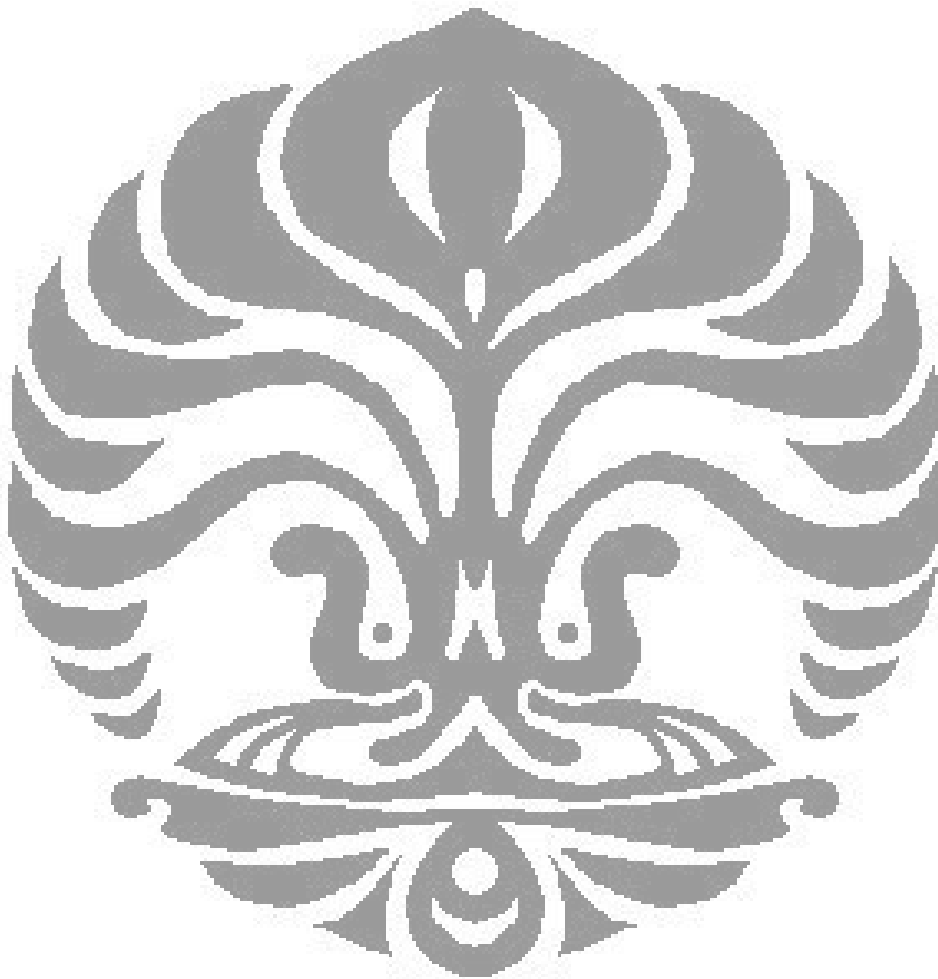
### **2.11 Komplikasi Operasi Dengan Alat Canggih**

Operasi dengan alat canggih memiliki risiko terjadinya komplikasi terhadap organ-organ lain yang berada di sekelilingnya. Salah satunya risiko terhadap cedera organ saluran kemih yang memang sangat dekat letaknya dengan organ-organ sistim reproduksi.

Insiden kejadian komplikasi cedera buli terkait dengan laparaskopi terjadi sebesar 0,02-8,3%. Faktor risiko yang menyebabkan adanya cedera saluran kemih adalah adhesi, endometriosis yang parah, operasi urologi atau ginekologi sebelumnya, kesulitan dan komplikasi operasi laparaskopi, dan kesalahan letak

anatomi pasien. Insiden cedera buli akibat laparaskopi merupakan yang tertinggi dari semua faktor. (Cogan dkk, 2007)

Organ dari sistem saluran kemih yang paling sering terjadi komplikasi adalah ureter dan buli-buli karena letaknya yang sangat dekat dengan organ pelvis wanita (Hammad, 2010). Kejadian cedera ini terkait dengan beberapa faktor, seperti: prosedur osbstetri ginekologi yang dilakukan dokter, faktor terkait pasien (anatomi), dan keahlian dokter yang menangani pasien.





## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN**

#### **3.1 PT Jamsostek (Persero)**

PT Jamsostek (Persero) merupakan sebuah perusahaan asuransi sosial yang memiliki empat program perlindungan, yaitu Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JK), Jaminan Hari Tua (JHT), dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang mengedepankan kepentingan dan hak normatif pekerja di Indonesia. Perusahaan ini dibentuk atas dasar UU No. 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek). Selanjutnya melalui PP No. 36/1995 ditetapkanlah PT Jamsostek sebagai badan penyelenggara Jaminan Sosial Tenaga Kerja.

##### **3.1.1 Visi, Misi, dan Motto PT Jamsostek (Persero)**

a. Visi :

Menjadi lembaga jaminan sosial tenaga kerja terpercaya yang unggul dalam pelayanan serta memberikan manfaat optimal bagi seluruh peserta dan keluarganya.

b. Misi

Menjadi badan penyelenggara jaminan sosial tenaga kerja yang memenuhi perlindungan dasar bagi tenaga kerja serta menjadi mitra terpercaya bagi:

- Tenaga Kerja: Memberikan perlindungan yang layak bagi tenaga kerja dan keluarga
- Pengusaha: Menjadi mitra terpercaya untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerja dan meningkatkan produktivitas
- Negara: Berperan serta dalam pembangunan

c. Motto

Pelindung Pekerja, Mitra Pengusaha

### 3.1.2 Bentuk Jaminan

#### a. Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Jaminan kecelakaan kerja memberikan kompensasi dan rehabilitasi bagi tenaga kerja yang mengalami kecelakaan dimulai saat berangkat bekerja sampai tiba kembali di rumah atau menderita penyakit akibat hubungan kerja. Jaminan yang diberikan berupa santunan uang yang disesuaikan dengan kecacatan yang diderita.

#### b. Jaminan Hari Tua (JHT)

Program jaminan hari tua pada hakekatnya seperti tabungan hari tua (*provident fund*), dimana iuran dari pengusaha dan tenaga kerja setiap bulan dimasukkan ke dalam rekening tenaga kerja secara individual. Dana tersebut dikelola oleh PT Jamsostek (Persero) dalam investasi bersama, sehingga pada tiap tahunnya tenaga kerja akan mendapatkan hasil pengembangan pengelolaan uang tersebut. Selain itu, peserta JHT juga mendapatkan surplus hasil usaha PT Jamsostek (Persero) setiap tahunnya.

Manfaat dari program ini berupa pembayaran saldo tabungan beserta tambahan hasil pengembangan dan surplus hasil usaha PT Jamsostek.

#### c. Jaminan Kematian (JK)

Jaminan Kematian merupakan pelengkap dari Jaminan Hari Tua. Jika pada saat meninggal dunia saldo tabungan belum optimal, Jaminan Kematian akan menutupinya. Jaminan Kematian akan dibayarkan sekaligus sebesar Rp 7.500.000.

#### d. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)

Program Jaminan pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan oleh PT Jamsostek mengembangkan sistem *Managed Care* dimana jaminan diberikan dalam bentuk pelayanan medis yang akan diberikan kepada tenaga dan keluarga maksimum dengan tiga orang anak. Pelayanan medis yang dicakup dalam jaminan ini adalah pelayanan medis dasar PT Jamsostek (Persero).

Konsep pelayanan dalam *Managed Care* JPK Jamsostek terdiri atas 4 pilar:

- a. Terstruktur: Pelayanan yang diberikan sesuai dengan tiap tingkatan pelayanan, sehingga tidak terjadi pelayanan yang tumpang tindih (*Overlapping*).
- b. Berjenjang: Pelayanan yang diberikan harus diawali dari tingkatan pelayanan yang paling dasar (PPK Tk.I), kemudian untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut menggunakan konsep rujukan. Rujukan dapat vertikal maupun horizontal.
- c. Berkesinambungan: Pelayanan yang diberikan saling berhubungan satu dengan yang lain, sehingga tidak terjadi *overutilisasi* atau kesalahan penanganan penyakit.
- d. Komprehensif: Pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh atau paripurna meliputi upaya promotif (penyuluhan), preventif (imunisasi dasar pada bayi, pelayanan keluarga berencana, pembersihan karang gigi), kuratif (pengatan pasien sesuai indikasi medis), dan rehabilitatif (bantuan alat kesehatan).

Cakupan pelayanan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek (Persero) adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan Kesehatan Tingkat I
- b. Persalinan
- c. Pelayanan Kesehatan Tingkat II (Lanjutan)
  - Rawat Jalan Tingkat II (Lanjutan)

Pelayanan rawat jalan tingkat lanjut dapat dilakukan oleh dokter spesialis pada rumah sakit yang ditunjuk melalui proses rujukan dari Rawat Jalan Tingkat I.

- Rawat Inap di Rumah Sakit

Rawat inap dapat dilakukan di rumah sakit yang ditunjuk oleh PT Jamsotek (Persero), kecuali untuk keadaan emergensi. Untuk rumah sakit pemerintah, peserta mendapatkan pelayanan di kelas 2. Sedangkan untuk rumah sakit swasta, peserta mendapatkan pelayanan di kelas 3.

#### d. Pelayanan Khusus

Pelayanan khusus ini meliputi: kacamata, gigi palsu, alat bantu dengar (*Hearing Aid*), kaki/tangan palsu, mata palsu,

#### e. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat dapat dilakukan di PPK yang ditunjuk maupun yang tidak ditunjuk dengan keadaan yang masuk dalam kategori emergensi, seperti: kecelakaan yang bukan karena kecelakaan kerja, serangan jantung, serangan asma berat, kejang demam/panas minimal 39 derajat celcius, pendarahan berat, muntah berak (dehidrasi) berat, kehilangan kesadaran (koma), keadaan gelisah pada penderita gangguan jiwa, colic renal/ colic abdomen.

### 3.2 Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati terletak di Jalan RS Fatmawati, Cilandak Jakarta Selatan. RS Fatmawati didirikan pada tahun 1954 oleh Ibu Fatmawati Soekarno sebagai RS yang mengkhususkan Penderita TBC Anak dan Rehabilitasinya. Pada tanggal 15 April 1961 penyelenggaraan dan pembiayaan RS Fatmawati diserahkan kepada Departemen Kesehatan sehingga tanggal tersebut ditetapkan sebagai hari jadi RS Fatmawati. Dalam perjalanan RS Fatmawati, tahun 1984 ditetapkan sebagai Pusat Rujukan Jakarta Selatan dan tahun 1994 ditetapkan sebagai RSU Kelas B Pendidikan. Tahun 1992 ditetapkan sbg RS Unit Swadana. Selanjutnya, tahun 1997 dirubah lagi menjadi PNBK ((Penerimaan Negara Bukan Pajak). Akhir tahun 2000 ditetapkan sebagai RS Perusahaan Jawatan (Perjan). Kemudian, akhir tahun 2005, Rumah Sakit PERJAN menjadi UPT Departemen Kesehatan dengan menerapkan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka tatanan organisasi dan kebijakan disesuaikan dengan terjadinya perubahan ini.

#### 3.2.1 Visi, Misi, dan Tujuan RSUP Fatmawati

Visi: *"Terdepan, Paripurna Dan Terpercaya Di Indonesia"*

Misi RSUP Fatmawati adalah :

1. Memfasilitasi dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di seluruh disiplin ilmu, dengan unggulan bidang orthopaedi dan rehabilitasi medik, yang memenuhi kaidah manajemen risiko klinis;
2. Mengupayakan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat;
3. Mengelola keuangan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel serta berdaya saing tinggi;
4. Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEK terkini;
5. Meningkatkan kompetensi, pemberdayaan dan kesejahteraan sumber daya manusia.

### 3.2.2 Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan yang diberikan oleh RS Fatmawati di bagi menjadi beberapa bagian:

1. Griya husada. Unit ini memberikan pelayanan eksekutif untuk perawatan preventif (*medical check up*) dan perawatan kuratif (Pelayanan dokter spesialis yang dilengkapi penunjang medis lainnya).
2. Instalasi Rawat Darurat
3. Instalasi Rawat Jalan
4. Instalasi rawat inap
5. Pelayanan penunjang Medis dan Non Medis
6. Pelayanan Unggulan Terpadu
7. Pelayanan Terpadu

### 3.2.3 Ketenagakerjaan RSUP Fatmawati

Pada tahun 2010, RSUP Fatmawati memiliki total karyawan yang cukup besar, yaitu 2012 orang. Mengenai gambaran tenaga kerja jenis ketenagaan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.1**  
**Jumlah Tenaga Kerja RSUP Fatmawati 2010 Berdasarkan Jenis Ketenagaan**

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah
1	Medis	253
2	Perawatan	737
3	Paramedik Non Perawatan	268
4	Non Medis	754
Total		2012

*\*Sumber: Profil RSUP Fatmawati Tahun (2010)*

### 3.2.4 Kapasitas Tempat Tidur

RSUP Fatmawati memiliki kapasitas tempat tidur yang cukup besar karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit pusat rujukan dan memiliki fasilitas yang cukup lengkap di Indonesia. Berikut adalah tabel kapasitas tempat tidur RSUP Fatmawati:

**Tabel 3.2**  
**Kapasitas Tempat Tidur RSUP Fatmawati Tahun 2010**

Kelas	Jumlah TT	%
Super VIP	4	
VIP	35	8,38 %
VIP (IRNA A + C)	8	
KIS. I	52	
CEU	10	
ICU	12	12,82 %
NICU	2	
PICU	2	
Klas II UMUM/ISO	128	23,68 %
Klas II HC	16	
Kelas III	339	55,09 %
Jumlah	608	100 %

*\*Sumber: Profil RSUP Fatmawati Tahun (2010)*

### 3.2.5 SMF Kebidanan dan Kandungan

SMF kebidanan dan kandungan RSUP Fatmawati memiliki struktur organisasi yang terdiri atas staff medis dan non medis yang mengorganisasikan kegiatan bidang kebidanan dan kandungan. Kegiatan yang dilakukan diantaranya, pelayanan medis seperti: pelayanan di ruang perawatan, pelayanan di ruang operasi, pelayanan di ruang VK, pelayanan poliklinik obstetri, dan pelayanan di poliklinik ginekologi. Kegiatan pelayanan non medis seperti: pengajaran dan bimbingan kepada para mahasiswa fakultas kedokteran, melakukan rapat rutin maupun tidak rutin, melakukan riset dan pengembangan bidang kebidanan dan kandungan, serta pembuatan laporan rutin.

SMF Kebidanan RSUP Fatmawati memiliki 20 orang dokter dari berbagai macam spesifikasi fokus disiplin ilmu. komposisi dokter di SMF kebidanan per fokus keilmuan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.3**  
**Jumlah Dokter SMF Kebidanan Berdasarkan Spesialisasi**

Spesialisasi	Jumlah Dokter
Konsulen Fetomaternal	1 orang
Konsulen Fertilitas Endokrin Reproduksi	2 orang
Konsulen onkologi	1 orang
Spesialis Obstetri ginekologi	14 orang
Spesialis Andrologi	1 orang
Dokter umum	1 orang
Total	20 orang

SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati melayani berbagai penyakit yang berhubungan dengan reproduksi wanita maupun pria. Berikut adalah tabel mengenai data 10 besar penyakit pada Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009 dan data 20 besar penyakit rawat inap SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009.

**Tabel 3.4**  
**Data 10 Besar Penyakit (Kasus Baru) Pada Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009**

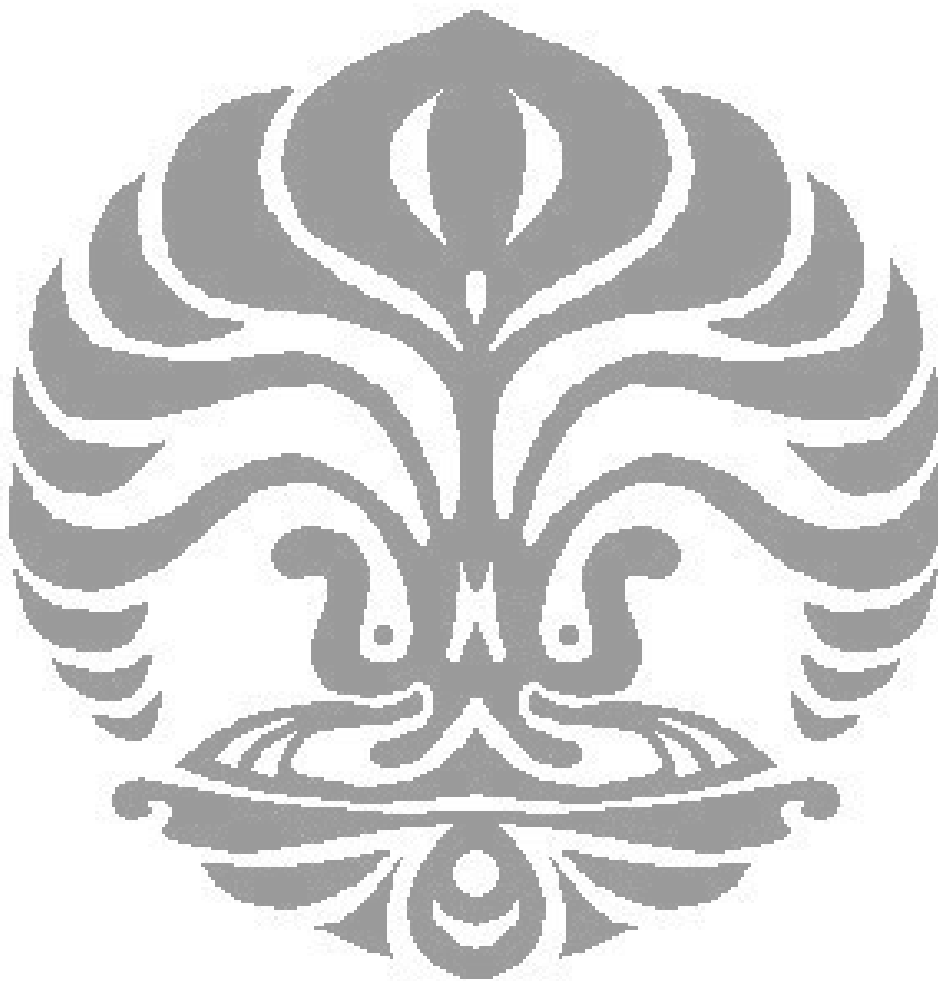
No.	ICD X	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	N46	Male Fertility	202
2.	<b>D26.9</b>	<b>Myoma uteri</b>	<b>188</b>
3.	O99.2	Endocrine disease complicating pregnancy	185
4.	N97	Female infertility	169
5.	N71.9	Penyakit infeksi rahim	168
6.	N83.2	Cysta Ovarium	130
7.	N91.2	Amenorrhea	115
8.	N85.8	Cysta Endometrium	94
9.	N72	Cervicitis	79
10.	N73	Penyakit sel jaringan panggul	75

**Tabel 3.5**  
**Data 20 Besar Penyakit (Kasus Baru) Penyakit Rawat Inap SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati Tahun 2009**

No.	Kode ICD	Golongan Sebab-sebab sakit	Jumlah Lama Rawat	Jumlah Pasien
1.	O62.4	Hypertonic, Incoordinate, and prolonged uterine contraction	526	143
2.	O14.1	Severe pre-eclampsia	720	90
3.	O42.0	Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours	412	84
4.	O34.2	Maternal care due to uterine scar from previous surgery	447	75
5.	<b>D26.9</b>	<b>Other benign neoplasms of uterus, unspecified</b>	<b>446</b>	<b>71</b>
6.	C53.9	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	510	50
7.	C56	Malignant neoplasm of uteri	613	49
8.	D27	Benign neoplasm of utery	399	47
9.	O21.0	Mild hyperemesis gravidarum	140	41
10.	O02.0	Blighted ovum and nonhydatidiform mole	153	40
11.	O32.1	Maternal care for breech presentation	255	39
12.	O41.0	Oligohydramnios	276	38
13.	O62.1	Secondary uterine inertia	136	37
14.	O72.1	Other immediate postpartum haemorrhage	153	37
15.	N85.8	Other specified noninflammatory disorder of uterus	181	35
16.	O36.3	Maternal care for signs of fetal hypoxia	213	32
17.	O44.1	Placenta praevia with haemorrhage	192	32



No.	Kode ICD	Golongan Sebab-sebab sakit	Jumlah Lama Rawat	Jumlah Pasien
18.	N92.1	Excessive & frequent menstruation with irregular cycle	141	28
19.	O42.1	Premature rupture of membranes, onset of labour after 24 hours	157	28
20.	N83.2	Other and specified ovarian cysts	171	25



## BAB IV

### KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIR, DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1 Kerangka Teori

Penelitian ini membahas mengenai variasi utilisasi dan biaya kasus mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010. Teori yang mendasari penelitian ini adalah penelitian *Beecham* (2009) mengenai konsep penelitian variasi pelayanan dan biaya kesehatan. Menurut *Beecham*, variasi pelayanan dan biaya kesehatan dipengaruhi oleh demografi pasien, tindakan sebelum rawat inap, tindakan saat rawat inap, dan tindakan sesudah rawat inap.

Teori lain yang mendukung penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh *Pirson, dkk* (2006) mengenai analisis dan dampak variasi biaya akibat adanya *casemix* atau bauran kasus. Menurut *Pirson, dkk*, tingkat keparahan penyakit, demografi pasien, tipe masuk rumah sakit, status kepulangan, perawatan di ICU, keterpaparan bakteri nosokomial, perawatan kembali setelah satu tahun, dan keberadaan penyulit dan penyerta merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya variasi biaya. Proses penentuan variasi itu sendiri, dilakukan melalui proses pemetaan tiap-tiap variabel yang diteliti. Dari pemetaan tiap variabel tersebut, akan didapatkan variasi yang terjadi pada tiap variabel yang selanjutnya akan mempengaruhi biaya yang dikeluarkan. Teori serta konsep yang dilakukan oleh *Pirson*, sangat bermanfaat sebagai acuan proses kerja bagi peneliti.

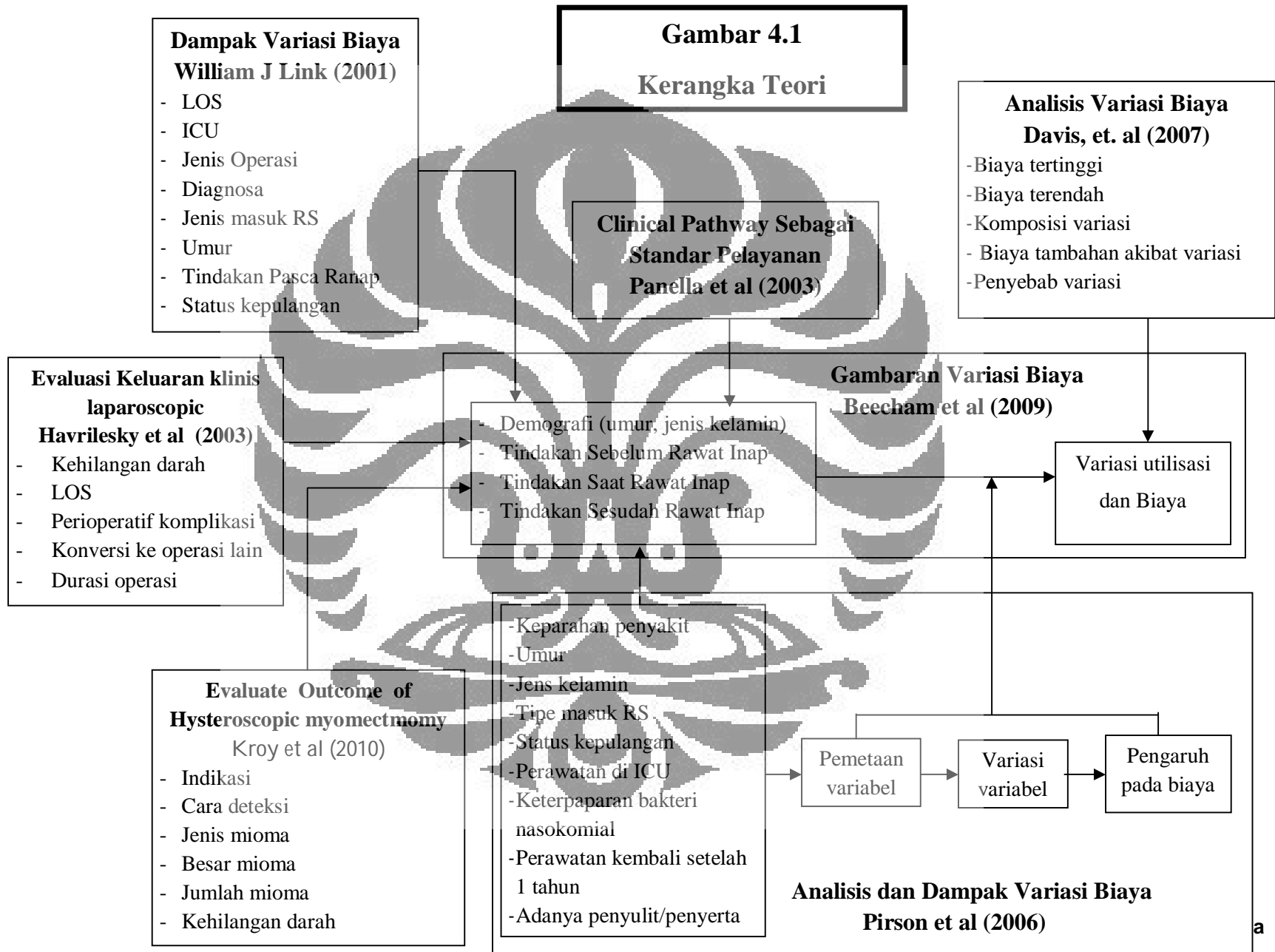
Variasi pelayanan dan biaya kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh variabel-variabel yang telah disebutkan pada penelitian *Pirson, dkk* dan *Beecham, dkk*. Terdapat beberapa variabel lain yang juga mempengaruhi variasi pelayanan dan biaya kesehatan. Seperti teori yang dikemukakan oleh *Lynk* (2001) bahwa variasi biaya dipengaruhi oleh *Length of Stay* (LOS), perawatan di ICU, jenis operasi, diagnosa, jenis masuk RS, umur, tindakan pasca ranap, dan status kepulangan.

Variasi pelayanan dan biaya kesehatan dapat terjadi pada berbagai macam jenis penyakit dan sudut pandang penelitian. Untuk itu, perlu dimasukkan variabel yang lebih spesifik terkait kasus mioma uteri yang akan diteliti. Variabel ini didapat dari teori Havrilesky, dkk (2003) mengenai evaluasi keluaran klinik laparoscopi mioma uteri. Variabel yang menentukan adalah banyaknya darah yang hilang, LOS, komplikasi pada saat operasi, konversi ke operasi lain, dan durasi operasi. Teori lain juga dikemukakan oleh Roy, dkk (2010) mengenai evaluasi *outcome* dari histeroskopi sebagai salah satu cara untuk menghilangkan mioma uteri. Menurut Roy dkk, variabel yang akan mempengaruhi *outcome* pengobatan miomektomi adalah indikasi, cara deteksi, jenis mioma, besar mioma, jumlah mioma, dan banyaknya darah yang hilang.

Untuk menentukan variasi yang terjadi dalam pengobatan kasus mioma uteri, diperlukan standar pelayanan yang dapat dijadikan acuan dalam penentuan variasi tersebut. Standar yang dapat dijadikan acuan menurut Panella et al, (2003) adalah *Clinical Pathway*, karena *clinical pathway* dibuat sebagai standar pelayanan untuk menurunkan variasi pelayanan dan biaya kesehatan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Variasi biaya yang ingin dilihat dalam penelitian ini sekurang-kurangnya di dapat dari teori yang dikemukakan oleh Davis et al, (2006) bahwa variasi biaya yang dapat dilihat adalah biaya tertinggi, biaya terendah, komposisi variasi, biaya tambahan akibat variasi, dan penyebab variasi.

Dari teori-teori yang telah disebutkan di atas, dapat dibuat bagan kerangka teori yang mendasari penelitian ini. Berikut adalah bagan kerangka teori tersebut:



## 4.2 Kerangka Pikir

Berdasarkan kerangka teori yang telah disebutkan di atas, variabel-variabel yang diambil merupakan variabel yang dianggap penting, sesuai, dan dapat dilakukan dalam proses penelitian ini. Berdasarkan karakteristik pasien, penelitian dibatasi pada variabel penyerta/penyulit, indikasi, cara deteksi, Jenis mioma, jumlah mioma, dan ukuran mioma.

Karakteristik pasien tersebut akan mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan. Utilisasi pelayanan kesehatan ini disesuaikan dengan jenis-jenis pelayanan yang biasa didapatkan oleh pasien dengan diagnosa utama mioma uteri. Jenis utilisasi tersebut diantaranya: lama hari rawat, jenis operasi, obat dan alat kesehatan, penunjang diagnostik (visit, Laboratorium, Radiologi, SCAN, USG, PA, dll), tindakan medis non operatif, dan transfusi darah.

Utilisasi pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh peserta, selanjutnya akan dibandingkan dengan standar pelayanan yang dimiliki RSUP Fatmawati yang tercermin dari *clinical pathway* yang telah dibuat oleh tim medis RSUP Fatmawati. Dari hasil perbandingan tersebut akan diperoleh variasi utilisasi dan variasi biaya kesehatan. Biaya kesehatan dihitung berdasarkan tarif kerjasama antara PT Jamsostek (persero) dengan RSUP Fatmawati. Variasi biaya yang diteliti adalah biaya tertinggi, biaya terendah, komposisi variasi, dan biaya tambahan akibat variasi.

Untuk melihat gambaran pembiayaan kesehatan, peneliti menambahkan variabel pembayaran biaya kesehatan oleh PT Jamsostek dan peserta.

Dari penjelasan di atas, didapatkan bagan kerangka pikir penelitian sebagai berikut:

Gambar 4.2

**Kerangka Pikir Variasi Utilisasi dan Biaya Kesehatan Kasus Mioma Uteri Pada Peserta PT Jamsostek (Pesero) di RSUP Fatmawati 2008-2010**



Karakteristik pasien yang diteliti pada penelitian ini terbatas pada yang telah disebutkan di atas. Variabel-variabel lain seperti banyaknya darah yang hilang dan jenis mioma tidak diteliti karena keterbatasan data. Dalam laporan operasi dan rekam medis, data tersebut tidak lengkap sehingga khawatir akan terjadi bias bila variabel tersebut tetap diteliti. Variabel jenis kelamin tidak diteliti karena diagnosa mioma uteri hanya dapat diderita oleh wanita, sehingga variabel jenis kelamin tidak layak untuk diteliti. Variabel keterpaparan bakteri nosokomial tidak diteliti karena tidak adanya data yang menunjukkan kejadian hal tersebut. Variabel perawatan kembali setelah satu tahun tidak diteliti akibat adanya keterbatasan data serta untuk kasus tahun 2010 belum memiliki data tersebut karena belum melampaui waktu satu tahun. Variabel cara masuk rumah sakit tidak diteliti karena seluruh pasien masuk secara rujukan. Variabel durasi operasi tidak diteliti akibat keterbatasan data untuk meneliti variabel tersebut. Variabel komplikasi saat operasi tidak dimunculkan karena akan terdeteksi melalui variabel penyerta/penyulit. Variabel konversi ke operasi lain tidak dimasukkan kedalam karakteristik pasien karena akan terdeteksi pada variabel jenis operasi yang ada di bagian utilisasi pelayanan kesehatan.

Penentuan diagnosa utama dan ukuran mioma uteri mengacu kepada hasil patologi anatomi yang dilakukan pasca operasi karena dinilai lebih akurat dan lebih mudah untuk dibaca hasilnya, sehingga kemungkinan terjadi bias dapat diperkecil.

### 4.3 Definisi Operasioanl

Berdasarkan kerangka pikir, penelitian ini terdiri dari definisi operasional yang tertulis dalam tabel berikut ini:

**Tabel 4.1**  
**Definisi Operasional**

No.	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur
1.	Penyerta/penyulit	Penyakit lain yang diderita pasien selain diagnosa utama	Data rekam medis	Formulir isian	Nama penyakit
2.	Indikasi	tanda atau gejala yang terjadi sebagai tanda adanya gangguan atau suatu penyakit.	Data rekam medis	Formulir isian	Tanda atau gejala
3.	Cara deteksi	Suatu metode untuk melihat dan menentukan penyakit yang diderita pasien	Data rekam medis	Formulir isian	1=USG, 2=SCAN, 3=Lab, 4=dll
4.	Jumlah mioma	Banyaknya jumlah mioma uteri yang diderita pasien	Data rekam medis	Formulir isian	Jumlah
5.	Ukuran mioma	Besar mioma uteri yang diderita oleh pasien	Data rekam medis	Formulir isian	cm
6.	Jenis Mioma	Letak mioma uteri yang diderita oleh pasien	Data rekam medis	Formulir isian	1= submukosa, 2=intramural & / subserosal, 3=gabungan
7.	Utilisasi	Pemanfaatan sarana dan prasarana rumah sakit dalam rangka membantu penyembuhan penyakit	Data rekam medis	Formulir isian	Jumlah
8.	Lama hari rawat	Jumlah hari pasien di rawat. Dihitung mulai tanggal masuk sampai tanggal keluar.	Data rekam medis	Formulir isian	Jumlah hari



No.	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur
9.	Jenis operasi	Nama operasi yang dilakukan kepada pasien	Data rekam medis	Formulir isian	Nama operasi
10.	Obat & Alat Kesehatan	Pemakaian obat pada pasien	Data rekam medis	Formulir isian	Total biaya
11.	Penunjang diagnostik	Utilisasi pasien terhadap pemeriksaan penunjang diagnostik seperti visit, Lab, Radiologi, SCAN, USG, PA, dll	Data rekam medis	Formulir isian	Jenis dan jumlah penunjang diagnostik
12.	Transfusi darah	Utilisasi Utilisasi pasien terhadap penggunaan transfusi darah	Data Rekam medis	Formulir isian	Jumlah
13.	Tindakan medis non operatif	Utilisasi pasien terhadap tindakan medis non operatif seperti pasang infus, dressing, dll	Data rekam medis	Formulir isian	Jenis dan jumlah tindakan medis non operatif
14.	Variasi utilisasi pelayanan kesehatan	Gambaran keragaman utilisasi pelayanan kesehatan berdasarkan <i>clinical pathway</i> dan antar kasus.	Data rekam medis, Clinical Pathway RS, pedoman wawancara	Formulir isian dan wawancara mendalam	Variasi utilisasi pelayanan kesehatan
15.	Variasi biaya	Gambaran keragaman utilisasi pelayanan kesehatan berdasarkan <i>clinical pathway</i> dan antar kasus.	Data Keuangan,	Formulir isian	Variasi biaya kesehatan

## BAB V

### METODE PENELITIAN

#### 5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain *case series*. Penelitian kualitatif ini digunakan untuk mengetahui lebih dalam penyebab terjadinya variasi serta dampak dari variasi. Desain penelitian ini dipilih karena penulis ingin mengetahui gambaran secara detail dan mendalam mengenai gambaran variasi utilisasi dan biaya kesehatan kasus operasi mioma uteri pada peserta Jamsostek (persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

#### 5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di dua tempat. Pertama, dilakukan di PT Jamsostek (Persero) untuk mendapat data awal mengenai pasien dengan diagnosa utama mioma uteri. Kedua, dilakukan di RSUP Fatmawati untuk mendapatkan data lengkap rekam medis pasien dan data biaya, juga untuk melakukan *in-depth interview* dengan dua orang dokter spesialis kandungan RSUP Fatmawati. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Mei 2011.

#### 5.3 Informan Penelitian

Informan penelitian ini adalah tiga orang dokter spesialis kandungan RSUP Fatmawati yang pernah melakukan tindakan operasi kasus mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) tahun 2008-2010.

## 5.4 Teknik Pengumpulan Data

### 5.4.1 Sumber data

Sumber data dalam penelitian ini terbagi menjadi dua. Pertama, data primer diperoleh dengan wawancara mendalam kepada tiga orang dokter spesialis kandungan RSUP Fatmawati yang pernah melakukan tindakan operasi kasus mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) tahun 2008-2010. Hal ini dilakukan untuk mengkonfirmasi hasil temuan mengenai variasi pelayanan dan biaya kesehatan yang terjadi. Kedua, data sekunder berupa data klaim yang diperoleh dari PT Jamsostek (Persero), data rekam medis, dan data keuangan yang diperoleh dari RSUP Fatmawati, serta literatur-literatur acuan medis seperti *Clinical Pathway* RSUP Fatmawati *Diagnosa Mioma Uteri*, Standar Pelayanan Minimum Persetujuan Obstetri ginekologi Indonesia, Standar Pelayanan Medis (SPM) RSUP Fatmawati, dan Prosedur Tetap (Protap) RSUP Fatmawati.

### 5.4.2 Instrumentasi

Sesuai dengan karakteristik dari penelitian kualitatif, instrumen utama penelitian adalah peneliti itu sendiri. Namun, penelitian ini juga menggunakan instrumen bantu yaitu pedoman wawancara yang akan digunakan untuk pencarian data primer dan formulir isian yang digunakan untuk mengumpulkan data sekunder.

## 5.5 Tahapan Penelitian

### 1. Tahap Pertama

Pada tahap pertama, penelitian ini mendata nama-nama peserta JPK Jamsostek yang mendapat tindakan operasi untuk kasus mioma uteri selama tahun 2008-2010. Kemudian, dilakukan pengumpulan data-data klaim yang diajukan RSUP Fatmawati atas peserta yang mendapatkan tindakan operasi tersebut.

Selanjutnya dilakukan pengumpulan literatur seperti Standar Pelayanan Medis Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia dan literatur medis lain

terkait dengan operasi untuk kasus mioma uteri sebagai rujukan dan pembandingan tindakan medis.

Setelah literatur dikumpulkan, penulis membuat formulir yang akan digunakan sebagai isian ketika melakukan pengumpulan data sekunder, juga membuat pedoman wawancara sebagai acuan dalam melakukan wawancara dengan dokter spesialis kandungan RSUP Fatmawati yang akan diwawancarai.

## 2. Tahap Kedua

Pada tahap ini, dilakukan pengumpulan data di RSUP Fatmawati pada bagian keuangan untuk data biaya, bagian rekam medik untuk mendapatkan riwayat perawatan pasien, *Clinical Pathway* RSUP Fatmawati, Protap RSUP Fatmawati, dan SPM RSUP Fatmawati. Selanjutnya dilakukan wawancara kepada dokter spesialis kandungan RSUP Fatmawati mengenai tindakan yang dilakukan, *clinical pathway* RSUP Fatmawati, dan kasus-kasus yang ditemukan dilapangan.

## 3. Tahap Ketiga

Tahap selanjutnya, dilakukan pengumpulan hasil temuan dan mengkajinya. Pertama, menggambarkan variasi masing-masing kelompok kasus yang dibagi berdasarkan letak mioma. Pembagian ini mengacu pada teori Nelson, dkk (2002) dan penelitian Seinerra (1997) yang telah disebutkan dibagian sebelumnya. Selanjutnya masing-masing kelompok kasus tersebut dibandingkan dengan *clinical pathway*, data karakteristik pasien, hasil wawancara dengan dokter spesialis kandungan RSU Fatmawati, SPM POGI, dan literatur medis lainnya.

## 4. Tahap keempat

Selanjutnya, akan dilakukan penelitian terhadap biaya yang terjadi sebagai dampak dari variasi tindakan yang terjadi, serta menggambarkan pola pembiayaan kesehatan antara yang dibayarkan oleh PT Jamsostek (Persero) dan yang dikeluarkan sendiri oleh peserta atau yang biasa disebut dengan *Out of Pocket*.

## 5.6 Pengolahan dan Analisis Data

Proses pengolahan dan analisis data akan dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Mengevaluasi data yang dikumpulkan apakah sesuai dengan yang diharapkan atau tidak.
- b. Membuat alur tindakan masing-masing pasien serta perhitungan besaran biaya per tindakan, subtotal penggolongan biaya, dan total selama perawatan
- c. Mengelompokkan data pasien berdasarkan letak mioma yang diderita.
- d. Alur tindakan masing-masing kelompok kasus dibandingkan dengan *clinical pathway*, karakteristik pasien, Protab RSUP Fatmawati, dan literatur medis lain yang terkait.
- e. Dari hasil perbandingan diatas, dilakukan pendataan variasi tindakan dari masing-masing pasien dan pencatatan penyebab adanya variasi.
- f. Merumuskan dampak variasi tersebut terhadap masing-masing biaya, golongan biaya, total biaya, biaya yang dibayarkan PT Jamsostek, dan biaya yang dibayarkan peserta.
- g. Konfirmasi hasil temuan di atas, terhadap hasil wawancara mendalam. Cara analisis hasil wawancara mendalam tersebut dengan tahap sebagai berikut:
  1. Reduksi data, yaitu melakukan pemilihan atau penyederhanaan dan transformasi data kasar yang muncul pada catatan-catatan di lapangan.
  2. Penyajian data, yaitu menyusun data dan menyajikan dalam bentuk matriks untuk memberikan gambaran mengenai hubungan antar variabel.
  3. Menarik kesimpulan, dari data yang disajikan akan dibuat kesimpulan.

## 5.8 Upaya Menjaga Validitas Data

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, sehingga untuk menetapkan keabsahan data dilakukan teknik pemeriksaan melalui metode triangulasi. Adapun triangulasi yang dilakukan yaitu:

1. Triangulasi sumber

Sumber informasi yang diambil berasal dari RSUP Fatmawati, PT Jamsostek (Persero), *Clinical Pathway* RSUP Fatmawati, SPM POGI, SPM RSUP Fatmawati, Protap RSUP Fatmawati, dan literatur medis lainnya.

2. Triangulasi metode

Penelusuran data tidak hanya dilakukan melalui dokumen tertulis dari RSUP Fatmawati dan PT Jamsostek (Persero), tetapi juga dengan melakukan wawancara mendalam.

3. Triangulasi data

Dilakukan dengan meminta umpan balik hasil analisis kepada informan.



## BAB VI

### HASIL

#### 6.1 *Clinical Pathway* Diagnosa Mioma Uteri

*Clinical pathway* (CP) diagnosa mioma uteri yang dimiliki RSUP Fatmawati terdiri atas 2 versi. Pertama dibuat pada tahun 2006, kemudian diperbaiki pada tahun 2010. Kajian utilisasi pelayanan kesehatan yang digunakan berdasarkan *clinical pathway* 2006, karena seluruh kasus yang dilakukan masih mengacu kepada *clinical pathway* tahun 2006.

*Clinical pathway* diagnosa mioma uteri tahun 2006 memuat deteksi awal hingga akhir pengobatan yang dilakukan selama masa rawat inap selama 5 hari. Perawatan dimulai pada hari pertama dengan visite dokter spesialis kandungan, kemudian melakukan konsultasi kepada dokter spesialis jantung, dokter spesialis dalam, dan dokter spesialis anastesi. Selanjutnya pasien melakukan pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, urin lengkap, golongan darah, masa pembekuan, masa perdarahan, LFT, LDH, gula darah, asam urat), pemeriksaan CTG, rontgen thorax, pemberian oksigen, IVFD, pemasangan kateter dan operasi jenis histerektomi. Setelah operasi, pasien mendapatkan transfusi darah, dressing besar, pemeriksaan patologi anatomi, dan pemberian obat. Pada hari ke dua sampai dengan hari ke lima pasien mendapatkan kunjungan dokter spesialis kandungan, dressing dan pemberian obat. Kemudian, pasien dibolehkan pulang. (Gambar 6.1)

Pembuatan dan penerapan CP di RSUP fatmawati belum maksimal menurut ke tiga informan. Tanggapan informan kedua mengenai CP ini sebagai berikut:

*“Ya, sudah cukup. Namun, masih perlu dikoreksi karena terdapat beberapa kesalahan.”*

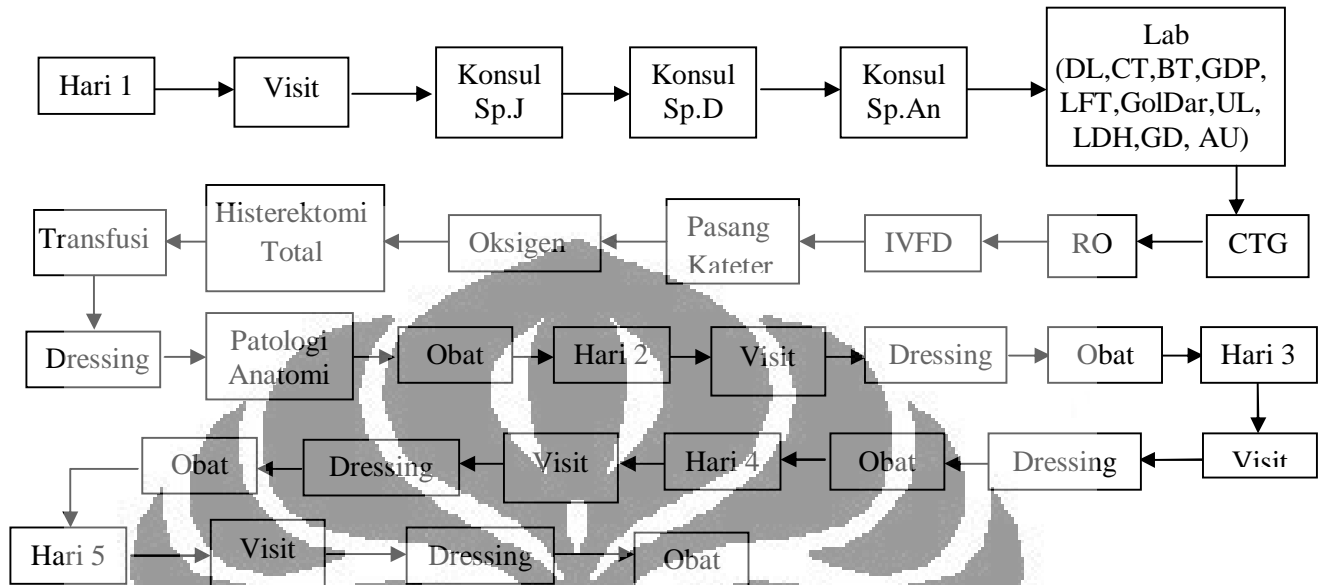
Dengan demikian, menurut informan kedua CP ini masih perlu diperbaiki.

Sedangkan, informan tiga memiliki tanggapan sebagai berikut:

*“Oh ini berarti clinical pathwaynya harus diganti ni. Bikinnya borongan. Ini kalo ga da penelitian ini ga da yang sadar ini.. Soalnya gini, clinical pathway ini ga pernah dipake ini. kamu ga pernah liat kan di rekam medisnya ada di tempel kaya gini?”*

Dengan demikian, menurut informan tiga CP ini perlu diperbaiki lagi dan tidak digunakan oleh pihak rumah sakit.

**Gambar 6.1**  
**Pola Pelayanan Kesehatan Diagnosa Mioma Uteri Berdasarkan**  
*Clinical Pathway 2006 RSUP Fatmawati*



Dari ketiga tanggapan di atas, diketahui bahwa CP Diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati tidak sesuai dengan tindakan para dokter.

## 6.2 Variasi Utilisasi dan Biaya Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan data dan teori-teori yang dikemukakan oleh Nelson (2002) dan Seinerra (1997), penulis membagi kedua belas kasus tersebut ke dalam tiga kelompok: kasus dengan mioma uteri jenis submukosa (kelompok I), kasus dengan mioma uteri jenis subserosa dan atau intramural (kelompok II), dan kasus mioma uteri di seluruh bagian uterus, dibagian submukosa dan intramural, atau dibagian submukosa dengan subserosa (kelompok III). Dengan demikian, kasus yang dimasukkan ke dalam satu golongan memiliki masalah klinis yang hampir sama.

Biaya yang dibutuhkan untuk penyembuhan mioma uteri dengan operasi memakan biaya antara Rp 5.122.700 sampai dengan Rp 19.340.889 pada tahun perawatan 2008-2010. Setiap tahunnya tarif pelayanan mengalami kenaikan dengan persentase yang berbeda-beda pada tiap jenis pelayanan. Untuk menyamakan nilai biaya yang digunakan, penulis merubah biaya riil pasien



menjadi biaya absolut dengan mengacu kepada metode *Accumulated Values* yang dikemukakan oleh Workman, dkk (1989). Dengan demikian, biaya yang dikeluarkan pada pasien memiliki nilai yang sama pada tahun 2010.

### 6.2.1 Variasi utilisasi dan biaya rawat jalan preoperasi

#### a. Variasi rawat jalan preoperasi dengan CP

Berdasarkan CP diagnosa mioma uteri, semua pengobatan dilakukan pada proses rawat inap. Namun, pada semua kasus pasien yang penulis temukan, banyak tindakan yang dilakukan dalam proses rawat jalan.

Hal ini sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh informan pertama yang menyebutkan bahwa apabila pemeriksaan-pemeriksaan tersebut dilakukan ketika rawat inap, jadwal operasi akan terlambat karena belum tentu dokter yang ingin dikonsultasikan ada pada hari itu. Sehingga, apabila dilakukan pada rawat inap, pasien butuh perawatan sekitar 2 atau 3-hari sebelum jadwal operasi. Terlebih lagi untuk pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan baru dapat diambil paling cepat 1 hari setelah pemeriksaan. Begitu juga dengan pendapat yang dikemukakan oleh informan kedua, yang menyebutkan:

*“tidak... hari sebelumnya. Kalau saat hari operasi trus ada sesuatu? Rencana operasi batal...”*

Dari informasi-informasi di atas, dapat disimpulkan bahwa terdapat variasi waktu pemeriksaan antara CP dengan kenyataan di lapangan yang dilakukan oleh para dokter yang dapat dilihat pada gambar 6.2.

Variasi yang terjadi merupakan tindakan yang dilakukan di luar standar CP yang akan berdampak pada biaya yang dikeluarkan. Tindakan-tindakan yang dilakukan pada rawat jalan merupakan jenis tindakan yang dilakukan untuk penegakan diagnosa dan pemeriksaan kondisi pasien sebelum dijadwalkannya operasi. Jenis tindakan yang dilakukan untuk kasus rawat jalan pun hampir sama pada setiap pasien. Jenis-jenis tindakan tersebut antara lain: konsultasi dokter spesialis kandungan, USG, rontgen thorax, pemeriksaan laboratorium, konsultasi spesialis jantung, pemeriksaan EKG, konsultasi spesialis penyakit dalam, konsultasi dokter spesialis anastesi, dan konsultasi kembali ke dokter spesialis kandungan untuk melakukan penjadwalan operasi. Sedangkan, jenis pemeriksaan sebelum operasi yang terdapat dalam clinical pathway 2006 adalah

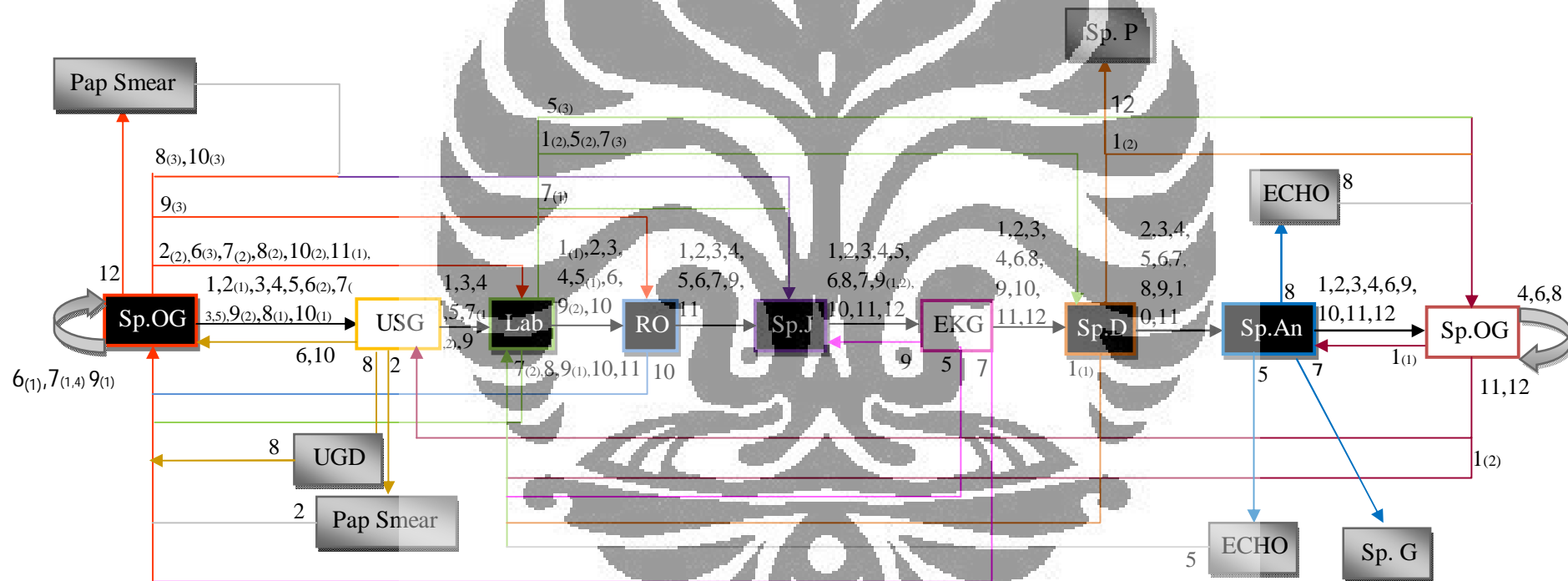
pemeriksaan dokter spesialis kandungan, rontgen thorax, pemeriksaan laboratorium, konsultasi spesialis jantung, konsultasi spesialis dalam, dan konsultasi spesialis anastesi. Sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan jenis pemeriksaan antara CP dengan jenis pemeriksaan yang dilakukan oleh para dokter RSUP Fatmawati. Berikut adalah tabel tindakan tersebut

Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh semua pasien. Jenis pemeriksaan yang menjadi standar di CP adalah darah lengkap, urin lengkap, masa perdarahan, masa pembekuan, golongan darah, albumin, globulin, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, bilirubin total, bilirubin direk, gamma GT, LDH, gula darah, asam urat. Jika dibandingkan standar CP tersebut, pemeriksaan laboratorium yang dilakukan cukup bervariasi. Berikut adalah tabel tindakan tersebut:





**Tabel 6.1**  
**Perbandingan Utilisasi Rawat Jalan *Clinical Pathway* Dengan Rekam Medis**

Jenis Tindakan	<i>Clinical Pathway</i>	Rekam Medis
Konsultasi spesialis kandungan	Ada	Ada
USG	Tidak ada	Ada
Rontgen Thorax	Ada	Ada
Laboratorium	Jumlah <	Jumlah >, berbeda
EKG	Tidak ada	Ada
CTG	Ada	Tidak ada
Konsultasi spesialis dalam	Ada	Ada
Konsultasi spesialis anastesi	Ada	Ada
Konsultasi spesialis jantung	Ada	Ada

**Gambar 6.2**  
**Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek**  
**(Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

-  = Ada dalam *clinical pathway*
-  = Tidak ada dalam *Clinical Pathway* namun semua pasien melakukan
-  = Tidak ada dalam *Clinical pathway* dan hanya beberapa pasien yang melakukan
- 1,2,3... = Nomor pasien
- X/Y = X menunjukkan urutan langkah ke-x dalam cabang, Y menunjukkan total langkah
-  = Arah alur tindakan pasien

Dari pemeriksaan laboratorium standar, semua pasien tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium alkali fosfatase, Gamma GT, LDH, asam urat. pemeriksaan ini tidak dilakukan karena dipandang tidak perlu/tidak berhubungan dengan keperluan operasi yang akan dijalankan. Hal ini berdasarkan pernyataan salah satu informan yang mengatakan bahwa LDH dan gamma GT tidak perlu diperiksa jika pasien tidak mengalami gangguan miometrium (otot). Pemeriksaan asam urat juga tidak diperlukan karena hasil pemeriksaan tersebut tidak berpengaruh langsung dengan operasi yang akan dilakukan.

Pemeriksaan laboratorium tambahan di luar *CP* seringkali dilakukan, seperti, protein total, HbsAg, bilirubin indirek, creatinin darah, kolesterol LDL, kolesterol total, HDL, ureum darah, elektrolit, trigliserida. Hal ini terjadi hampir pada seluruh pasien. Menurut salah satu informan, hal ini dilakukan karena dipandang berhubungan atau berpengaruh langsung dengan tindakan operasi. Laboratorium fungsi jantung diperlukan untuk mengetahui adanya gangguan jantung untuk mencegah terjadinya perdarahan, jantung tidak stabil, dsb. Fungsi hepar (albumin, globulin, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, bilirubin total, bilirubin direct, bilirubin indirect, dan gamma GT) dapat berpengaruh pada obat anastesi ketika operasi. Pemeriksaan elektrolit dilakukan karena berhubungan

langsung dengan fungsi jantung. Fungsi kimia darah (hemoglobin, hematokrit, masa pembekuan, masa pendarahan, masa perdarahan) berhubungan dengan obat anastesi. Fungsi ginjal (*creatinin*, *creatinin clearance*, serum) juga akan berpengaruh pada obat-obat anastesi yang diberikan. Dengan demikian terdapat perbedaan antara standar pemeriksaan laboratorium CP dengan yang dilakukan pada dokter.

Dari berbagai uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa menurut data rekam medis dan informasi dari para informan, pemeriksaan kepada spesialis kandungan, rontgen thorax, pemeriksaan laboratorium, konsultasi spesialis jantung, konsultasi spesialis dalam, konsultasi spesialis anastesi tidak ada perbedaan antara CP dengan yang dilakukan para dokter.

Jenis pemeriksaan USG, EKG, dan konsultasi terakhir sebelum dilaksanakannya operasi tidak terdapat dalam CP, namun semua pasien melakukan tindakan tersebut meskipun waktu pelaksanaannya berbeda-beda.

Menurut salah satu informan, pemeriksaan USG ini dilakukan sebagai standar penegakan diagnosa, seperti yang disampaikan berikut ini:

*"..seorang dokter dimanapun itu, dia harus melalui anamnesa dulu, kemudian pemeriksaan fisik, kemudian pemeriksaan USG. Biasanya pemeriksaan penunjangnya pemeriksaan USG.."*

Sehingga, disimpulkan bahwa tindakan USG merupakan tindakan yang selalu dilakukan oleh dokter.

Menurut informan, tindakan EKG penting dilakukan untuk mengetahui adanya kelainan denyut jantung pasien, yang diperlukan sebagai gambaran kondisi pasien agar proses operasi dapat berjalan lancar.

Seluruh pasien juga melakukan konsultasi kembali kepada dokter spesialis kandungan setelah semua pemeriksaan dilakukan. Menurut informan, tindakan ini dilakukan untuk memastikan kondisi akhir pasien apakah sudah siap dilakukan operasi, penentuan jenis operasi, dan pembuatan jadwal operasi.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa menurut informan pemeriksaan USG, EKG, dan konsultasi akhir sebelum operasi diperlukan oleh pasien untuk kelancaran operasi. Namun, tindakan ini tidak dimasukkan ke dalam *clinical pathway*.

Biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan standar *clinical pathway* adalah sebesar Rp 813.400.

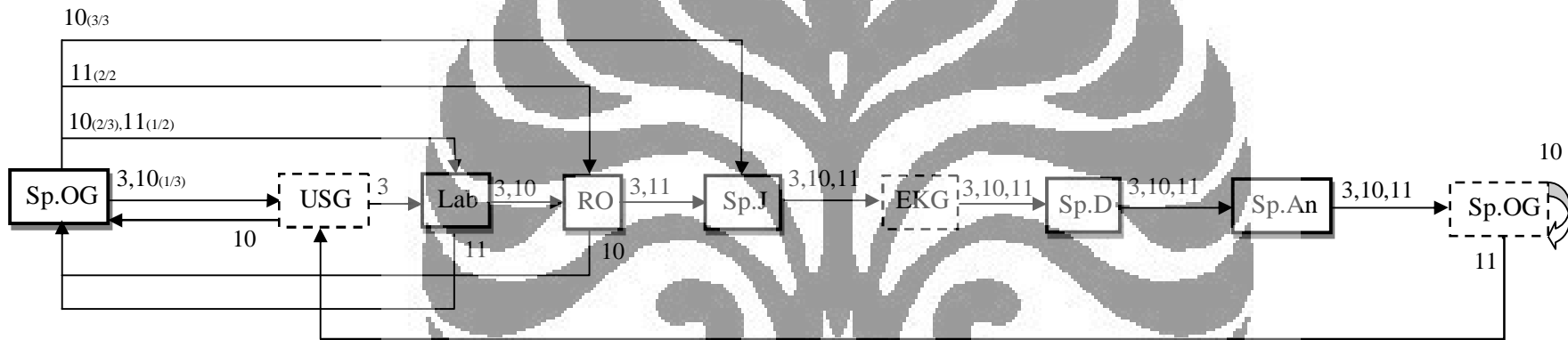
#### **b. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok I**

Dalam kelompok ini terdapat tiga buah kasus yaitu pasien 3, pasien 10, dan pasien 11. Pola pelayanan dan variasi dari ketiga pasien tersebut, dapat dilihat pada gambar 6.3.

Dari gambar tersebut, dapat dilihat bahwa pasien 3 merupakan pasien yang memiliki alur paling sederhana sesuai dengan alur CP dan tindakan yang dilakukan kepada seluruh pasien. Pasien 10 dan pasien 11 sama-sama memiliki 4 percabangan. Hal ini menunjukkan bahwa alur pasien 3 merupakan alur yang paling sederhana. Biaya yang dibutuhkan untuk alur pasien 3 adalah sebesar Rp 1.102.000.

Pasien 10 melakukan 3 kali konsultasi ulang kepada dokter spesialis kebidanan, yaitu setelah melakukan pemeriksaan USG, pemeriksaan rontgen thorax, dan pada tahap akhir pemeriksaan. Menurut informan, tindakan pemeriksaan ulang setelah USG dan rontgen thorax dilakukan karena adanya gangguan pada hasil pemeriksaan tersebut. Sedangkan, pemeriksaan ulang pada tahap akhir pemeriksaan dilakukan karena pemeriksaan sebelumnya dilakukan oleh dokter yang bukan akan melakukan operasi. Namun, dalam data rekam medis, pasien 10 tidak mengalami kondisi penyulit atau penyerta. Sehingga penyebab pemeriksaan kembali tidak ditemukan pada pasien ini. Dengan demikian, pada pasien 10 terdapat 3 variasi. Biaya yang dibutuhkan untuk penanganan pasien 10 sebesar Rp 1.349.850.

**Gambar 6.3**  
**Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* namun semua pasien melakukan

3,10,11

= Nomor Pasien

X/Y

= X menunjukkan urutan langkah ke-x dalam cabang, Y menunjukkan total langkah

Pasien 11 melakukan pemeriksaan kepada dokter spesialis kebidanan ulang setelah melakukan pemeriksaan laboratorium lengkap. Variasi lain yang terjadi adalah pemeriksaan USG yang dilakukan pada periode akhir proses pemeriksaan. Menurut salah satu informan, hal ini dilakukan karena pasien telah melakukan pemeriksaan USG sebelumnya ditempat lain. seperti pernyataan informan berikut ini:

*“Kalo saya periksa pasien, dugaan di otak saya miomnya begini begini, kan jadi terformulasi di otak. Itu lebih terstruktur. Untuk si pasiennya lebih aman kan pastinya. Dibandingkan dengan orang lain yang USG. Makanya mungkin seperti ini dia sudah datang dengan USG.”*

Sehingga, variasi yang terjadi pada pasien 11 ada 2 jenis. Berdasarkan data rekam medis, pasien 11 tidak memiliki kondisi penyulit atau penyerta. Sehingga penyebab pemeriksaan kembali setelah pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan pada pasien ini. Biaya yang dibutuhkan untuk pemeriksaan Rp 1.370.350.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat variasi tindakan rawat jalan preoperasi pada kelompok I. Pasien yang memiliki penyulit (pasien 3) justru tidak memiliki variasi. Sedangkan, pasien yang tidak memiliki penyulit (Pasien 10) memiliki variasi. Kondisi ini mengakibatkan peningkatan biaya hingga Rp 268.350.

### **c. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok II**

Dalam kelompok ini terdapat 5 orang pasien. Pasien 2, pasien 4, pasien 5, pasien 6, dan pasien 7. Pola pelayanan dan variasi tindakan pasien ini dapat dilihat pada gambar 6.4.

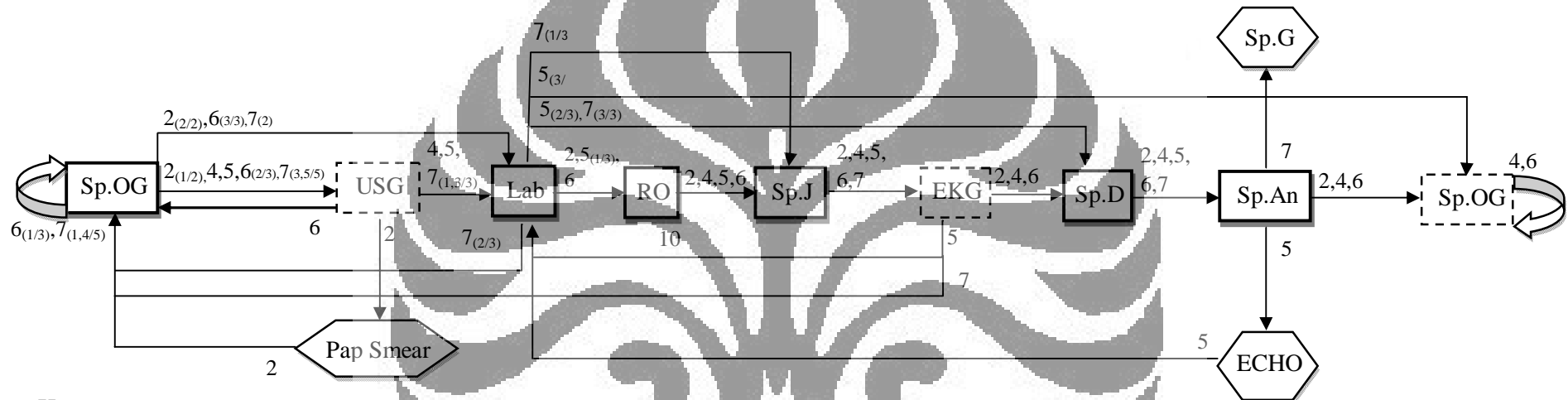
Pasien 6 dan pasien 7 melakukan konsultasi awal dengan dokter spesialis kebidanan sebanyak dua kali. Berikut adalah kutipan pernyataan informan mengenai tindakan tersebut:

*“Pasien miom kan kebanyakan datang dengan keluhan perdarahan yang menyebabkan anemia. Kalo perdarahan itu sekali datang belum sembuh maka dilakukan kunjungan kedua untuk mengobati perdarahan itu. Atau bisa juga untuk perawatan anemianya itu”*



Gambar 6.4

**Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK  
PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

2,4,5,6,7 = Nomor Pasien

X/Y = X menunjukkan urutan langkah dalam cabang, Y menunjukkan total langkah dalam cabang



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* namun semua pasien melakukan



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* dan hanya beberapa pasien yang melakukan

Informan lain menyatakan bahwa hal ini dilakukan untuk pengobatan perdarahan secara hormonal yang belum bisa di atasi dalam satu kali kunjungan. Sehingga disimpulkan tindakan ini dilakukan karena pengobatan hormonal atau pengobatan anemia.

Pasien 2 melakukan pemeriksaan pap smear. Berikut kutipan pernyataan informan mengenai tindakan tersebut:

*“Pap smear itu intinya untuk menskrining adanya kanker serviks. Jadi dengan pap smear kelainan pra kanker pun bisa kita skrining.... Karena operasi yang dilakukan untuk pasien miom dengan kanker serviks operasinya akan beda dengan orang yang kankernya ga ada.. kanker serviks itu kan sebenarnya populasi yang berisiko lain dengan yang miom. Orang-orang yang miom itu kebanyakan orang-orang yang kurang subur, subfertil, yang gemuk, yang enggak kawin. Sedangkan kalo orang dengan kanker serviks orang yang pasangannya banyak, yang anaknya banyak, yang kawinnya usia dini. Nah itu posisinya berlawanan ”*

Dengan demikian, tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya kanker serviks. Namun, sebenarnya kelompok risiko mioma uteri berlawanan dengan kelompok risiko kanker serviks.

Pasien 2 melakukan pemeriksaan dengan dokter kandungan kembali setelah melakukan pemeriksaan Pap Smear, pasien 6 melakukan pemeriksaan dengan dokter kandungan kembali setelah pemeriksaan USG, dan pasien 7 melakukan 2 kali konsultasi kembali dengan dokter spesialis kandungan, yaitu setelah melakukan konsultasi dengan dokter spesialis jantung dan pemeriksaan EKG.

Pada pasien 7, melakukan pemeriksaan USG sebanyak dua kali. Berikut kutipan pernyataan informan mengenai tindakan tersebut:

*“Setelah problem itu selesai, direncanakan untuk operasi miom, USG lagi.”*

Dengan demikian, disimpulkan bahwa tindakan tersebut dilakukan karena terlebih dahulu dilakukan upaya pengobatan kepada pasien tersebut. Setelah upaya tersebut dilakukan, maka pasien kembali dilakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui perkembangan penyakit.

Pasien 5 melakukan pemeriksaan Echocardiografi (ECHO) sedangkan pasien lain tidak ada yang melakukannya. Menurut informan pertama hal ini dilakukan karena ditemukannya kelainan jantung saat dilakukan pemeriksaan

EKG. Pernyataan ini juga didukung oleh informasi dari informan kedua yang menyebutkan:

*“Karena waktu EKG dia menemukan kelainan jantung. Soalnya kan yang tau dokter jantungnya. Pengaruhnya kepada risiko anastesi, risiko bius.”*

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, menurut para informan tindakan ECHO dilakukan karena ditemukannya kelainan jantung saat pemeriksaan EKG.

Pasien 5 melakukan pemeriksaan laboratorium kembali setelah pemeriksaan EKG dan ECHO. Jenis pemeriksaan laboratorium ini merupakan pengulangan pemeriksaan sebelumnya. Pasien tidak memiliki penyulit/penyerta. Sehingga pemeriksaan ulang tersebut tidak dibutuhkan secara medis.

Pasien 7 melakukan konsultasi kepada dokter spesialis gizi. Menurut data rekam medis pasien, pasien ini memiliki riwayat penyulit berupa diabetes mellitus dan hipertensi. Sehingga, tindakan dilakukan atas indikasi medis.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variasi dalam kelompok II cukup tinggi, pasien 2 memiliki 2 variasi, pasien 4 merupakan alur terpendek dengan 1 variasi, pasien 5 memiliki 1 variasi, pasien 6 memiliki 4 variasi, dan pasien 7 memiliki 8 variasi. Jenis variasi yang dilakukan berupa pengulangan pemeriksaan dengan dokter spesialis kebidanan, pengulangan pemeriksaan laboratorium, pengulangan pemeriksaan USG, adanya pemeriksaan ECHO, dan adanya konsultasi kepada dokter spesialis gizi yang menurut para informan tindakan tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien. Selain itu ada juga pemeriksaan papsmear yang menurut para informan tidak sesuai dengan kebutuhan pasien.

Biaya yang dikeluarkan untuk pasien 2 sebesar Rp 1.330.300, pasien 4 sebesar Rp 765.000, pasien 5 sebesar Rp 1.700.500, pasien 6 sebesar Rp 1.212.700, dan pasien 7 sebesar Rp 1.545.600. Variasi biaya yang terjadi dengan CP sebesar Rp 887.100.

#### d. Variasi rawat jalan preoperasi kelompok III

Dalam kelompok ini terdapat 4 orang pasien, yaitu Pasien 1, pasien 8, pasien 9, dan pasien 12. Pola pelayanan dan variasi tindakan pasien ini dapat dilihat pada gambar 6.5.

Pasien 9 melakukan pengulangan konsultasi pada dokter spesialis kandungan di awal pemeriksaan. Seperti yang telah disampaikan sebelumnya, hal ini dilakukan untuk pengobatan perdarahan secara hormonal .

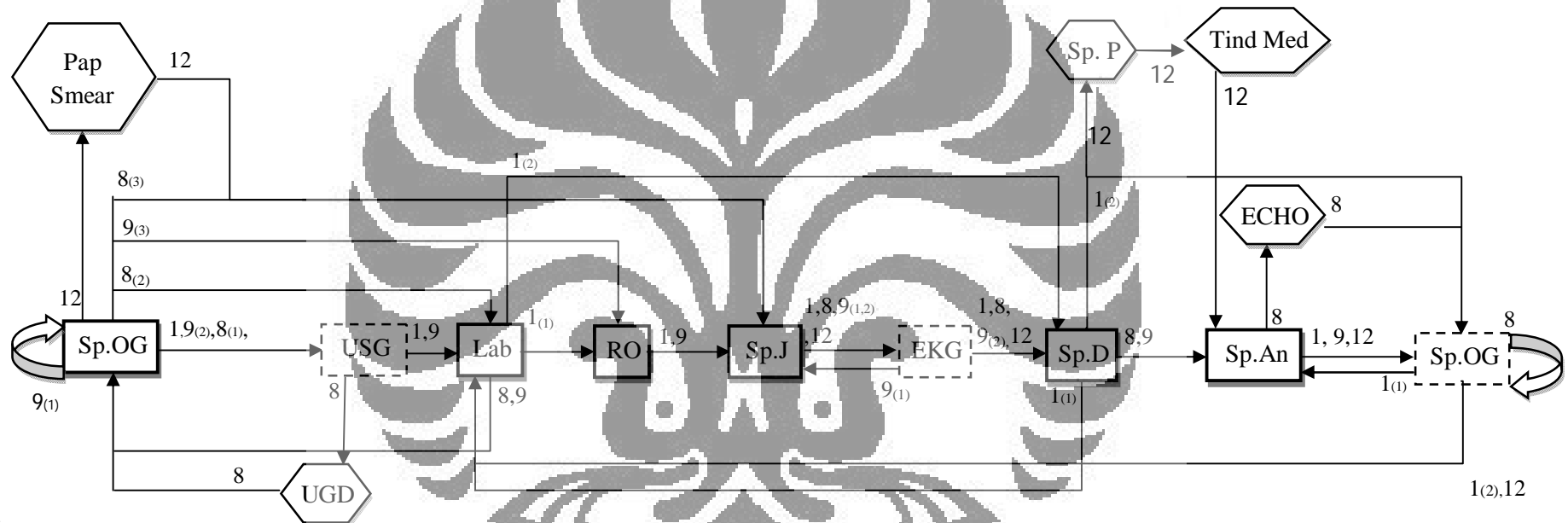
Pasien 8 memerlukan perawatan di Unit Gawat Darurat (UGD) setelah diketahui bahwa ia memiliki mioma uteri. Menurut informan perdarahan terus menerus yang terjadi akibat adanya mioma uteri dapat mengakibatkan anemia yang cukup parah sehingga membutuhkan perawatan. Dengan demikian, disimpulkan bahwa tindakan ini terjadi atas indikasi medis.

Pasien 9 melakukan konsultasi kepada spesialis kebidanan kembali setelah melakukan pemeriksaan laboratorium, dan pasien 1 melakukan konsultasi kembali kepada dokter spesialis kebidanan setelah melakukan konsultasi kepada dokter spesialis dalam. Pasien 12 melakukan tindakan pap smear. Seperti yang sudah di bahas pada bagian sebelumnya, tindakan pap smear ini tidak sesuai dengan indikasi medis pasien.

Pasien 1 melakukan pengulangan pemeriksaan laboratorium sebanyak 2 kali. Pada pemeriksaan laboratorium yang pertama, pasien 1 pasien belum melakukan pemeriksaan secara lengkap. Sehingga ketika pasien melakukan konsultasi kepada dokter spesialis dalam, pasien dianjurkan untuk melakukan kembali pemeriksaan laboratorium yang kurang tersebut. Akibatnya, setelah pemeriksaan laboratorium tersebut pasien 1 harus kembali berkonsultasi kepada dokter spesialis dalam. Pasien 12 melakukan pengulangan pemeriksaan darah lengkap pada akhir periode pemeriksaan.

Pasien 12 melakukan pemeriksaan spesialis jantung dan EKG sebanyak dua kali hanya dalam rentang waktu 1 hari. Pemeriksaan kembali kepada dokter spesialis dalam rentan waktu 1 hari tidak akan memberikan pengaruh yang signifikan sehingga tindakan ini dianggap tidak diperlukan secara medis.

**Gambar 6.5**  
**Pola Pelayanan Rawat Jalan Preoperasi Kelompok III Diagnosis Mioma Uteri Peserta JPK**  
**PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**






Keterangan:

1,8,9,12 = Nomor Pasien

X/Y = X menunjukkan urutan langkah dalam cabang, Y menunjukkan total langkah dalam cabang

X

= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*

-  = Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* namun semua pasien melakukan
-  = Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* dan hanya beberapa pasien yang melakukan
-  = Arah alur layanan

Pasien 8 melakukan pemeriksaan ECHO. Seperti yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya, menurut informan hal ini dilakukan karena pada saat pemeriksaan EKG ditemukan kelainan pada jantung pasien.

Pasien 12 melakukan konsultasi kepada dokter spesialis paru dan mendapatkan tindakan medis. Menurut salah satu informan, hal ini dilakukan karena adanya kelainan paru pada pasien tersebut sehingga membutuhkan konsultasi kepada dokter spesialis tersebut.

Sehingga, dapat disimpulkan bahwa pada kelompok III variasi yang terjadi cukup beragam. Pasien 1 mengalami 2 variasi dengan total biaya Rp 1.060.000, pasien 8 mengalami 5 variasi dengan biaya Rp 2.081.249, pasien 9 melakukan 4 variasi dengan biaya Rp 1.317.700, dan pasien 12 mengalami 3 variasi dengan biaya Rp 658.770. Pada pasien 8, jumlah biaya yang dikeluarkan kecil karena beberapa tindakan dilakukan di luar provider sehingga tidak menjadi tanggungan PT Jamsostek (Persero). Selisih biaya variasi dengan biaya CP adalah sebesar Rp 1.267.849.

Jenis Variasi yang terjadi diantaranya pengurangan konsultasi kepada dokter spesialis kandungan, pengurangan pemeriksaan laboratorium, pengurangan pemeriksaan spesialis jantung, pengurangan pemeriksaan spesialis dalam, perawatan di UGD, pemeriksaan spesialis paru, pemeriksaan ECHO yang menurut para informan wajar dilakukan. Selain itu, terdapat pemeriksaan pap smear yang tidak wajar dilakukan.

#### e. Variasi rawat jalan preoperasi antar kelompok

Dari pembahasan di atas, dapat dilihat bahwa variasi tindakan dan biaya kelompok dari yang terendah hingga yang tertinggi berturut-turut adalah

kelompok I, kelompok II, dan kelompok III. Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa perbedaan letak dapat mempengaruhi variasi utilisasi yang terjadi pada kasus rawat inap sebelum operasi. Berikut adalah rangkuman variasi rawat jalan sebelum operasi:

**Tabel 6.2**  
**Variasi Tindakan Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kelompok	Pasien	Jumlah Variasi	Jenis Variasi
I	3	0	-
	10	3	Sp.OG 3x
	11	2	Sp.OG, USG
	<b>Rata-rata</b>	<b>1,7</b>	
II	2	2	Pap Smear, Sp.OG
	4	1	Sp.OG
	5	1	Echocardiografi
	6	3	Sp.OG 3x
	7	8	USG 2x, Sp.OG 4x, Lab 2x, Gizi
	<b>Rata-rata</b>	<b>3</b>	
III	1	2	Sp.OG, Lab
	8	5	UGD, ECHO, Sp.OG 3x
	9	4	Sp.OG, Sp.J, EKG
	12	3	Pap Smear, Sp.P, Tindakan Medis
<b>Rata-rata</b>	<b>3,5</b>		

Keterangan :

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Jenis variasi : Jenis Tindakan di luar *Clinical Pathway*

Berdasarkan total biaya yang yang dikeluarkan (lihat tabel 6.3) variasi biaya pada kelompok I merupakan yang terendah, kelompok III memiliki variasi sedang, dan kelompok II memiliki variasi tinggi. Hal ini berbeda dengan variasi tindakan yang terjadi di atas karena selisih variasi tindakan yang terjadipun kecil. Namun, hal ini tidak sejalan dengan kenaikan biaya berdasarkan penanggung biaya kesehatan tersebut. Pada kelompok II, kenaikan biaya tersebut sebagian besar menjadi tanggungan pasien sebagai *Out Of Pocket*, sedangkan kenaikan biaya pada kelompok I dan kelompok III sebagian besar menjadi tanggungan PT Jamsostek (Persero).

**Tabel 6.3**  
**Variasi Biaya Rawat Jalan Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK**  
**PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	No. Pasien	Jumlah Variasi	Biaya Standar (Rp)	Biaya Total (Rp)	Biaya Variasi (Rp)	Klaim Jamsostek (Rp)	Tanggungannya Peserta (Rp)
I	3	0	1.102.000	1.102.000	0	783.000	319.000
	10	3	1.102.000	1.349.850	247.850	1.349.850	0
	11	2	1.102.000	1.370.350	268.350	1.163.350	186.500
<b>Rata-rata</b>			<b>1.102.000</b>	<b>1.247.067</b>	<b>258.100</b>	<b>863.833</b>	<b>252.750</b>
II	2	2	1.102.000	1.330.300	228.300	676.272	654.028
	4	1	1.102.000	765.000	-337.000	678.000	87.000
	5	1	1.102.000	1.700.500	589.500	884.100	816.400
	6	3	1.102.000	1.212.700	110.700	840.100	372.600
	7	8	1.102.000	1.545.600	443.600	359.500	1.186.100
<b>Rata-rata</b>			<b>1.102.000</b>	<b>1.310.820</b>	<b>207.020</b>	<b>687.594</b>	<b>623.226</b>
III	1	2	1.102.000	1.060.000	-42.000	829.000	231.500
	8	5	1.102.000	2.081.249	979.249	1.849.749	231.500
	9	4	1.102.000	1.317.700	215.700	1.317.700	0
	12	3	1.102.000	658.770	443.230	658.770	0
<b>Rata-rata</b>			<b>1.102.000</b>	<b>1.279.430</b>	<b>399.044</b>	<b>1.163.804</b>	<b>231.500</b>
<b>TOTAL</b>			<b>1.102.000</b>	<b>15.494.019</b>	<b>3.147.479</b>	<b>11.389.391</b>	<b>4.084.628</b>

Keterangan:

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

## 6.2.2 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap preoperasi

### a. Variasi rawat inap preoperasi dengan CP

Berdasarkan *Clinical Pathway* diagnosa mioma uteri, pasien langsung melakukan operasi pada hari pertama di rawat. Namun, berdasarkan data utilisasi pelayanan kesehatan yang penulis dapatkan, seluruh pasien masuk rumah sakit minimal satu hari sebelum jadwal operasi. Oleh karena itu, seluruh tindakan pada periode ini merupakan variasi tindakan.

Menurut informasi dari informan pertama, hal ini dilakukan karena ada hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum operasi seperti puasa, pemberian antibiotik, dan kepastian jadwal operasi. Jika pasien datang pada hari operasi, kemungkinan



jadwal operasi terganggu sangat besar. Padahal jadwal operasi melibatkan banyak pihak.

Hal ini juga sesuai dengan informasi informan 2:

*“Kan kita persiapan dulu.. kan kita mau... e.. apa namanya? Puasa dulu.. cek darah dulu.. kadang-kadang kita melakukan clysmata atau pengosongan saluran cerna..”*

Sehingga dapat disimpulkan bahwa menurut para informan, perawatan minimal 1 hari sebelum perawatan dibutuhkan oleh pasien dan hal tersebut tidak sesuai dengan clinical pathway RSUP-Fatmawati.

Pada tahap ini, hanya sedikit pasien yang mendapatkan tindakan yang sama. Menurut para informan, jika pasien masuk dalam keadaan normal maka pasien tidak perlu mendapatkan tindakan apa-apa selain tindakan clysmata dan pemberian anti biotik. Hal ini seperti dikatakan oleh salah satu informan:

*“ga di apa-apain. Dia kan dateng udah dijadwalkan operasi. Hari pertama dia dateng siang atau sore gitu. Dia ga diapa-apain. Paling-paling kalo dia butuh clysmata dia clysmata.*

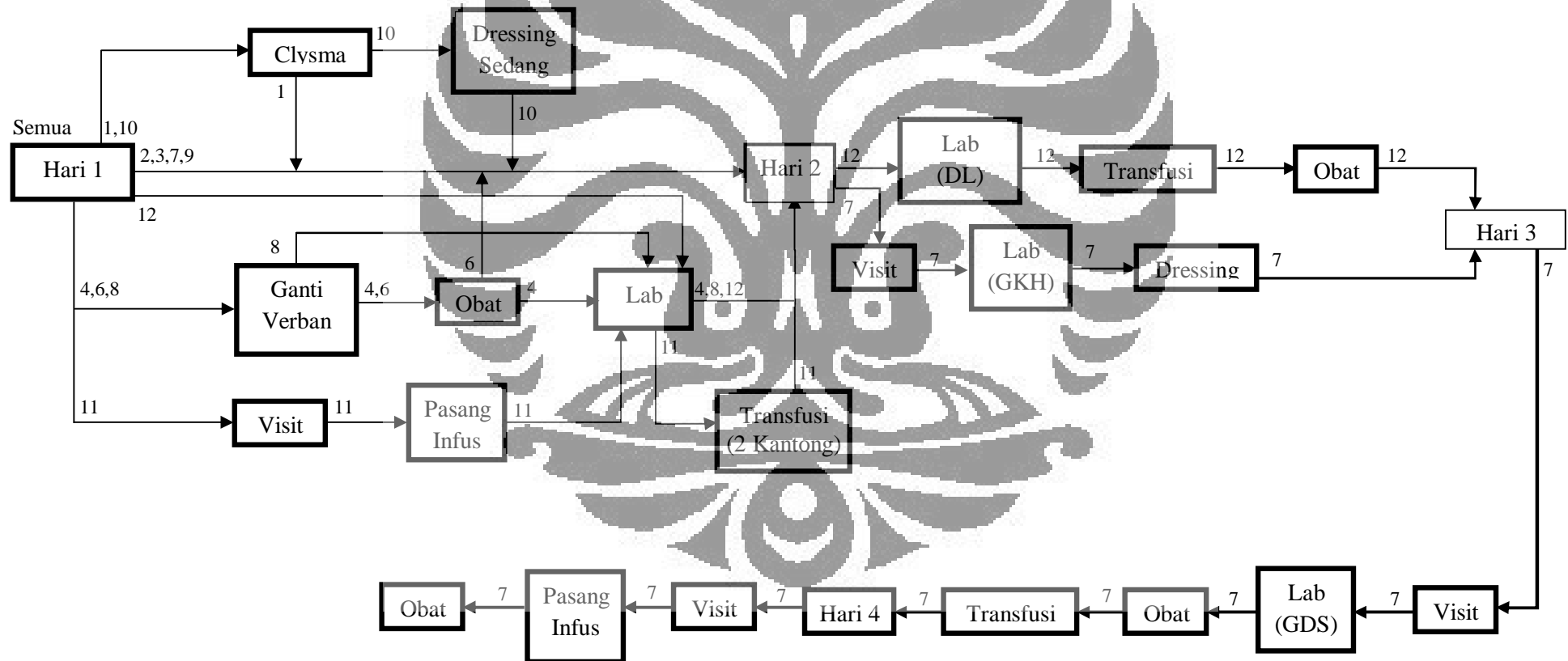
*..... kita kasih anti biotik profilaksis pada hari sebelumnya. Supaya ketika operasi, tubuhnya udah terlindung sama antibiotik”*

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa menurut informan idealnya pasien pada hari ini tidak dilakukan tindakan apapun selain tindakan clysmata dan pemberian antibiotik jika diperlukan.

Untuk mempermudah melihat variasi pola pelayanan rawat inap pasien sebelum operasi, berikut adalah gambar variasi pola pelayanan untuk seluruh pasien tersebut:



**Gambar 6.6**  
**Pola Pelayanan Rawat Inap Pre-Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero)**  
**di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

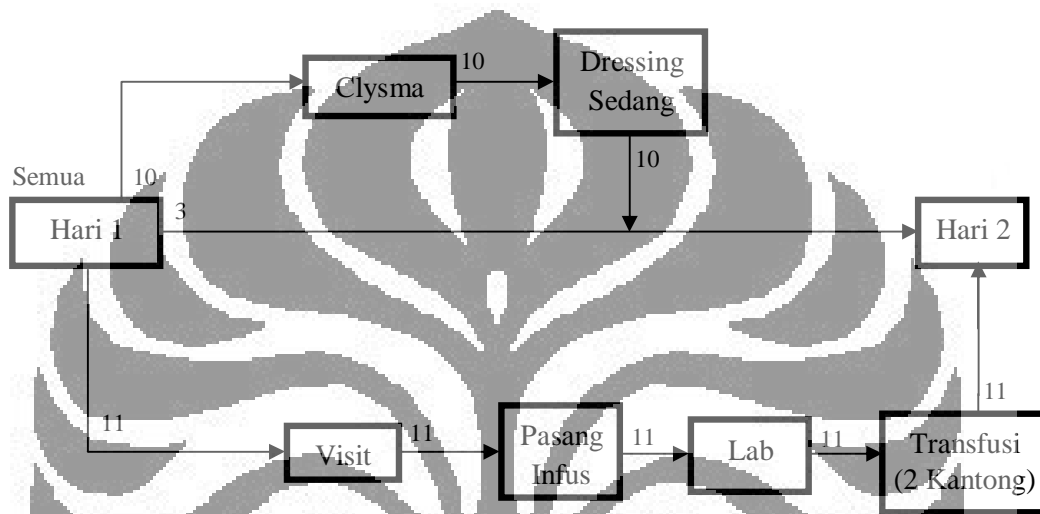


### b. Variasi rawat inap preoperasi kelompok I

Pola pelayanan dan variasi rawat inap preoperasi pada kelompok I dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

**Gambar 6.7**

#### **Pola Pelayanan Rawat Inap PreOperasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Dari gambar di atas, terlihat bahwa seluruh pasien memiliki masa rawat inap sebelum operasi selama 1 hari. Pasien 3 tidak mendapatkan tindakan apapun. Hal ini sesuai dengan pernyataan salah satu informan yang telah disebutkan di atas, bahwa pasien dalam keadaan normal tidak memerlukan tindakan apapun.

Pasien 10 mendapatkan tindakan clyisma dan dressing sedang. Seperti yang telah disebutkan pada bagian sebelumnya, tindakan clyisma sesuai indikasi medis. Namun menurut informan lain,:

*“Ga papa kalo ga dilakukan, karena kan puasa. Untuk mengosongkan isi saluran cerna. Tapi bagi kita kan nanti suka manipulasi usus, nanti keluar fesesnya. Nanti kan malah mengganggu jalannya operasi. Itu untuk biar bersih aja.”*

Dengan demikian, tindakan clyisma diperlukan. Namun jika pasien sudah berpuasa maka tindakan clyisma tidak mutlak diperlukan.

Untuk tindakan dressing, salah satu informan menyatakan:

*“Misalnya dia punya diabet trus ada luka di kakinya.. nah itu baru.. jadi bukan berkaitan langsung dengan miomanya.”*

Dengan demikian, menurut informan tindakan dressing sebelum operasi merupakan tindakan yang tidak berhubungan langsung dengan miom. Berdasarkan catatan rekam medis, pasien 10 tidak memiliki riwayat penyulit/penyerta ataupun operasi sebelumnya yang berhubungan dengan tindakan dressing.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tindakan clymsa adalah tindakan yang tidak diperlukan namun ditagihkan.

Pasien 11 mendapatkan tindakan visit, pasang infus, pemeriksaan laboratorium darah lengkap, dan pemberian transfusi sebanyak 2 kantong. Menurut salah satu informan, tindakan visite sebaiknya dilakukan setiap hari, seperti yang dinyatakan sebagai berikut:

*“Sebenarnya visite tiap hari untuk melihat bagaimana, kemajuan pasien, perkembangan pasien bagaimana. Ada komplikasi atau tidak. Kalau visite tidak tiap hari itu biasanya karena dokternya..... Tapi kan dokter tugasnya tidak visite aja, apalagi di fatmawati, di poli, ada yang dimana...”*

Namun, jika kondisi pasien baik-baik saja, tidak dilakukan visite setiap hari tidak menjadi masalah. Hal ini juga didapatkan dari informasi salah satu informan yang mengatakan jika kondisi pasien stabil maka tidak ada masalah jika visite tidak dilakukan.

Menurut salah satu informan, pemeriksaan laboratorium darah lengkap bisa saja dilakukan karena seringkali pasien mioma memiliki keluhan anemia, sehingga sebelum operasi dilakukan harus dilakukan pemeriksaan darah lengkap untuk memastika Hb pasien.

Berikut pernyataan informan mengenai pemberian transfusi darah pasien 11:

*“Kalo misalkan tadi, mm, miom itu... mmm kita mendiagnosa seorang itu miom biasanya keluhannya perdarahan. Kalo perdarahan itu kan pastinya Hbnya rendah..... ditransfusi sampai Hbnya di atas 10”*

Dengan demikian, menurut salah satu informan, pemberian tindakan transfusi diberikan ketika Hb pasien dibawah 10.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pasien 3 tidak memiliki variasi, sehingga biaya yang dibutuhkan hanya untuk akomodasi sebesar Rp 165.000. Pasien 10 melakukan 2 variasi, sehingga biaya yang dibutuhkan sebesar Rp 233.300. Dan pasien 11 melakukan 4 jenis variasi dengan biaya Rp 760.576. Jenis variasi tindakan yang terjadi, ada yang tidak diperlukan, namun ditagihkan. Sedangkan, tindakan clysm, visit, pasang infus, pemeriksaan laboratorium darah lengkap, dan transfusi darah menurut informan merupakan tindakan yang sesuai dilakukan dengan kebutuhan pasien.

Semakin banyak variasi tindakan yang terjadi, biaya yang dibutuhkan juga semakin tinggi. Dilihat dari kondisi pasien dan variasi yang terjadi, pasien 3 dan pasien 10 memiliki kondisi yang sama, namun pasien 10 mendapatkan lebih banyak variasi.

### **c. Variasi rawat inap preoperasi kelompok II**

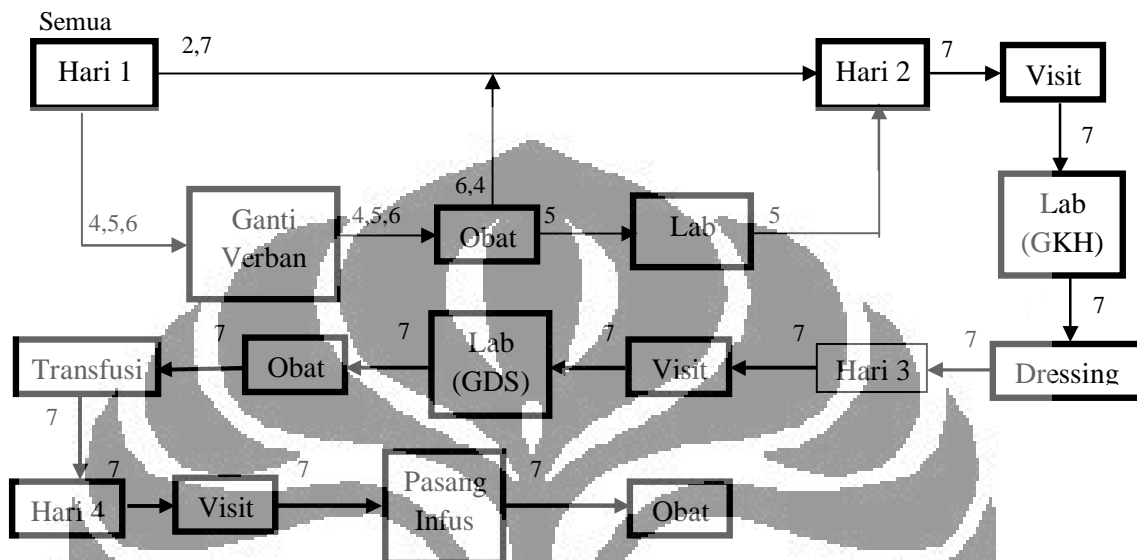
Pola pelayanan dan variasi pada kelompok dapat dilihat pada gambar 6.8. Dari gambar tersebut, dapat diketahui bahwa pasien 2, 4, 5, 6 mendapatkan perawatan selama 1 hari, sedangkan pasien 7 mendapatkan perawatan selama 4 hari. Pasien 7 memiliki penyulit berupa hipertensi dan diabetes melitus. Dengan demikian, diabetes mellitus dan hipertensi mempengaruhi lama hari rawat sebelum operasi.

Pasien 2 tidak mendapatkan tindakan apapun. Pasien 4 dan pasien 6 memiliki alur yang sama, yaitu penggantian verban, dan pemberian obat. Menurut informasi dari salah satu informan, tindakan ganti verban ini sama dengan tindakan dressing yang dilakukan bukan berkenaan langsung dengan mioma uteri yang diderita. Dalam catatan rekam medis Pasien 4 dan pasien 6 tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya ataupun memiliki penyakit penyulit lainnya. Sehingga tindakan ganti verban tidak diperlukan, namun dilakukan.

Pasien 5 memiliki alur yang sama dengan pasien 4 dan pasien 6 namun ditambahkan dengan pemeriksaan laboratorium darah lengkap dan golongan darah. Pasien 5 juga tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya ataupun memiliki penyakit penyulit lainnya. Seperti yang sudah jabarkan sebelumnya, pemeriksaan laboratorium darah lengkap wajar dilakukan. Namun, pemeriksaan golongan darah sebelumnya telah dilakukan pada pemeriksaan laboratorium rawat jalan.

Gambar 6.8

**Pola Pelayanan Rawat Inap Pre-Operasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Pasien 7 mendapatkan perawatan selama 4 hari. Menurut informan penambahan hari rawat tersebut dilakukan karena kondisi pasien sebelum operasi harus memenuhi persyaratan. Hal ini didasarkan pada pernyataan salah satu informan bahwa pasien boleh dilakukan operasi jika hasil pemeriksaan ke spesialis jantung, spesialis dalam, spesialis internis, laboratorium, rontgen thorax dalam keadaan normal. Jika salah satu saja ada yang tidak normal, maka operasi ditunda hingga kondisi tersebut normal.

Pada hari pertama pasien tidak mendapatkan tindakan apapun. Pada hari kedua, pasien mendapatkan tindakan visite, pemeriksaan laboratorium glukosa kurva harian, dan tindakan dressing. Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, menurut informan tindakan visite wajar dilakukan. Jika dilihat dari data rekam medis, pasien sebelumnya melakukan kuretase dan memiliki penyulit hipertensi dan diabetes melitus. Sehingga tindakan dressing dilakukan dengan indikasi medis. Sedangkan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan indikasi medis pasien.

Hari ketiga pasien 7 mendapatkan tindakan visite, pemeriksaan laboratorium gula darah sewaktu, pemberian obat, dan transfusi darah. Pada hari

ke empat pasien mendapatkan tindakan visite, pasang infus, dan pemberian obat. Menurut informasi yang disampaikan para informan di atas, tindakan ini sesuai untuk dilakukan.

Perawatan pada pasien 7 selama 4 hari sebelum operasi. Menurut informan 1, sebelum dilakukannya operasi, kondisi pasien harus dalam keadaan normal untuk semua jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum operasi. Jika tidak, operasi harus ditunda hingga kondisi pasien tersebut normal secara keseluruhan. Hal serupa disampaikan informan 3 seperti sebagai berikut:

*“Kontrol gula darahnya, tekanan darahnya terkontrol ga. Kalau tekanan darahnya tidak terkontrol dokter anastesinya ga akan mau ngebius. Itu kadang-kadang penyakit dalamnya jadi rawat bersama dokter penyakit dalam.  
... bisa rawat jalan tapi kalo tensinya terlalu tinggi di atas 160 sehingga butuh istirahat, berbahaya. Atau gula darahnya tidak terkontrol... standar tekanan darah? di atas 160. Atau orangnya ga disiplin. Misalnya makannya ga teratur, gula darah ga terkontrol. nanti kalau dia dibiarin dirumah gula darahnya ga terkontrol-kontrol. Kalo disini kan makanannya dikasih dari rumah sakit. Di ukur.”*

Dari informasi tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien harus dirawat inap jika gula darahnya tidak terkontrol atau tekanan darah di atas 160 mmHg atau bisa juga diakibatkan oleh kondisi pasien yang tidak disiplin sehingga lebih baik dilakukan rawat inap. Berdasarkan data rekam medis, pasien 7 selama 3 hari awal gula darah pasien tidak terkontrol dan tekanan tinggi. Baru pada hari keempat pasien tersebut memiliki tekanan darah yang tidak terlalu tinggi dan gula darah sudah terkontrol. Sehingga disimpulkan bahwa menurut informan tindakan perawatan selama 4 hari itu sesuai dengan kebutuhan medis.

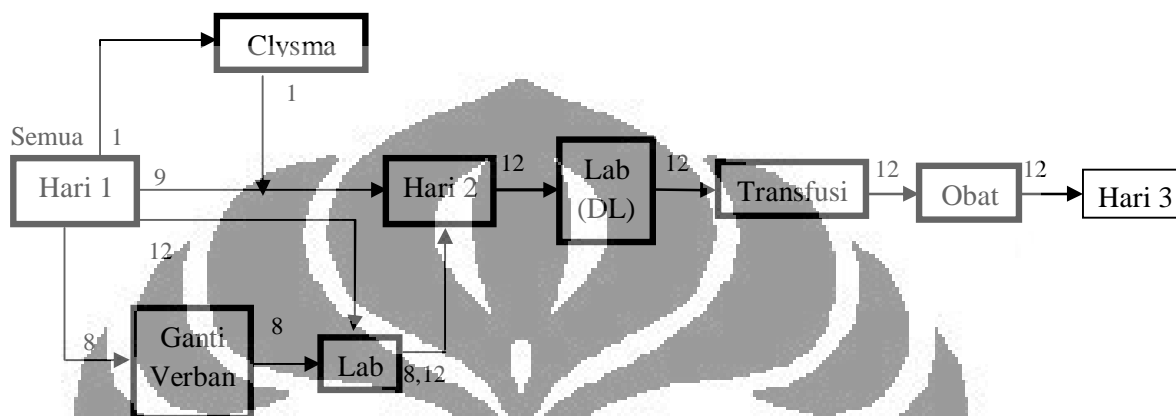
Jadi, dapat disimpulkan bahwa pada pasien 2 tidak terjadi variasi dengan biaya yang dibutuhkan sebesar Rp 165.000, pasien 4 terdapat 2 variasi dengan biaya Rp 198.500, pasien 5 terdapat 3 variasi dengan biaya Rp 263.285, pasien 6 terdapat 2 variasi dengan biaya Rp 198.500, dan pasien 7 terdapat 8 variasi dengan biaya Rp 744.700. Pasien 4 dan pasien 6 memiliki tindakan yang sama pada tahap ini. Dengan demikian, Semakin banyak variasi tindakan maka semakin tinggi biaya yang dikeluarkan.

#### d. Variasi rawat inap preoperasi kelompok III

Pola pelayanan dan variasi pada kelompok III dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

**Gambar 6.9**

#### **Pola Pelayanan Rawat Inap Pre-Operasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Pasien 1, pasien 8, dan pasien 9 mendapatkan perawatan selama 1 hari. Sedangkan pasien 12 mendapatkan perawatan selama 2 hari. Pasien 12 diketahui memiliki riwayat anemia.

Pasien 9 tidak mendapatkan tindakan apapun. Pasien 1 mendapatkan tindakan clyisma. Kedua tindakan pada pasien ini menurut informasi yang disampaikan di atas sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien 8 mendapatkan tindakan ganti verban dan pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Pada pasien 8 tidak ditemukan riwayat operasi sebelumnya ataupun kondisi penyulit lainnya. Sehingga tindakan ini tidak diperlukan namun ditagihkan. Pada hari pertama pasien 12 mendapatkan pemeriksaan laboratorium. Kemudian pada hari kedua, pasien dilakukan pemeriksaan transfusi darah, pemberian obat, dan pemeriksaan darah lengkap.

Sehingga dapat disimpulkan, tindakan pada kelompok III cukup bervariasi dari segi tindakan yang dilakukan. Pasien 1 memiliki 1 variasi dengan biaya Rp 197.000, pasien 8 memiliki 3 variasi dengan biaya Rp 268.187, pasien 9 tidak memiliki variasi sehingga biaya yang dibutuhkan Rp 183.150, dan pasien 12 memiliki 5 variasi dengan biaya Rp 894.101.



### e. Variasi rawat inap preoperasi antar kelompok

Tindakan pada tahap ini sangat berbeda-beda di antara pasien baik dalam kelompok yang sama, maupun antar kelompok (lihat tabel 6.4). Kelompok II memiliki variasi utilisasi tertinggi pada tahap ini, sedangkan variasi utilisasi pada kelompok I memiliki variasi sedang, dan kelompok III memiliki terendah. Variasi utilisasi yang mencolok juga terlihat pada pasien yang memiliki penyulit dan penyerta seperti pada pasien 11, pasien 7, dan pasien 12

**Tabel 6.4**  
**Variasi Biaya Rawat Inap Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Tahap	Pasien	LOS	Penyulit	Variasi
Kelompok I	3	1	-	0
	10	1	-	2
	11	1	Anemia	5
	<b>Rata-rata</b>			<b>3,5</b>
Kelompok II	2	1	-	0
	4	1	-	2
	5	1	-	3
	6	1	-	2
	7	4	HT + DM	12
<b>Rata-rata</b>			<b>4,8</b>	
Kelompok III	1	1	-	1
	8	1	-	3
	9	1	-	0
	12	2	Anemia	5
<b>Rata-rata</b>			<b>3</b>	

Keterangan :

LOS : (*Length Of Stay*) lama hari rawat

Penyulit : Diagnosa selain mioma uteri sampai pada tahap tersebut

Variasi : Banyaknya tindakan di luar *clinical pathway*

Variasi biaya yang terjadi berbanding lurus dengan jumlah variasi yang terjadi (lihat tabel 6.5). pada tahap ini, sebagian besar pasien ditanggung seluruh biayanya oleh PT Jamsostek (Persero). Hanya pasien 7 yang memiliki iur biaya pada tahap ini. Hal ini sesuai dengan penemuan mengenai adanya overutilisasi pada lama hari rawat ini.

**Tabel 6.5**  
**Variasi Biaya Rawat Inap Preoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT**  
**Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	No. Pasien	Jumlah Variasi	Biaya Standar (Rp)	Biaya Total (Rp)	Biaya Variasi (Rp)	Klaim Jamsostek (Rp)	Tanggungsan Peserta (Rp)
I	3	0	-	165.000	165.000	165.000	0
	10	2	-	233.300	233.300	233.300	0
	11	5	-	769.576	769.576	769.576	0
<b>Rata-rata</b>		<b>2,3</b>	<b>-</b>	<b>389.292</b>	<b>389.292</b>	<b>389.292</b>	<b>0</b>
II	2	0	-	165.000	165.000	165.000	0
	4	2	-	198.500	198.500	198.500	0
	5	3	-	263.285	263.285	263.285	0
	6	2	-	198.500	198.500	198.500	0
	7	12	-	744.700	744.700	225.000	519.700
<b>Rata-rata</b>		<b>3,8</b>	<b>-</b>	<b>313.997</b>	<b>313.997</b>	<b>190057</b>	<b>519.700</b>
III	1	1	-	197.000	197.000	197.000	0
	8	3	-	268.187	268.187	268.187	0
	9	0	-	183.150	183.150	183.150	0
	12	5	-	894.101	894.101	894.101	0
<b>Rata-rata</b>		<b>2,3</b>	<b>-</b>	<b>385.609</b>	<b>385.609</b>	<b>385.609</b>	<b>0</b>
<b>Jumlah</b>			<b>0</b>	<b>4.280.299</b>	<b>4.280.299</b>	<b>3.760.599</b>	<b>519.700</b>

Keterangan:

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

### 6.2.3 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap operasi

#### a. Variasi rawat inap operasi dengan CP

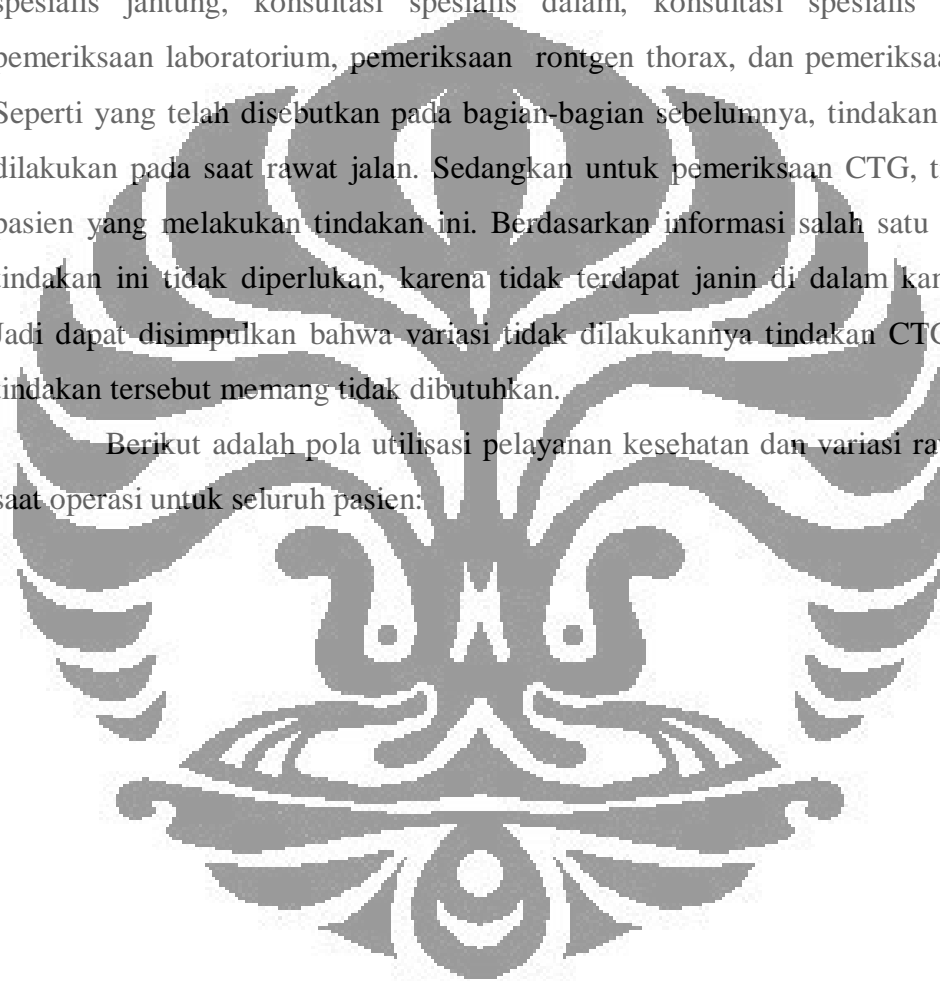
Berdasarkan *clinical pathway* diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati, operasi dilakukan pada hari pertama pasien masuk rumah sakit. Namun, dari seluruh data yang di dapatkan, operasi dilakukan paling cepat pada hari kedua. Hampir seluruh pasien melakukannya pada hari kedua, kecuali pasien 7 yang melakukannya di hari kelima dan pasien 12 yang melakukannya di hari ke tiga.

Jika dilihat dari jenis tindakan yang diperlukan untuk operasi menurut *clinical pathway* diagnosa mioma uteri, maka jenis tindakan tersebut adalah visite dokter, konsultasi spesialis jantung, konsultasi spesialis anestesi, konsultasi

spesialis dalam, pemeriksaan CTG, pemeriksaan RO Thorax, pemasangan kateter, IVFD, pemberian oksigen, operasi histerektomi total, dressing, patologi anatomi, dan pemberian obat. Namun, pada kenyataannya banyak variasi tindakan yang terjadi baik berdasarkan *clinical pathway* tersebut maupun variasi di antara pasien.

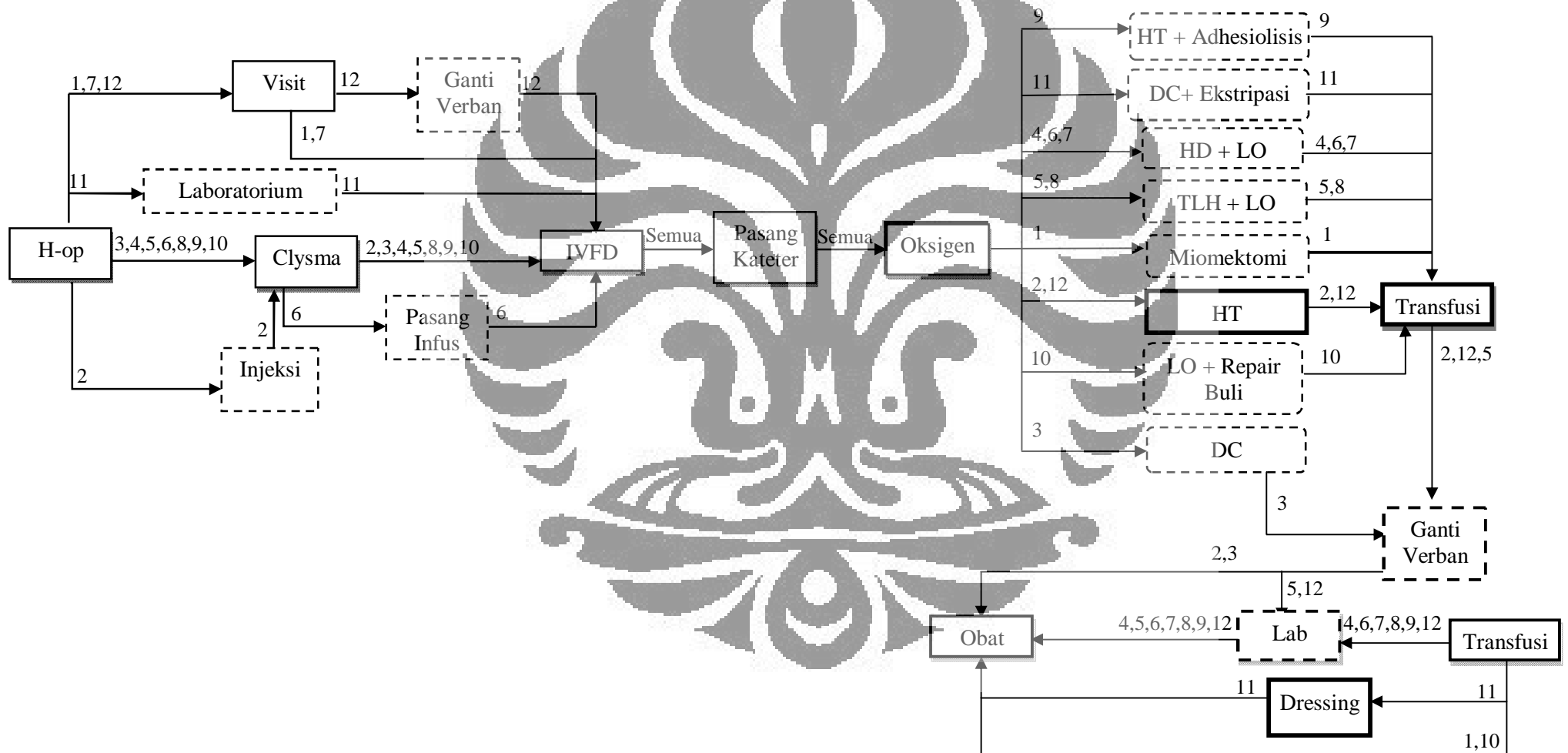
Dari pola di bawah ini dapat diketahui bahwa ada beberapa tindakan yang tidak dijalankan oleh semua pasien. Tindakan-tindakan ini adalah konsultasi spesialis jantung, konsultasi spesialis dalam, konsultasi spesialis anastesi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontgen thorax, dan pemeriksaan CTG. Seperti yang telah disebutkan pada bagian-bagian sebelumnya, tindakan tersebut dilakukan pada saat rawat jalan. Sedangkan untuk pemeriksaan CTG, tidak ada pasien yang melakukan tindakan ini. Berdasarkan informasi salah satu informan, tindakan ini tidak diperlukan, karena tidak terdapat janin di dalam kandungan. Jadi dapat disimpulkan bahwa variasi tidak dilakukannya tindakan CTG karena tindakan tersebut memang tidak dibutuhkan.

Berikut adalah pola utilisasi pelayanan kesehatan dan variasi rawat inap saat operasi untuk seluruh pasien:



Gambar 6.10

**Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

1,2,3,... = Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



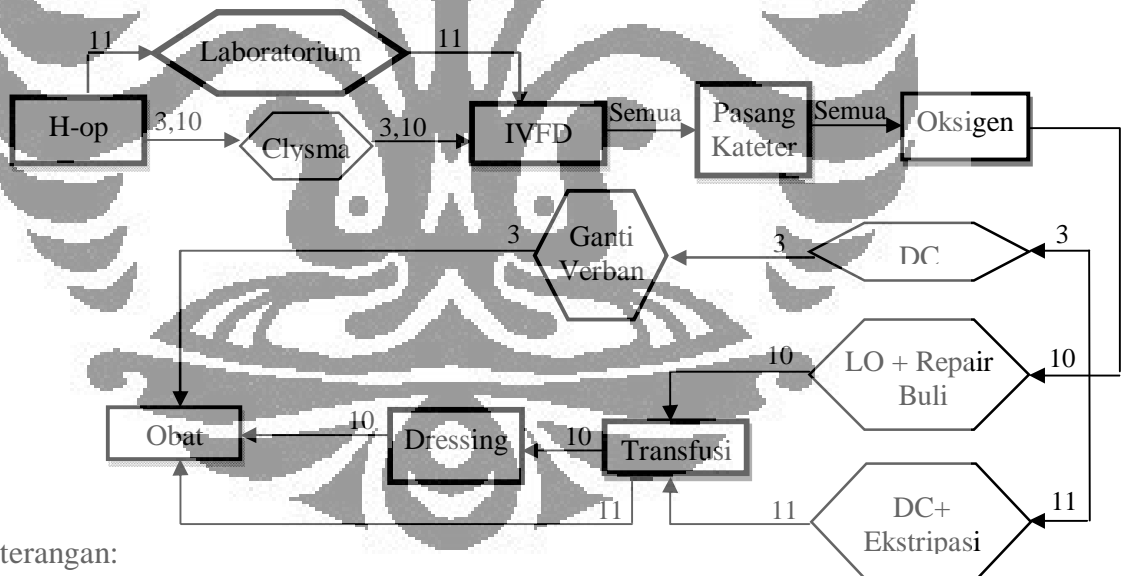
= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*

### b. Variasi rawat inap operasi kelompok I

Pola layanan dan variasi utilisasi kelompok I pada hari dilaksanakannya operasi dapat dilihat pada gambar berikut:

**Gambar 6.11**

**Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

3,10,11 = Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*

Dari gambar tersebut, dapat diketahui bahwa tindakan pada tahap ini pada kelompok I sangat bervariasi. Hampir semua pasien memiliki pola pelayanan yang berbeda, kecuali pada penggunaan IVFD, pasang kateter, dan penggunaan oksigen yang digunakan oleh setiap pasien.

Pada tahap pemeriksaan sebelum operasi, pasien 11 mendapatkan tindakan pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Sedangkan, pasien 3 dan 10 mendapatkan tindakan clysm. Padahal di hari sebelumnya, pasien 10 sudah mendapatkan tindakan clysm.

Jenis operasi yang dilakukan untuk ketiga pasien ini berbeda-beda. Menurut informan satu, tindakan ini berbeda-beda karena banyak hal yang mempengaruhi pemilihan jenis operasi. Hal-hal tersebut antara lain berdasarkan jenis mioma, besar mioma, letak mioma, dan fungsi reproduksi. Jika pasien masih muda dan masih ingin hamil, maka cukup dilakukan miomektomi. Jika pasien sudah tua dan tidak mengharapkan kehamilan atau pasien menderita uteri miomatosus atau ukuran mioma sangat besar, maka dilakukan histerektomi. Jika diagnosa mioma geburt, maka cukup dilakukan ekstirpasi dan dilatasi kuretasi. Jika mioma berukuran kecil dan jenis subserosum atau intramural akan tepat jika dilakukan dengan laparaskopi. Jika diperlukan untuk pengangkatan rahim atau mioma submukosa dapat dilakukan dengan histerektomi. Namun keputusan akhir pemilihan jenis mioma ada di tangan pasien. Hal ini juga sejalan dengan yang disampaikan oleh informan ke dua:

*“Kita lihat, sebesar apa si miomnya. Miom yang kecil dengan miom yang besar beda penatalaksaaanya. Yang ketiga, apakah pasien ini masih butuh fertilitas... Usia pasien ini juga menentukan. Jadi kalo seorang pasien misalnya nona, mioamnya besar sekali. Tapi sama seorang nyonya usianya empat puluh tahun, anaknya juga lima dengan besar miom yang sama, penatalaksanaanya sama. Intinya miom itu dibuang. Tapi kl seorang nona, pasti hanya miomnya saja yang dibuang karena kalo miomanya ga dibuang bisa menimbulkan gejala dan juga bisa menghalangi kesuburan... sehingga miomnya saja yang dibuang, tapi kalo untuk si nyonya kita juga angkat rahimnya karena miom itu adanya di rahim... kalo mioma geburt karena dia sudah bertangkai biasanya tangaknya digunting dulu kemudian dilakukan kuret. Kalau miomnya besar, biasanya kita susah untuk laparaskopi jadi kita buka dengan laparotomi. Itu juga harus diomongin sama pasiennya. Pasien juga boleh milih. Laparaskopi itu biayanya lebih mahal, tapi lukanya lebih kecil itukan dari sisi kosmetik pastinya baik...”*

*lama perawatan akan lebih cepat juga. Fasilitas juga harus ada karena laparaskopi dan ada fasilitasnya sendiri ”*

Menurut informan 2, hal-hal yang mempengaruhi pemilihan jenis operasi diantaranya jenis mioma, besar miom, fungsi fertilitas, usia, biaya operasi, efek yang ditimbulkan, dan ketersediaan fasilitas.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa hal-hal yang mempengaruhi pemilihan jenis operasi adalah jenis mioma, besar miom, letak mioma, fungsi fertilitas, usia, biaya operasi, efek yang ditimbulkan, dan ketersediaan fasilitas.

Pasien 3 dioperasi dengan jenis operasi dilatasi kuretasi. Pasien ini memiliki mioma uteri jenis submukosa dengan tangkai (mioma geburt) yang berjumlah 4 buah dengan ukuran  $\pm 2,5$  cm dan  $\pm 4$  cm. Selain itu, pasien 3 juga memiliki kista dermoid yang berukuran 4 cm. Berdasarkan hasil wawancara, tindakan ini sesuai dengan informasi dari informan tersebut.

Pasien 10 mendapatkan tindakan laparaskopi dan repair buli. Pasien 10 memiliki mioma jenis submukosa tanpa tangkai yang berjumlah 2 buah dengan ukuran  $\pm 3$  cm dan  $\pm 4$  cm. Berdasarkan informasi wawancara di atas, tindakan laparaskopi tidak sesuai dengan yang dikemukakan informan. Tindakan repair buli merupakan tindakan untuk membetulkan buli-buli yang mengalami cedera. Sebelum tindakan operasi ini, pasien tidak memiliki riwayat pemeriksaan kepada dokter spesialis urologi maupun pemeriksaan terkait saluran kemih lainnya. Menurut informasi dari Informan 1 tindakan ini bisa saja terjadi akibat komplikasi cedera buli atau ureter. Hal ini juga dikemukakan oleh informan dua yang menyebutkan:

*“ Terjadi komplikasi cedera usus atau cedera vesika.. iya.. saat operasi”*

Hal ini sesuai dengan informasi dari informan 3 yang menyatakan bahwa:

*“cedera. Makanya, kecelakaan.. jadi saya mau angkat miom, tapi ternyata saluran kencingnya kepotong. Dep. Itukan namanya komplikasi tindakan. Saya ga berencana motong saluran kencingnya... karena perlekatan apa, ketika saya nembus-nembus-nembus ternyata saya nembus kandung kencing... itu namanya komplikasi tindakan. Bukan malpraktek. Kalo sarjana hukum tidak bisa bedain itu.”*

Sehingga dapat disimpulkan, menurut informan tindakan laparaskopi tidak sesuai untuk dilakukan dan tindakan reparasi buli terjadi karena komplikasi ketika operasi.

Pasien 11 melakukan tindakan ekstirpasi dan dilatasi kuretasi. Berdasarkan data rekam medis pasien 11 memiliki 2 buah mioma uteri submukosa bertangkai dengan besar 7 cm dan 2 cm. Selain itu, ketika operasi dilakukan, ditemukan adanya endometriosis pada uteri pasien. Berdasarkan informasi yang dijabarkan di atas, tindakan dilatasi kuretase sesuai dengan informasi dari informan. Ekstirpasi dilakukan untuk pengangkatan polip, sedangkan pengangkatan endometriosis cukup dengan dikerok/dilatasi kuretasi. Hal ini didapat dari pernyataan:

*“jadi tindakan ekstirpasi ini mestinya dia ada polip dengan gangguan haid. Sedangkan endometriosis ditangani dengan dikerok”*

Sehingga dapat disimpulkan berdasarkan informasi dari informan tersebut tindakan dilatasi dan kuretasi sesuai untuk dilakukan namun tindakan eskstirpasi tidak sesuai dengan indikasi medis.

Dari seluruh informasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa menurut para informan sebagian besar tindakan sesuai dengan kebutuhan medis pasien. Namun ada beberapa tindakan operasi yang tidak sesuai seperti pada pasien 10 dan 11.

Dengan demikian, pasien 3 mengalami 2 jenis variasi dengan biaya Rp 2.424.000. Pasien 10 mengalami 2 jenis variasi dengan biaya Rp Rp 8.288.632. Dan pasien 11 mengalami 3 jenis variasi dengan biaya Rp 3.205.356. Biaya pasien yang melakukan operasi konvensional jauh lebih murah dibandingkan dengan operasi alat canggih.

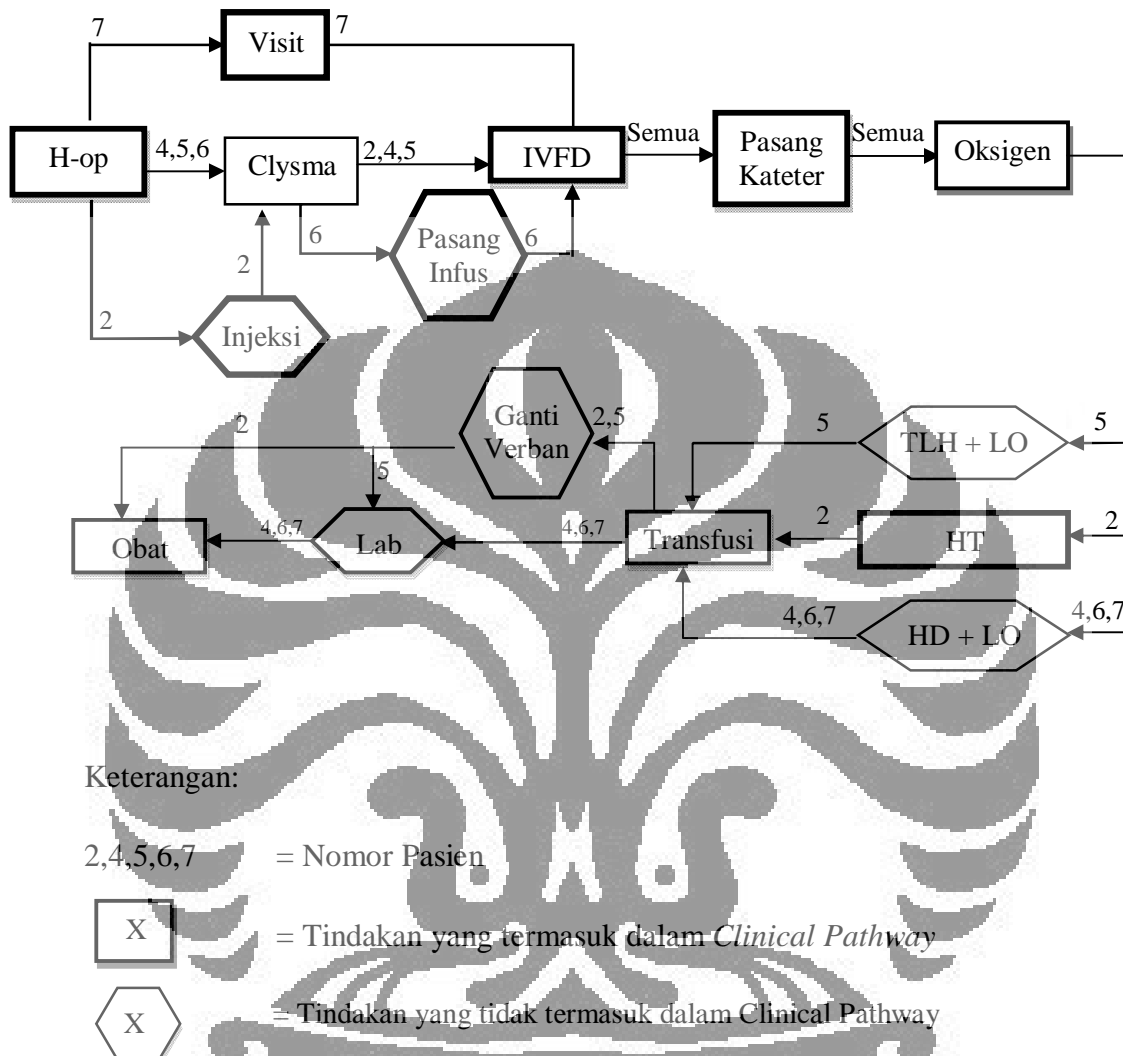
### **c. Variasi rawat inap saat operasi Kelompok II**

Pola pelayanan dan variasi pada kelompok ini dapat dilihat dari gambar dibawah ini:



Gambar 6.12

**Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Dari informasi tersebut, dapat dilihat bahwa tindakan pada pasien di kelompok ini cukup bervariasi. Terutama di tahap sebelum operasi.

Pasien 4 dan 5 mendapatkan tindakan clysmas. Menurut informasi yang disampaikan sebelumnya oleh para informan, tindakan ini sesuai untuk dilakukan.

Pasien 2 mendapatkan tindakan histerektomi total. Pasien 2 memiliki mioma uteri 1 buah mioma uteri subserosal dengan ukuran  $\pm 5$  cm dengan perlekatan. Pasien berusia 41 tahun serta ditemukan perlekatan ketika operasi dilakukan. Jika dibandingkan dengan pernyataan dari para informan di atas, tindakan untuk pasien ini dapat dilakukan dengan laparotomi atau laparaskopi.

Pasien 5 mendapatkan tindakan operasi histerektomi total perlaparaskopi. Pasien 5 memiliki 1 buah mioma uteri intramural dengan ukuran 2,5cm. Menurut informasi yang disampaikan sebelumnya oleh para informan, tindakan ini sesuai untuk dilakukan. Namun, tindakan yang dipilih pada pasien ini adalah total laparaskopi histerektomi. Menurut salah satu informan hal ini tetap sesuai untuk dilakukan atas permintaan pasien untuk menghindari terjadinya penyakit selanjutnya. Seperti yang dinyatakan sebagai berikut:

*“itu dia yang saya bilang tadi, tidak bisa dipukul rata. Harus dilihat pasien per pasien... saya enggak mau ah punya penyakit, nyimpen penyakit. Dia sendiri yang minta di histereskopi histerektomi. Atau miomanya demikian besar sehingga harus di histerektomi.”*

Namun, pertimbangan lain yang harus diperhatikan adalah tarif RSUP Fatmawati untuk operasi dengan alat canggih lebih besar 1,5 kali dibandingkan dengan tarif operasi konservatif. Selain itu, menurut informan operasi laparaskopi merupakan operasi yang lebih baik dari sisi kosmetik karena memiliki sayatan yang lebih kecil. Alasan seperti ini tidak ditanggung oleh PT Jamsostek (Persero). Selain biaya operasi itu sendiri, ternyata biaya obat dan alat kesehatan untuk operasi dengan alat canggih memiliki nilai yang lebih mahal. Pada pasien yang melakukan operasi dengan alat canggih, obat dan alat kesehatan menghabiskan kisaran biaya antara Rp 3.264.100-Rp 4.445.000. Sedangkan, pasien yang melakukan operasi biasa memerlukan biaya obat Rp 2.349.700-Rp 3.143.100.

Dengan demikian, tindakan operasi ini tidak sesuai dengan cakupan layanan PT Jamsostek (Persero).

Pasien 4, pasien 6, dan pasien 7 menjalankan operasi histereskopi diagnostik dan laparaskopi operatif. Pasien 4 memiliki 1 buah mioma uteri jenis subserosal yang berukuran 6cm. Pasien ini tidak memiliki penyulit/penyerta. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya, menurut para informan tindakan laparaskopi operatif diperlukan secara medis sedangkan tindakan histereskopi diagnostik tidak diperlukan secara medis.

Pasien 6 memiliki 2 buah mioma uteri jenis subsersal dan intramural yang berukuran 4cm dan 1cm. Selain itu ditemukan polip endometrium sebesar 1cm. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya, menurut para

informan tindakan laparaskopi operatif dan tindakan histereskopi diagnostik tersebut sesuai dengan indikasi medis.

Pasien 7 memiliki 5 buah mioma uteri berdiameter 1cm dan 2 cm di bagian intramural. Selain mioma tersebut, ketika operasi ditemukan 1 buah polip endometrium, 1 buah endometriosis, 1 buah adenomiosis, dan 1 buah kista. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya, menurut para informan tindakan laparaskopi operatif dan tindakan histereskopi diagnostik tersebut sesuai dengan indikasi medis.

Namun jenis operasi pada pasien 4, 6, dan 7 tersebut tidak sesuai dengan jenis operasi yang seharusnya ditanggung oleh PT. Jamsostek (Persero). Operasi laparaskopi, seharusnya dilakukan dengan laparotomi. Tindakan operasi histerektomi diagnostik untuk ekstirpasi polip seharusnya bisa dilakukan dengan tindakan ekstirpasi polip. Tindakan histereskopi diagnostik untuk endometrium bisa dilakukan dengan kuretase.

Setelah operasi, pasien 4,6,7 yang melakukan jenis operasi yang sama mendapatkan tindakan yang sama yaitu pemeriksaan laboratorium. Sedangkan pasien 5 mendapatkan tindakan ganti verban dan pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Pasien 2 mendapatkan tindakan ganti verban. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya oleh para informan, tindakan tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.

Dari seluruh informasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa menurut para informan sebagian tindakan sesuai dengan kebutuhan medis pasien. Namun ada beberapa tindakan operasi yang tidak sesuai, yaitu pasien 4 dan pasien 5 serta tindakan ganti verban pada pasien 2.

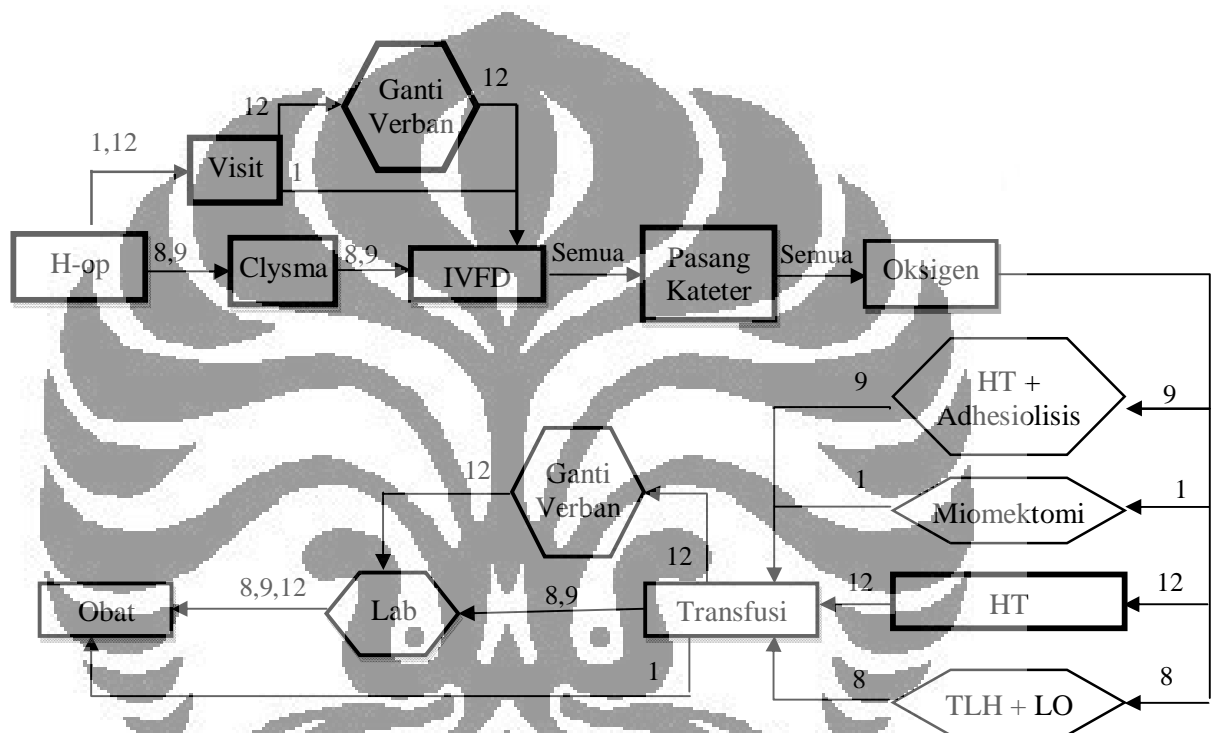
Dengan demikian, pasien 2 mengalami 2 jenis variasi dengan biaya Rp 4.712.985. Pasien 4 mengalami 3 jenis variasi dengan biaya Rp 9.782.200. Pasien 5 mengalami 3 variasi dengan biaya Rp 9.064.985. Pasien 6 mengalami 4 variasi dengan biaya Rp 9.461.985. Dan pasien 7 mengalami 3 variasi dengan biaya Rp 9.322.202.

#### d. Variasi rawat inap saat operasi kelompok III

Pola layanan dan variasi utilisasi kelompok III pada hari dilaksanakannya operasi dapat dilihat pada gambar berikut:

**Gambar 6.13**

**Pola Pelayanan Rawat Inap Saat Operasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

1,8,9,12 = Nomor Pasien

X = Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*

X = Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*

Sebelum operasi pasien 8 dan pasien 9 mendapatkan tindakan clysmas. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya oleh para informan, tindakan tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien 12 mendapatkan tindakan ganti verban sebelum operasi dilakukan. Berdasarkan data rekam medis, pasien ini tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya atau penyulit. Berdasarkan

informasi yang telah dijabarkan sebelumnya oleh para informan, variasi tersebut tidak dibutuhkan oleh pasien.

Jenis operasi yang dilakukan oleh ke empat pasien tersebut berbeda satu dengan yang lain. Pasien 9 melakukan operasi histerektomi total dan adhesiolisis. Mioma uteri yang diderita pasien 9 terletak diseluruh rongga uteri atau yang biasa disebut dengan uteri miomatosus dengan perlekatan. Menurut salah satu informan, adhesiolisis adalah:

*“Oh iya.. karena yang namanya miom itu tidak berdiri sendiri kadang-kadang ada perlekatan. Harus tau dulu adhesiolisis itu apa sih? Adhesiolisis adalah pembebasan perlekatan. Yang nempel-nempel jaringan itu dibebaskan.”*

Jadi, menurut informan tersebut tindakan adhesiolisis merupakan tindakan untuk melepaskan perlekatan. Berdasarkan informasi tersebut dan yang telah dijabarkan sebelumnya oleh para informan, tindakan operasi pada pasien 9 sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pasien 1 mendapatkan tindakan operasi berupa miomektomi. Pasien ini memiliki mioma uteri dibagian submukosa dan intramural dengan ukuran 5,1cm dan 6,8cm. Selain itu, pada pasien ini juga ditemukan adenomiosis yang berukuran 2cm. Berdasarkan informasi dari para informan yang telah dijabarkan sebelumnya, tindakan operasi pada pasien 1 sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pasien 8 melakukan total histerektomi per laparaskopi. Pasien 8 memiliki 1 buah mioma uteri yang memenuhi uterus berukuran 4x4x3 cm dengan adenomiosis. Berdasarkan informasi dari para informan yang telah dijabarkan sebelumnya, tindakan operasi pada pasien 1 sesuai. Namun, berdasarkan cakupan operasi yang dijamin PT Jamsostek (Persero) operasi yang seharusnya dilakukan adalah histerektomi total.

Pasien 12 melakukan operasi histerektomi total. Pasien tersebut memiliki mioma uteri sebesar 10 cm yang dikelilingi oleh mioma lain yang berukuran 2cm-5cm. Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya, menurut para informan tindakan tersebut sesuai indikasi medis.

Setelah operasi pasien 8 dan 9 mendapatkan tindakan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, pasien 1 tidak mendapatkan tindakan apapun, dan pasien 12 mendapatkan tindakan ganti verban dan pemeriksaan darah lengkap.

Berdasarkan informasi yang telah dijabarkan sebelumnya, menurut para informan tindakan operasi pada pasien 1 sesuai.

Dengan demikian, pasien 1 mengalami 1 jenis variasi dengan biaya Rp 5.811.000. Pasien 8 memiliki 3 jenis variasi dengan biaya Rp 9.819.674. Pasien 9 memiliki 2 jenis variasi dengan biaya Rp 8.046.814. Dan pasien 12 memiliki 2 jenis variasi dengan biaya Rp 5.583.776.

#### e. Variasi rawat inap saat operasi antar kelompok

Jika kita cermati pola pelayanan dari tiga kelompok tersebut, ditemukan banyak sekali variasi tindakan yang terjadi. Hampir seluruh tindakan dilakukan pada masing-masing pasien berbeda. Untuk tindakan sebelum operasi, kelompok III memiliki variasi terendah, kemudian kelompok I, dan kelompok II memiliki variasi tertinggi. Sedangkan untuk jenis operasi yang dilakukan variasi terkecil terjadi pada kelompok III, kelompok I memiliki variasi sedang, dan kelompok II memiliki variasi tertinggi.

**Tabel 6.6**

**Variasi Tindakan Rawat Inap Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	Pasien	Jenis OP	Jumlah Variasi	Jenis Variasi
I	3	DC	2	Operasi DC dan ganti verban
	10	LO+RB	2	Operasi laparaskopi operatif dan operasi repair buli
	11	DC + E	3	Laboratorium dan Operasi Dilatasi kuretase + ekstirpasi polip
II	2	HT	2	Injeksi dan ganti verban
	4	HD+LO	3	Operasi histereskopi diagnostik + laparaskopi operatif, dan pemeriksaan laboratorium
	5	TLH	3	Operasi total laparaskopi histerektomi, ganti verban, laboratorium
	6	HD+LO	4	Pasang infus, Operasi histereskopi diagnostik + laparaskopi operatif, dan pemeriksaan laboratorium
	7	HD+LO	3	Operasi histereskopi diagnostik + laparaskopi operatif, dan pemeriksaan laboratorium
III	1	M	1	Operasi miomektomi
	8	TLH	2	Operasi total histerektomi perlaparaskopi dan laboratorium
	9	HT + A	2	Operasi adhesiolisi dan laboratorium
	12	HT	2	Ganti verban dan laboratorium

Keterangan :

- Jenis OP : Jenis operasi yang digunakan pasien
- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *clinical pathway*
- Jenis variasi : Jenis tindakan di luar *clinical pathway*

Biaya yang dikeluarkan pada fase ini berbeda-beda antar kelompok. Pada kelompok I biaya yang dikeluarkan untuk operasi konvensional (K) lebih rendah dibandingkan dengan biaya standar yang ditentukan oleh CP. Dengan demikian, variasi yang dihasilkan bernilai negatif. Pada seluruh kelompok, pasien yang menggunakan jenis operasi konvensional selalu memiliki biaya yang lebih rendah dibandingkan dengan biaya operasi dengan alat canggih (AC) dengan kisaran tambahan biaya operasi alat canggih sebesar Rp 3.856.202 sampai dengan Rp 5.339.770.

Hampir seluruh pasien yang menggunakan operasi konvensional tidak mengeluarkan biaya tambahan untuk tahap ini. Hanya pasien 9 yang mengeluarkan biaya tambahan untuk operasi adhesiolisis. Sedangkan, untuk pasien dengan operasi alat canggih, seluruh pasien mengeluarkan biaya tambahan dengan kisaran Rp 2.221.700 sampai dengan Rp 5.550.000. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar biaya tambahan operasi alat canggih menjadi tanggungan peserta.

**Tabel 6.7**  
**Variasi Biaya Rawat Inap Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT**  
**Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	No. Pasien	Jenis OP	Biaya Standar (Rp)	Biaya Total (Rp)	Biaya Variasi (Rp)	Klaim Jamsostek (Rp)	Tanggung Peserta (Rp)
I	3	K	4.442.430	2.424.000	- 2.018.430	2.424.000	0
	10	AC	4.442.430	8.288.632	3.846.202	6.066.932	2.221.700
	11	K	4.442.430	3.205.356	- 1.237.074	3.205.356	0
<b>Rata-rata</b>			4.442.430	<b>4.639.329</b>	<b>196.900</b>	<b>3.898.762</b>	<b>2.221.700</b>
II	2	K	4.442.430	4.712.985	270.555	4.712.985	0
	4	AC	4.442.430	9.782.200	5.339.770	7.482.200	2.300.000
	5	AC	4.442.430	9.064.485	4.622.055	3.814.485	5.250.000
	6	AC	4.442.430	9.461.985	5.019.555	3.911.985	5.550.000
	7	AC	4.442.430	9.322.202	4.879.772	3.872.201	5.450.001
<b>Rata-rata</b>			4.442.430	<b>8.468.771</b>	<b>4.026.341</b>	<b>4.758.771</b>	<b>4.637.500</b>
III	1	K	4.442.430	5.811.000	1.368.570	5.811.000	0
	8	AC	4.442.430	9.819.674	5.376.254	4.269.674	5.550.000
	9	K	4.442.430	8.046.814	3.604.384	4.698.314	3.348.500
	12	K	4.442.430	5.583.776	1.141.346	5.583.776	0
<b>Rata-rata</b>			4.442.430	<b>7.315.316</b>	<b>2.877.138</b>	<b>5.090.691</b>	<b>4.449.250</b>
<b>Jumlah</b>				<b>85.523.109</b>	<b>32.212.959</b>	<b>55.852.908</b>	<b>29.670.201</b>

Keterangan:

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Jenis OP : Operasi yang digunakan untuk mengangkat mioma uteri pasien
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

Variasi biaya rata-rata antar kelompok juga memiliki perbedaan yang cukup mencolok. Kelompok II memiliki variasi biaya yang tertinggi, kelompok III memiliki variasi sedang, dan kelompok I memiliki variasi terendah.

#### 6.2.4 Variasi utilisasi dan biaya rawat inap pascaoperasi

##### a. Variasi rawat inap pascaoperasi dengan CP

Dalam *clinical pathway* diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati tahun 2006, perawatan setelah operasi berlangsung selama 4 hari. Tindakan yang dilakukan untuk 4 hari perawatan tersebut menurut standar *clinical pathway* setiap harinya sama, yaitu: visite dokter spesialis kandungan, tindakan dressing, dan



pemberian obat. Namun, kenyataannya lama perawatan dan tindakan yang dilakukan sangat beraneka ragam. Lama hari rawat setelah operasi yang terjadi mulai dari 1 hari sampai dengan 10 hari.

Variasi lama hari setelah operasi ini terjadi karena banyak hal. Menurut para informan, variasi ini terjadi diantaranya akibat adanya komplikasi dan jenis operasi yang digunakan. Menurut informan 1, komplikasi seperti perdarahan, ruptur buli, diabetes mellitus, hipertensi atau penyakit lainnya dapat memperpanjang perawatan pasca operasi. Jenis operasi seperti laparatomi dan histerektomi. Operasi histerskopi atau laparaskopi. Operasi dengan jenis kuretase. Hal ini juga di dukung oleh pernyataan informan 2 yang menyatakan bahwa:

*“Biasanya penyebabnya kalo ada komplikasi.. ya.. misalnya dia.. terjadi perdarahan... bisa kan? Kemudian dia terjadi komplikasi yang lain seperti cedera usus.. cedera vesika.. itu bisa lebih panjang.. seperti untuk operasi laparaskopi, karena luka kecil hanya 5 cm, penyembuhan lebih cepat”.*

Sehingga dapat disimpulkan bahwa variasi lama hari rawat menurut para informan ditentukan oleh jenis operasi dan penyakit penyuli/penyerta yang dialami pasien.

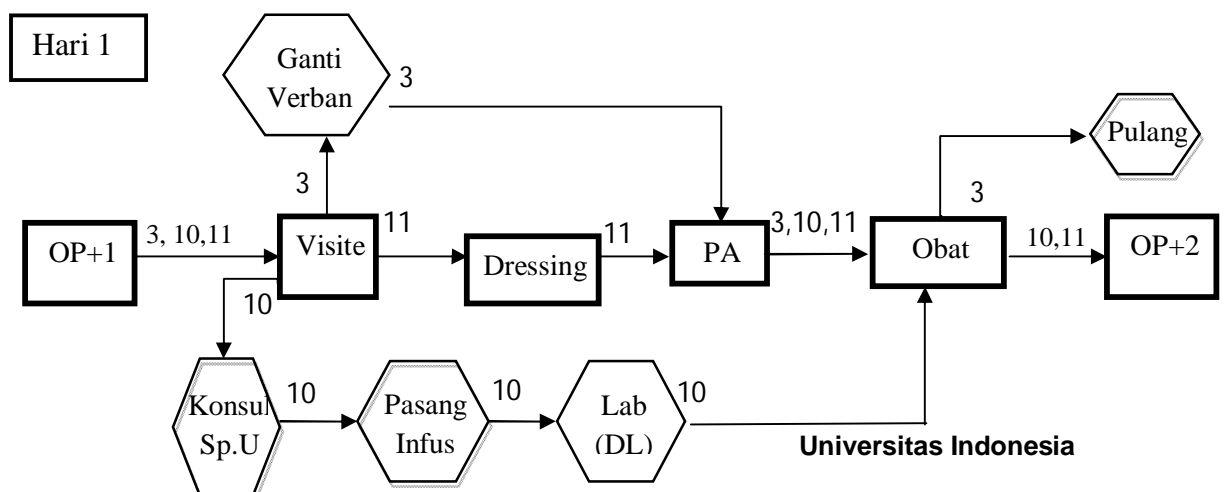
Karena tindakan yang dilakukan sangat bervariasi. Penjabaran hasil yang dilakukan langsung masuk pada pembahasan tindakan berkelompok.

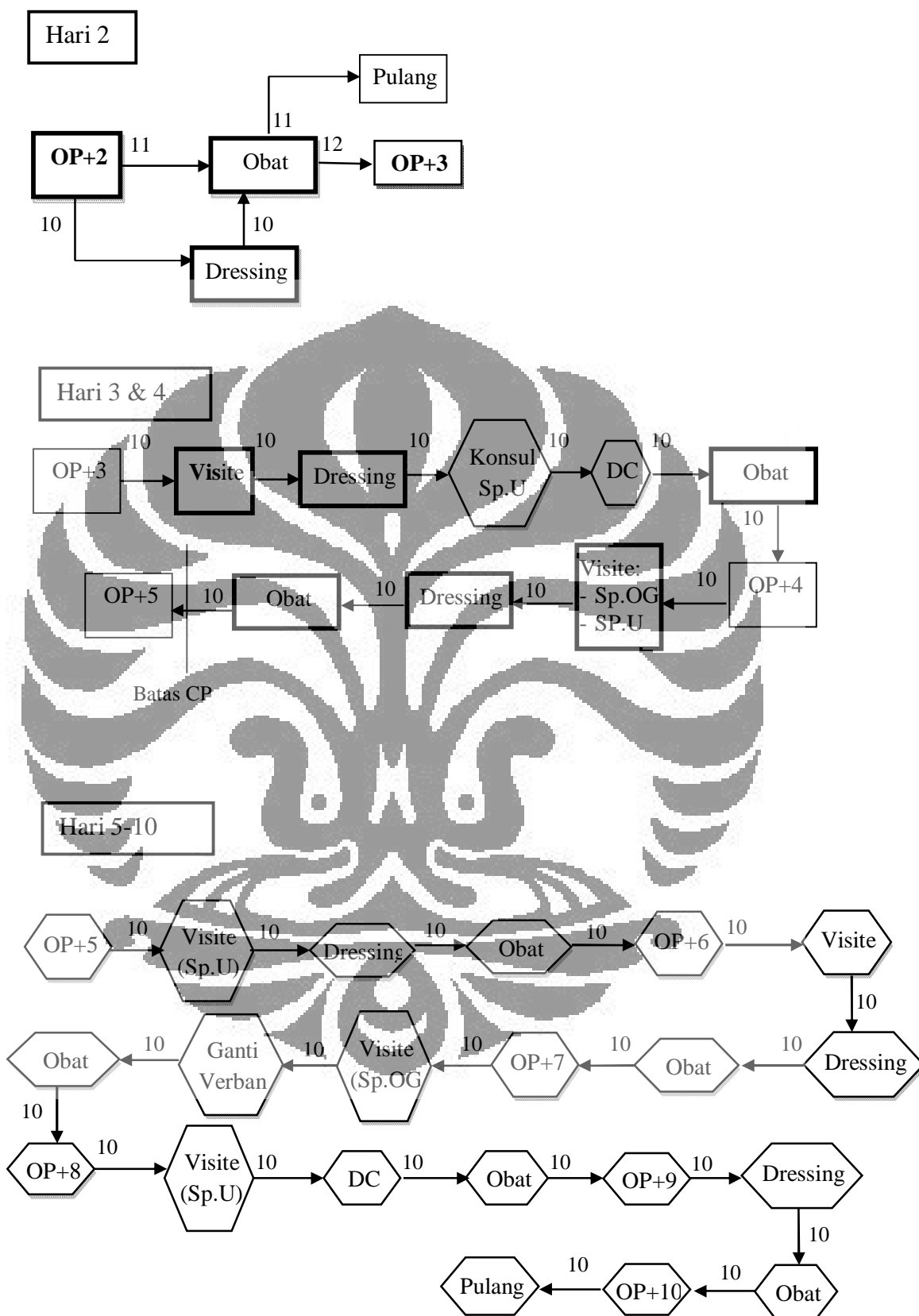
#### b. Variasi rawat inap pascaoperasi kelompok I

Pola pelayanan dan variasi yang terjadi pada kelompok I untuk tahapan perawatan setelah operasi dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 6.14

#### Pola Pelayanan Rawat Inap Pasca Operasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010





Keterangan:

3,10,11 = Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*

Dari gambar di atas, diketahui bahwa lama hari rawat setelah operasi pada kelompok I bervariasi dari 3 hari sampai dengan 10 hari. Pasien 3 sudah diperbolehkan pulang pada hari pertama setelah operasi. Jika dilihat dari komplikasi, pasien ini tidak memiliki komplikasi. Sedangkan jika dilihat dari jenis operasi yang dilakukan, pasien 3 mendapatkan operasi dilatasi kuretasi. Sehingga lama perawatan ini sesuai dengan pernyataan para informan.

Pasien 11 pulang pada hari ke dua setelah operasi. Pada pasien 11 dilakukan tindakan dilatasi kuretasi dan ekstirpasi polip. Lama perawatan ini sesuai dengan pernyataan para informan bahwa lama hari rawat pasien tersebut akan lebih cepat. Namun jika dibandingkan dengan pasien 3 yang mengalami operasi sejenis, pasien 11 mengalami hari rawat 1 hari lebih lama.

Pasien 10 mendapatkan perawatan pasca operasi selama 10 hari. Pasien 10 mendapatkan tindakan operasi laparaskopi operatif dan reparasi buli. Operasi reparasi buli merupakan operasi tambahan akibat terjadinya komplikasi saat operasi berupa cedera pada vesika saluran kemih. Hal ini menyebabkan pasien sempat mendapatkan perawatan intensif setelah operasi selama 4 hari. Selanjutnya setelah operasi pasien mengalami gangguan nyeri perut, sakit ketika buang air besar, dan buang air kecil, infeksi saluran kemih sehingga air kemih berwarna merah, dan nyeri pada luka operasi. Dengan demikian hari rawat setelah operasi menjadi bertambah. Menurut informan 1, pasien dengan gangguan vesika tersebut belum diizinkan pulang akibat belum dapat buang air kecil dengan baik, sehingga tambahan hari rawat harus dilakukan. Jadi, penambah hari rawat tersebut sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh informan 1. Sehingga total lama rawat pasien 10 menjadi 11 hari.

Pasien 10 mendapatkan tindakan konsul urologi. Keterangan mengenai konsul urologi didapatkan dari informan 2 yang menyatakan:

*“Kalo terjadi cedera ureter, kita baru sadar. Saat observasi lho kok urinnya ga keluar, mungkin saluran kencingnya keiket. Itu bisa kita lakukan.. ehm.. apa konsul. Tergantung kalo kasusnya misalnya ada kelainan di jantungnya dan kita baru tau setelah itu, kita konsul ke jantung..”*

Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat disimpulkan bahwa menurut informan tindakan-tindakan pada pasien 10 tersebut sesuai.

Hari ketiga hingga kesepuluh hanya pasien 10 yang masih dirawat. Pada hari ketiga dan keempat pasien mendapatkan visite dari dokter kandungan dan konsultasi kepada dokter spesialis urologi. Namun, mulai hari ke lima pasien tidak lagi dilakukan visit oleh dokter spesialis kandungan melainkan oleh dokter spesialis urologi. Tindakan pada hari ke tiga hingga hari ke sepuluh adalah visite dokter, dressing, pemberian obat, dan sesekali dilakukan *deur chateter*. Berdasarkan informasi yang dijabarkan dibagian sebelumnya, menurut informan tindakan ini sesuai untuk dilakukan.

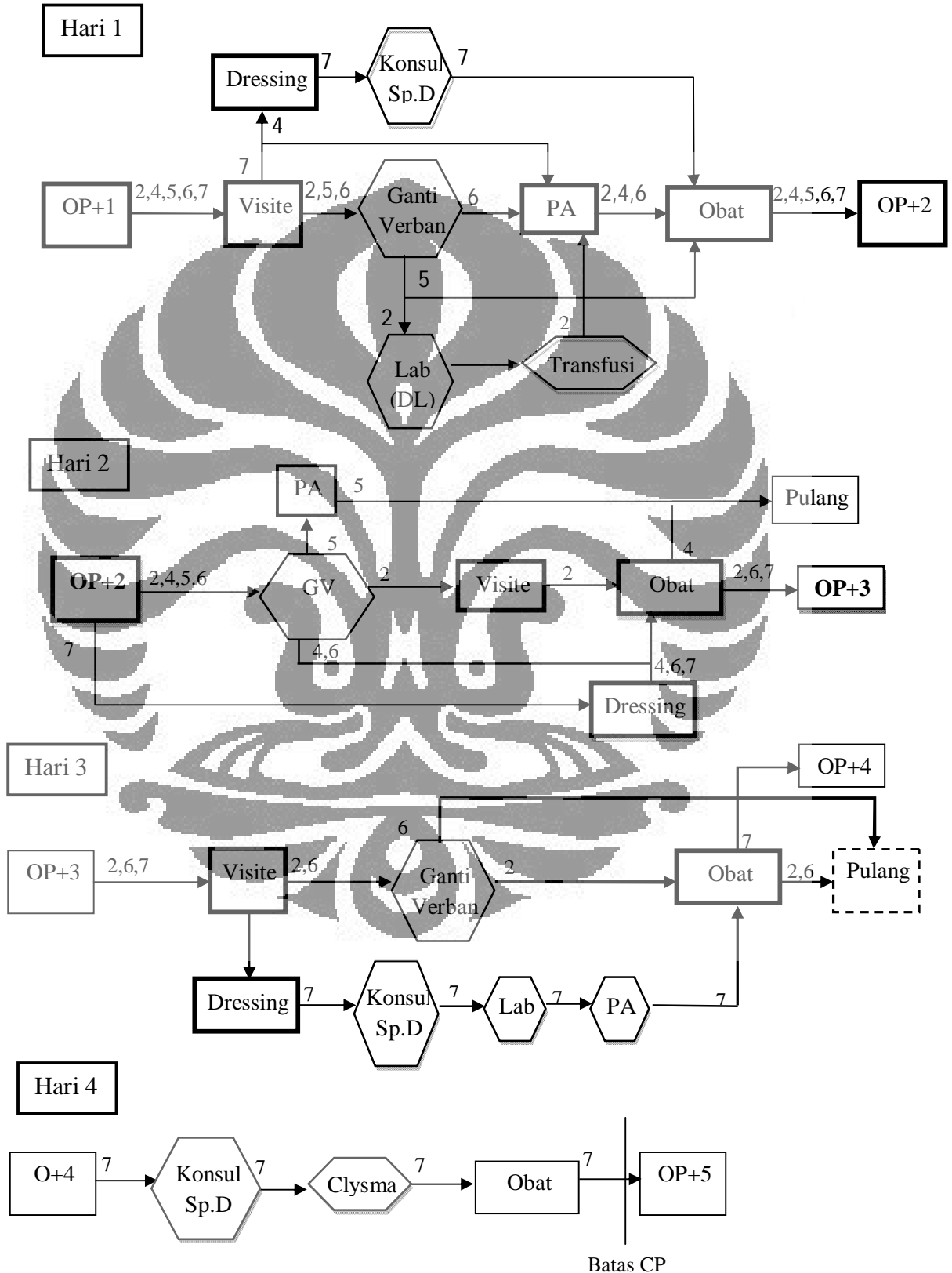
Dari penjabaran tindakan pada kelompok I ini, didapatkan kesimpulan bahwa lama hari rawat bervariasi. Pasien 3 memiliki 2 variasi dengan biaya Rp 1.367.700. Pasien 10 memiliki 19 variasi dengan biaya Rp 9.279.506. Dan Pasien 11 memiliki 1 variasi dengan biaya Rp 1.386.030.

### c. Variasi rawat inap pascaoperasi kelompok II

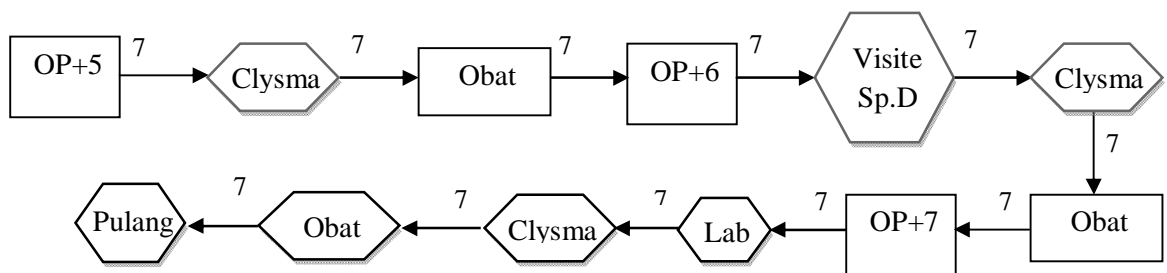
Pola layanan dan variasi kelompok II untuk tahap perawatan setelah operasi dapat dilihat dari gambar berikut ini:

Gambar 6.15

**Pola Pelayanan Rawat Inap Pasca Operasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Hari 5-7



Keterangan:

2,4,5,6,7

= Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*

Dari gambar di atas dapat kita ketahui bahwa lama perawatan setelah operasi bervariasi antara 2 hari sampai dengan 7 hari. Pasien 4 dan pasien 5, pulang pada hari ke dua setelah operasi. Pada Pasien 4 dan pasien 5 dilakukan operasi histereskopi diagnostik dan tidak memiliki komplikasi. Sehingga, lama hari rawat ini sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh para informan di atas. Total lama hari rawat pasien 4 dan 5 adalah 4.

Pasien 2 dan pasien 6 pulang pada hari ke tiga setelah operasi. Pasien 2 melakukan operasi histerektomi total, sedangkan pasien 6 melakukan operasi histereskopi diagnostik dan laparaskopi. Untuk pasien 2, lama hari rawat yang didapatkan pasien tersebut lebih lama karena jenis operasi yang digunakan adalah operasi konvensional. Hal ini sesuai dengan informasi yang dinyatakan oleh para informan. Sedangkan pada pasien 6, operasi yang dilakukan adalah operasi dengan alat canggih. Pada pasien 6 tidak ditemukan adanya komplikasi, sehingga lama hari rawat yang terjadi tidak sesuai dengan yang disampaikan para informan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa lama hari rawat pasien 2, sesuai dengan informasi dari informan. Sedangkan, lama hari rawat pasca operasi pasien 6 tidak sesuai. Dengan demikian total lama rawat pasien 2 dan pasien 6 adalah 5 hari.

Pasien 7 mendapatkan perawatan hingga hari ke tujuh pasca operasi. Pasien ini mendapatkan tindakan operasi histereskopi diagnostik dan laparaskopi operatif. Komplikasi yang terjadi pada pasien ini adalah hipertensi dan diabetes melitus. Berdasarkan komplikasi tersebut, menurut informan wajar jika terdapat tambahan hari rawat bagi pasien tersebut. Hal ini ditanggapi oleh informan 1 bahwa penambahan hari rawat sampai sebanyak itu dinilai berlebihan, karena pengobatan untuk hipertensi dan diabetes melitus bisa dilakukan dengan cara rawat jalan saja. Dengan demikian, total lama rawat pasien 7 adalah 12 hari.

Pada hari pertama, Pasien 2 melakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Pasien 7 melakukan konsultasi kepada dokter spesialis dalam. Pasien 2, pasien 5, dan pasien 6 melakukan tindakan ganti verban. Berdasarkan informasi yang dijabarkan di bagian sebelumnya, menurut para informan tindakan ini sesuai.

Pada hari kedua, pasien 2,4,5,6 mendapatkan tindakan ganti verban. Berdasarkan informasi yang dijabarkan di bagian sebelumnya, menurut para informan tindakan ini sesuai. Kemudian pada hari ini pasien 4 dan pasien 5 diperbolehkan pulang.

Pada hari ke tiga setelah operasi pasien 2 dan pasien 6 diperbolehkan pulang. Sedangkan pasien 7 mendapatkan kunjungan dari dokter spesialis dalam dan pemeriksaan laboratorium HBAIC, Kolesterol total, kolesterol HDL, kolesterol LDL, dan glukosa kurva harian. Pemeriksaan ini sesuai dengan kondisi penyulit dan penyerta pasien.

Pada hari ke empat sampai dengan hari ke tujuh, pasien mendapatkan visite dari dokter spesialis dalam. Tiap hari perawatan pasien mendapatkan tindakan clysm.

Dengan demikian, pasien 2 mengalami 6 jenis variasi dengan biaya Rp 4.075.685. Pasien 4 mengalami 2 variasi dengan biaya Rp Rp 4.613.300. Pasien 5 mengalami variasi 3 variasi dengan biaya Rp 5.467.700. Pasien 6 mengalami 4 variasi dengan biaya Rp 4.552.200. Dan pasien 7 mengalami 16 variasi dengan biaya Rp 6.367.851.

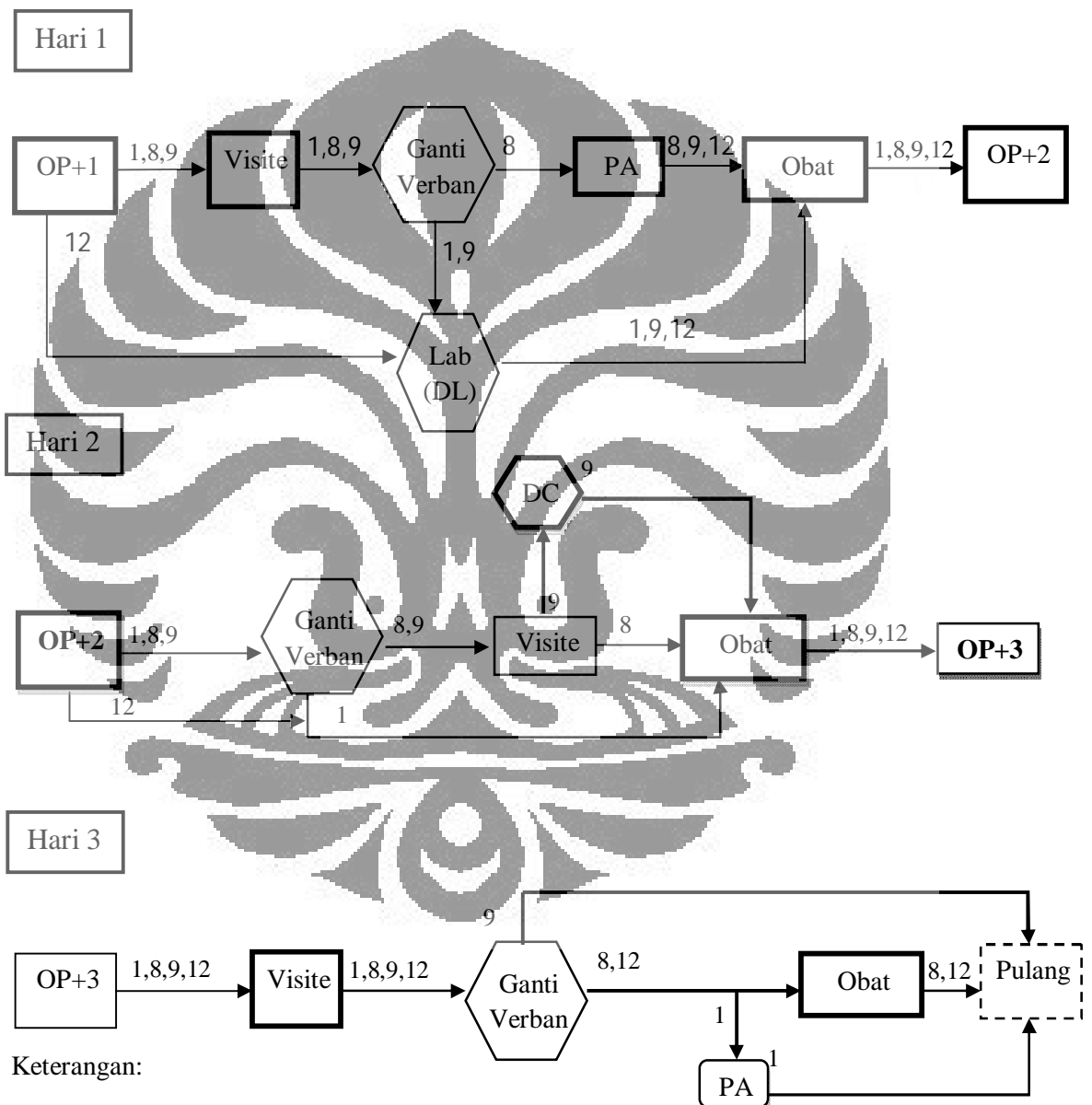
Dari penjabaran tindakan pada kelompok I ini, didapatkan kesimpulan bahwa lama hari rawat dan tindakan yang dilakukan bervariasi.

**d. Variasi rawat inap pascaoperasi kelompok III**

Pola layanan dan variasi kelompok III untuk tahap perawatan setelah operasi dapat dilihat dari gambar berikut ini:

**Gambar 6.16**

**Pola Pelayanan Rawat Inap Pasca Operasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

1,8,9,12 = Nomor Pasien

X = Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*

X = Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway*



Dari gambar tersebut dapat diketahui bahwa lama hari rawat pada seluruh pasien ini tidak bervariasi yaitu 3 hari. Pasien 1, pasien 8, pasien 9 dan pasien 12 pulang pada hari ke tiga setelah operasi. Pasien 1 melakukan operasi miomektomi, pasien 8 melakukan total histerektomi laparaskopi dan laparaskopi operatif, pasien 9 melakukan operasi histerektomi dan adhesiolisis, dan pasien 12 melakukan operasi histerektomi. Untuk pasien 1, pasien 9, dan pasien 12 lama hari rawat yang didapatkan pasien tersebut lebih lama. Jika dibandingkan dengan jenis operasi konvensional, hal ini sesuai dengan informasi yang dinyatakan oleh para informan.

Pada hari pertama perawatan pasien 8 dan 9 memiliki jenis tindakan yang kurang lebih sama dan sesuai dengan CP. Namun, pasien 1, pasien 9, dan pasien 12 mendapatkan tambahan tindakan berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Berdasarkan informasi yang telah diuraikan sebelumnya, tindakan tersebut sesuai dengan pernyataan para informan.

Pada hari kedua tindakan yang dilakukan kurang lebih sama yaitu visit dokter kandungan, pengantin verbal, dan pemberian obat. Namun pada pasien 12 hanya diberikan obat dan pada pasien 9 dilakukan tindakan *deur chateter*. Tindakan pada hari ketiga juga kurang lebih sama. hanya saja pasien 9 tidak lagi diberikan obat-obatan. Kemudian, pasien diperbolehkan pulang.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tindakan perawatan pasca operasi pada kelompok III memiliki variasi yang sangat sedikit. Pasien 1 memiliki 5 variasi dengan biaya Rp 4.154.100. Pasien 8 memiliki 4 variasi dengan biaya Rp Rp 4.078.717. Pasien 9 memiliki 5 variasi dengan biaya Rp 5.827.914. Dan pasien 12 memiliki 3 variasi dengan biaya Rp 4.231.483. Dengan demikian, semakin banyak variasi tindakan, maka biaya yang dibutuhkan semakin tinggi.

Lama hari rawat kelompok III seluruhnya sama, hal ini tidak sesuai dengan jenis operasi yang digunakan.

#### **e. Variasi rawat inap pasca operasi antar kelompok**

Dari pembahasan di atas, didapatkan hasil bahwa pasien dengan variasi tertinggi dan terendah ada pada kelompok I. Berdasarkan lama hari rawat, variasi pada pasien normal dari yang terendah hingga tertinggi berturut-turut adalah

kelompok I, kelompok III, dan kelompok II. Jika dibandingkan dengan jenis operasi yang dilakukan lama hari rawat operasi dengan alat canggih (AC) hanya berbeda sehari atau bahkan sama dengan pasien dengan operasi konvensional (K).

**Tabel 6.8**  
**Variasi Tindakan Rawat Inap Pascaoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	Pasien	LOS	Jenis OP	Jumlah Variasi
I	3	1	K	2
	10	10	AC	19
	11	2	K	1
II	2	3	K	6
	4	2	AC	2
	5	2	AC	3
	6	3	AC	4
	7	7	AC	16
III	1	3	K	5
	8	3	AC	4
	9	3	AC	5
	12	3	AC	3

Keterangan :

- LOS : (*Length of Stay*) Lama hari rawat
- Jenis OP : Jenis operasi yang digunakan pasien
- K : Jenis operasi konvensional
- AC : Jenis Operasi dengan alat canggih

Semakin lama hari rawat, maka biaya yang dikeluarkan juga semakin besar (lihat tabel 6.9). Hal ini sejalan dengan jumlah variasi tindakan yang terjadi. Variasi biaya yang terjadi pada fase ini banyak yang lebih rendah dari biaya standar yang ditentukan *Clinical Pathway* sehingga bernilai negatif. Biaya untuk tahap ini sebagian besar ditanggung oleh PT Jamsostek (Persero) dan hanya separuh pasien yang mengeluarkan biaya pada tahap ini. Perlu diketahui, perhitungan biaya terpisah dari biaya obat.

**Tabel 6. 9**  
**Variasi Biaya Rawat Inap Pascaoperasi non-Obat Diagnosa Mioma Uteri**  
**Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Kel	No. Pasien	LOS	Biaya Standar (Rp)	Biaya Total (Rp)	Biaya Variasi (Rp)	Klaim Jamsostek (Rp)	Tanggungsan Peserta (Rp)
I	3	1	1.470.000	652.000	- 818.000	652.000	0
	10	10	1.470.000	3.279.206	1.809.206	3.279.206	0
	11	2	1.470.000	916.330	- 553.670	916.330	0
II	2	3	1.470.000	1.725.985	255.985	1.580.985	145000
	4	2	1.470.000	841.100	- 628.900	841.100	0
	5	2	1.470.000	1.109.600	- 360.400	964.600	145.000
	6	3	1.470.000	1.288.100	- 181.900	1.039.600	248.500
	7	7	1.470.000	1.922.851	452.851	1.230.551	443.800
III	1	3	1.470.000	1.334.800	- 135.200	1.334.800	0
	8	3	1.470.000	1.471.017	1.017	1.471.017	0
	9	3	1.470.000	1.709.514	239.514	1.430.414	306.100
	12	3	1.470.000	1.088.383	- 381.617	943.383	145.000
<b>TOTAL</b>			<b>17.338.886</b>	<b>-301.114</b>	<b>15.683.986</b>	<b>1.433.400</b>	

Keterangan:

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *Clinical Pathway*
- LOS : (*Length of Stay*) Lama hari rawat
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

**Tabel 6.10**  
**Variasi Biaya Obat Rawat Inap Berdasarkan Jenis Operasi dan Pembayar**  
**Kasus Operasi Mioma Uteri Peserta PT Jamsostek (Persero)**  
**Tahun 2008-2010**

Jenis Operasi	Penyulit	Biaya Obat (Rp)	Klaim Jamsostek		Tanggungans Peserta	
			Rp	%	Rp	%
Konvensional	-	2.349.700	1.541.300	65	808.400	35
	Kista Dermoid	715.700	534.400	75	181.300	25
	Endometriosis	469.700	290.400	62	179.300	38
	Adenomiosis	2.819.300	1.334.200	47	1.485.100	53
	Adhesiolisis	4.118.400	2.053.800	50	2.064.600	50
	Anemia	3.143.100	2.198.100	70	945.000	30
	<b>Rata-Rata</b>	<b>2.269.316</b>	<b>1.325.366</b>	<b>62</b>	<b>943.950</b>	<b>38</b>
Alat canggih	-	3.772.200	2.989.800	80	782.400	20
	-	4.358.100	2.550.800	59	1.807.300	41
	Endometriosis	3.264.100	2.588.100	79	676.000	21
	Adenomiosis	2.607.700	1.011.700	39	1.596.000	61
	HT, DM, Dispepsia, kista, dislipidemia, adenomiosis	4.444.500	2.621.100	59	1.823.900	41
	Cedera buli	6.000.300	2.605.500	43	3.394.800	57
	<b>Rata-rata</b>	<b>4.074.483</b>	<b>2.444.689</b>	<b>60</b>	<b>1.636.570</b>	<b>40</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>38.062.800</b>	<b>22.319.200</b>	<b>59</b>	<b>15.744.100</b>	<b>41</b>

**Keterangan :**

- Penyulit : Penyakit selain mioma uteri yang diderita pasien
- Biaya Obat : Total biaya obat yang dibutuhkan selama rawat inap
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungans peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa biaya obat dan alat kesehatan yang dikeluarkan untuk pasien yang menggunakan operasi konvensional lebih rendah (Rp 2.269.316) dibandingkan dengan biaya obat dan alat kesehatan untuk operasi alat canggih (Rp 4.074.483), yaitu lebih besar sekitar 2 kali lipat pada biaya rata-rata. Prosentase biaya yang dijamin oleh PT Jamsostek Persero dengan yang harus ditanggung pasien tidak jauh berbeda. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa biaya untuk operasi alat canggih lebih tinggi dan peningkatan biaya tersebut ditanggung secara proporsional oleh PT Jamsostek (Persero) dengan peserta.

## 6.2.5 Variasi utilisasi dan biaya rawat jalan pascaoperasi

### a. Variasi rawat jalan pascaoperasi dengan CP

Berdasarkan *clinical pathway* diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati tahun 2006 tidak ada lagi tindakan setelah perawatan inap. Namun, pada kenyataannya semua pasien melakukan konsultasi kembali kepada dokter spesialis setelah perawatan. Menurut informan, hal ini dilakukan karena

“Normalnya misalnya dia operasi miomektomi, seminggu lagi dikontrol di liat lukanya gimana, jahitannya gimana.. kalo jahitannya masih basah perlu kontrol seminggu lagi apaka jahitannya itu akan kering dalam seminggu.”

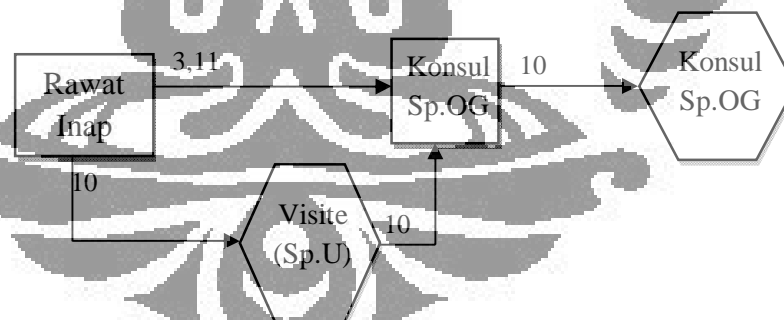
Akibat tidak adanya tindakan pasca rawat inap pada *clinical pathway*, seluruh tindakan yang terjadi setelah itu merupakan kejadian variasi.

### b. Variasi rawat jalan pascaoperasi pada kelompok I

Pola pelayanan dan variasi rawat jalan pasca operasi pada kelompok I dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Gambar 6.17

**Pola Pelayanan Rawat Jalan Setelah Operasi Kelompok I Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

3,10,11 = Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* dan hanya beberapa pasien yang melakukan

Pasien 3 dan pasien 11 cukup melakukan konsultasi sebanyak 1 kali kepada dokter spesialis kebidanan. Sedangkan pasien 10 terlebih dahulu harus melakukan konsultasi spesialis urologi dan dua kunjungan kepada dokter spesialis kebidanan.

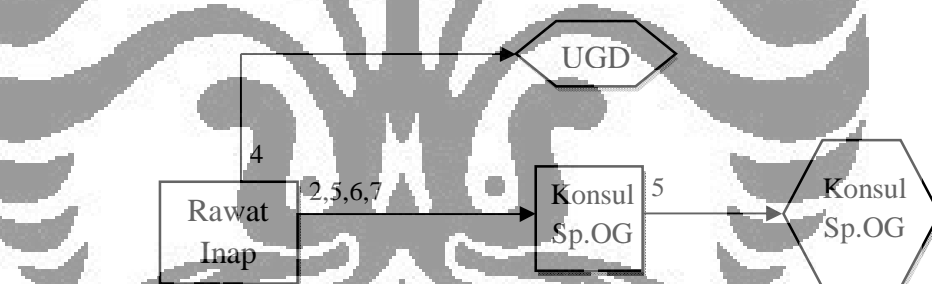
Dengan demikian, pada pasien 3 dan 11 tidak terjadi variasi. Biaya untuk pasien 3 sebesar Rp 65.000, sedangkan biaya untuk pasien 11 sebesar Rp 120.000. Pasien 1 mengalami 1 variasi dengan biaya Rp 189.600.

### c. Variasi rawat jalan pascaoperasi kelompok II

Pola pelayanan dan variasi rawat jalan pasca operasi pada kelompok I dapat dilihat pada gambar berikut ini:

**Gambar 6.18**

**Pola Pelayanan Rawat Jalan Setelah Operasi Kelompok II Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Keterangan:

2,4,5,6,7

= Nomor Pasien



= Tindakan yang termasuk dalam *Clinical Pathway*



= Tindakan yang tidak termasuk dalam *Clinical Pathway* dan hanya beberapa pasien yang melakukan

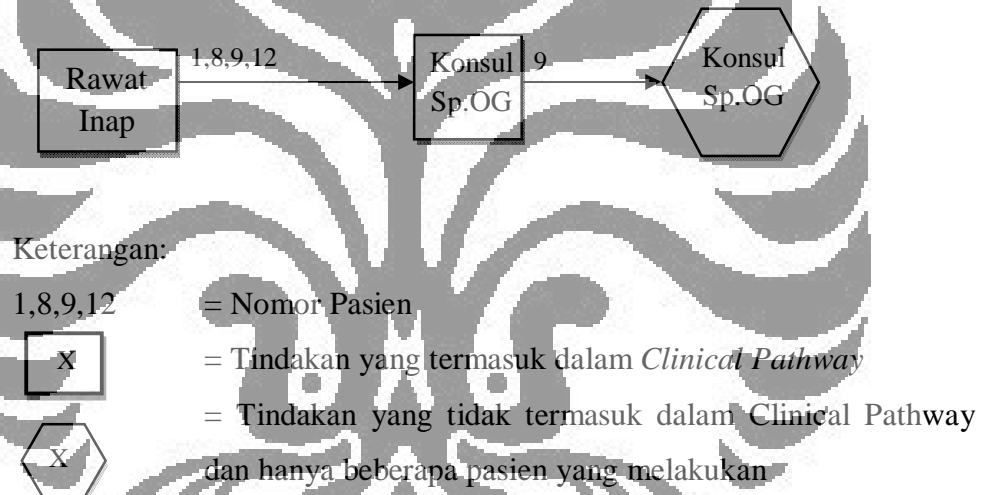
Pada kelompok II, variasi yang terjadi cukup bervariasi. Pasien 2,6,7 cukup melakukan pemeriksaan 1 kali kepada dokter spesialis kebidanan. Pasien 5 melakukan konsultasi 2 kali kepada dokter spesialis kebidanan. Sedangkan pasien 4 membutuhkan perawatan di unit gawat darurat RSUP Fatmawati.

Dengan demikian pasien 2 tidak mengalami variasi dengan biaya Rp 64.000. Pasien 4 mengalami 1 variasi dengan biaya Rp 326.500. Pasien 5 mengalami 1 variasi dengan biaya Rp 128.000. Pasien 6 dan pasien 7 tidak mengalami variasi dengan biaya Rp 65.000.

#### d. Variasi rawat jalan pascaoperasi kelompok III

Pola pelayanan dan variasi rawat jalan pasca operasi pada kelompok I dapat dilihat pada gambar berikut ini:

**Gambar 6.19**  
**Pola Pelayanan Rawat Jalan Setelah Operasi Kelompok III Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**



Pada kelompok III, variasi yang terjadi tidak banyak. Pasien 1,8,12 cukup melakukan pemeriksaan 1 kali kepada dokter spesialis kebidanan. Sedangkan pasien 9 membutuhkan perawatan di unit gawat darurat RSUP Fatmawati. Berdasarkan informasi yang disampaikan di atas, menurut informan tindakan ini sesuai.

Dengan demikian pasien 1 dan pasien 8 tidak memiliki variasi dengan biaya Rp 64.000. Pasien 9 memiliki 1 variasi dengan biaya Rp 128.000. Dan Pasien 12 tidak memiliki variasi dengan biaya Rp 120.000.

### e. Variasi rawat jalan pascaoperasi antar kelompok

Variasi pada rawat jalan pasca operasi pada kelompok III dan kelompok I memiliki variasi yang rendah. Sedangkan, variasi tertinggi ada pada kelompok II. Penambahan variasi tindakan ini sejalan dengan tambahan variasi biaya yang dibutuhkan. Berikut adalah variasi rawat jalan pascaoperasi pada seluruh pasien:

**Tabel 6.11**  
**Variasi Biaya dan Tindakan Rawat Jalan Pascaoperasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

	Pasien	Jumlah Variasi	Jenis Variasi	Biaya Standar	Variasi Biaya
Kelompok I	3	1	Sp.OG	-	Rp 65.000
	10	2	Sp.OG, Sp.U	-	Rp 189.600
	11	1	Sp.OG	-	Rp 120.000
Kelompok II	2	1	Sp.OG	-	Rp 64.000
	4	2	Sp.OG, UGD	-	Rp 326.500
	5	3	Sp.OG	-	Rp 128.000
	6	2	Sp.OG	-	Rp 64.000
Kelompok III	7	1	Sp.OG	-	Rp 65.000
	1	1	Sp.OG	-	Rp 64.000
	8	1	Sp.OG	-	Rp 64.000
	9	2	Sp.OG	-	Rp 128.000
	12	1	Sp.OG	-	Rp 120.000
<b>TOTAL</b>					<b>Rp. 1.398.100</b>

Keterangan :

- Jumlah variasi : Banyaknya tindakan di luar *clinical pathway*
- Jenis variasi : Jenis tindakan di luar *clinical pathway*
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan *clinical pathway*
- Variasi biaya : Jumlah biaya di luar biaya *clinical pathway*

### 6.2.6 Variasi Utilisasi dan Biaya Total

Variasi utilisasi dan biaya total pada masing-masing kelompok dan seluruh pasien perlu dibandingkan dengan penyulit, lama rawat, serta jenis operasi yang digunakan. Hal ini penting diketahui untuk menggambarkan bagaimana variasi ini terjadi berdasarkan ke empat faktor tersebut. Lihat tabel 6.6.

Pasien yang tidak memiliki penyulit, memiliki variasi yang hampir sama dengan pasien yang memiliki penyulit/penyerta penyakit rahim. Sedangkan,



pasien yang memiliki penyulit/penyerta di luar penyakit rahim memiliki variasi yang jauh lebih tinggi.

**Tabel 6.12**  
**Variasi Tindakan Total Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

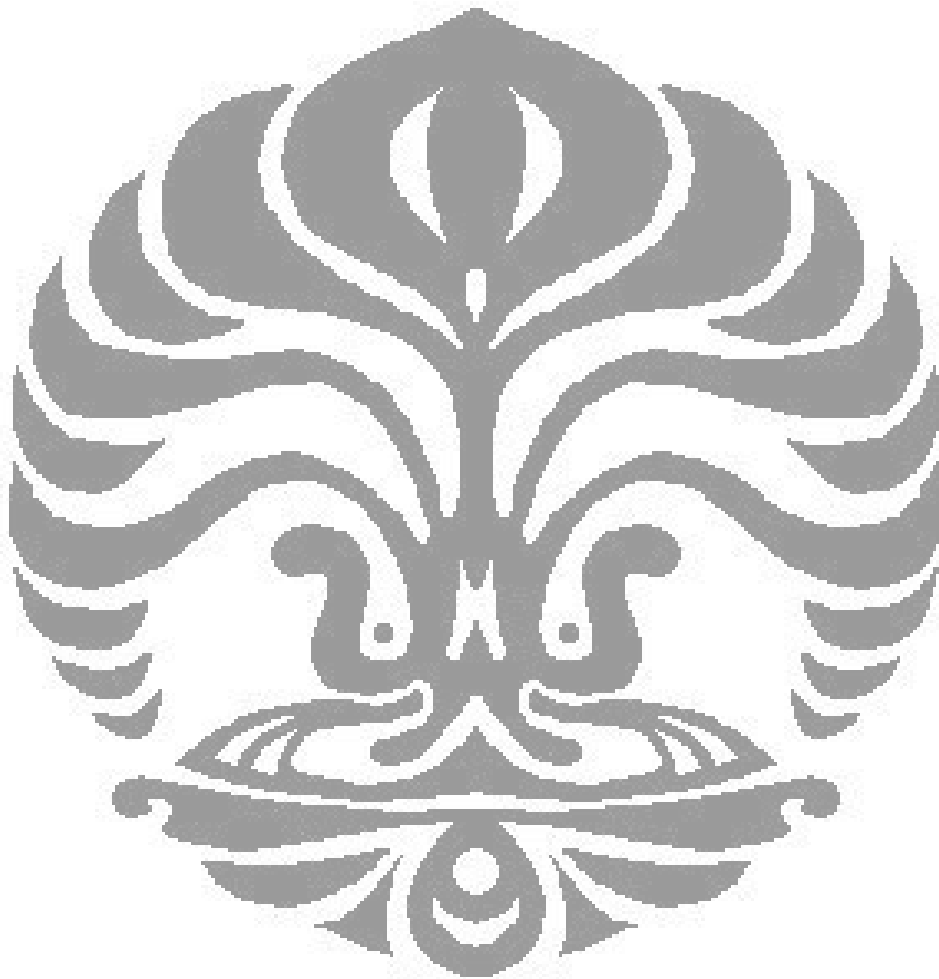
Kelompok	Pasien	Penyulit/ penyerta	Jenis operasi	LOS	Jumlah Variasi
I	3	Kista dermoid	K	3	4
	10	Cedera buli	AC	12	27
	11	Endometriosis	K	4	11
II	2	-	K	5	10
	4	-	AC	4	9
	5	-	AC	4	11
	6	Polip endometriosis	AC	5	13
	7	HT, DM, polip, kista, dislipidemia, adenomiosis	AC	12	39
	1	Adenomiosis	K	5	9
III	8	Adenomiosis	AC	5	14
	9	Perlekatan	K	5	12
	12	Anemia	K	5	13

Keterangan :

- Penyulit : Penyakit lain yang diderita pasien selain mioma uteri
- Jenis operasi : Operasi yang digunakan untuk menghilangkan mioma uteri
- LOS : (*Length of Stay*) Lama hari rawat
- Jumlah variasi : Jumlah tindakan yang dilakukan di luar *clinical pathway*

Biaya total yang dikeluarkan untuk kedua belas pasien ini sebesar Rp 162.096.713. Biaya yang ditanggung peserta sebesar Rp 51.452.029, sedangkan yang ditanggung PT Jamsostek (Persero) dari total biaya tersebut adalah sebesar Rp 110.404.184. Total penanggung PT Jamsostek (Persero) atas kedua belas pasien tersebut sangat besar karena hal ini setara dengan pengeluaran rawat jalan untuk sekitar 1000 jenis utilisasi perbulannya. Variasi biaya yang terjadi pada kasus ini sebesar Rp 76.977.877 atau hampir 48% dari total pengeluaran untuk pengobatan penyakit tersebut. Selain itu, variasi biaya yang terjadi ini mencakup pengeluaran untuk tindakan overutilisasi yang dilakukan rumah sakit.

Variasi biaya yang terjadi pada biaya total ini sangat bervariasi (lihat tabel 6.13). Biaya total dan variasi tertinggi terjadi pada kelompok II, variasi sedang terjadi pada kelompok III, dan variasi terendah terletak pada kelompok I. Rata-rata pengeluaran PT Jamsostek untuk setiap pasien kurang lebih sama. Namun, biaya yang ditanggung pasien memiliki variasi. Dengan demikian, penambahan biaya yang terjadi akibat variasi yang terjadi cenderung menjadi tanggungan peserta.



**Tabel 6.13**  
**Variasi Biaya Total Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

<b>Kel</b>	<b>No. Pasien</b>	<b>Penyulit/ penyerta</b>	<b>Biaya Standar (Rp)</b>	<b>Biaya Total (Rp)</b>	<b>Biaya Variasi (Rp)</b>	<b>Klaim Jamsostek (Rp)</b>	<b>Tanggungans Peserta (Rp)</b>
<b>I</b>	3	Kista dermoid	7.014.430	5.122.700	-1.891.730	4.623.400	500.300
	10	Cedera buli	7.014.430	19.340.889	11.563.970	13.724.388	5.616.500
	11	Endometriosis	7.014.430	6.851.312	959.930	6.465.012	365.800
<b>Rata-rata</b>			<b>7.014.430</b>	<b>10.438.300</b>	<b>3.5440.056</b>	<b>8.270.900</b>	<b>2.160.866</b>
<b>II</b>	2	-	7.014.430	10.347.970	3.333.540	8.740.542	1.607.428
	4	-	7.014.430	15.685.500	8.671.070	12.516.100	3.169.400
	5	-	7.014.430	16.623.970	9.609.540	8.605.270	8.018.700
	6	Polip endometriosis	7.014.430	15.489.385	8.474.955	8.642.285	6.847.100
	7	HT, DM, polip, kista, dislipidemia, adenomiosis	7.014.430	18.045.353	11.030.923	8.373.352	9.423.501
<b>Rata-rata</b>			<b>7.014.430</b>	<b>15.238.436</b>	<b>8.278.605</b>	<b>9.375.497</b>	<b>5.813.226</b>
<b>III</b>	1	Adenomiosis	7.014.430	11.286.100	4.271.670	9.570.000	1.716.600
	8	Adenomiosis	7.014.430	16.311.827	9.007.719	8.943.327	7.377.500
	9	Perlekatan	7.014.430	15.503.578	8.201.670	9.811.378	5.719.200
	12	Anemia	7.014.430	11.488.129	3.744.620	10.389.130	1.090.000
<b>Rata-rata</b>			<b>7.014.430</b>	<b>13.647.409</b>	<b>6.306.420</b>	<b>9.678.459</b>	<b>1.090.000</b>
<b>TOTAL</b>			<b>7.014.430</b>	<b>162.096.713</b>	<b>76.977.877</b>	<b>110.404.184</b>	<b>51.452.029</b>

## Keterangan:

- Penyulit : Penyakit lain selain mioma uteri yang diderita pasien
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

Berdasarkan tabel 6.14, dapat diketahui bahwa total biaya dan variasi biaya pelayanan operasi alat cangguh sangat tinggi dibandingkan dengan operasi konvensional. Dengan kisaran variasi  $\pm$  Rp. 6.000.000. Jika dibandingkan dengan proporsi penanggung, operasi alat cangguh menambahkan biaya kepada PT Jamsostek (Persero) dan pasien dengan proporsi penambahan penanggung pasien 3 kali lebih besar. Berdasarkan data rekam medik, *outcome* jangka pendek pascaoperasi tidak berbeda pada kedua kelompok tersebut. Dengan demikian, pemilihan operasi konvensional terlihat lebih efisien baik dari sisi peserta maupun sisi PT Jamsostek (Persero).

Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa pasien pada kelompok II cenderung melakukan operasi dengan alat cangguh. Sedangkan kelompok I dan kelompok III cenderung melakukan operasi dengan konvensional. Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa pada kelompok I dokter yang cenderung melakukan operasi alat cangguh adalah dokter E. Pada kelompok II, dokter yang cenderung melakukan operasi dengan alat cangguh adalah dokter D, C, A, E. Dan pada kelompok III, dokter yang cenderung melakukan operasi dengan alat cangguh adalah dokter G

Tabel 6.14

**Variasi Biaya dan Dokter Berdasarkan Jenis Operasi Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek (Persero) di RSUP Fatmawati Tahun 2008-2010**

Jenis OP	Kel	Dokter	Biaya Standar (Rp)	Biaya Total (Rp)	Biaya Variasi (Rp)	Klaim Jamsostek (Rp)	Tanggungan Peserta (Rp)
Konvensional	I	C	7.014.430	5.122.700	-1.891.730	4.623.400	500.300
		I	7.014.430	6.851.312	959.930	6.465.012	365.800
	II	B	7.014.430	10.347.970	3.333.540	8.740.542	1.607.428
		A	7.014.430	11.286.100	4.271.670	9.570.000	1.716.600
	III	H	7.014.430	15.503.578	8.201.670	9.811.378	5.719.200
		J	7.014.430	11.488.129	3.744.620	10.389.130	1.090.000
		<b>Rata-rata</b>	<b>7.014.430</b>	<b>10.099.965</b>	<b>3.103.283</b>	<b>8.266.577</b>	<b>1.833.221</b>
Alat Canggih	I	E	7.014.430	19.340.889	11.563.970	13.724.388	5.616.500
		D	7.014.430	15.685.500	8.671.070	12.516.100	3.169.400
	II	E	7.014.430	16.623.970	9.609.540	8.605.270	8.018.700
		A	7.014.430	15.489.385	8.474.955	8.642.285	6.847.100
		F	7.014.430	18.045.353	11.030.923	8.373.352	9.423.501
	III	G	7.014.430	16.311.827	9.007.719	8.943.327	7.377.500
			<b>Rata-rata</b>	<b>7.014.430</b>	<b>16.916.154</b>	<b>9.726.363</b>	<b>10.134.120</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>7.014.430</b>	<b>162.096.713</b>	<b>76.977.877</b>	<b>110.404.184</b>	<b>51.452.029</b>

## Keterangan:

- Jenis OP : Operasi yang digunakan untuk menghilangkan mioma uteri
- Dokter : Kode dokter yang menangani pasien
- Biaya standar : Biaya yang dikeluarkan berdasarkan standar *clinical pathway*
- Biaya total : Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk tahap tersebut
- Biaya variasi : Biaya yang dikeluarkan atas tindakan di luar *Clinical Pathway*
- Klaim Jamsostek : Biaya yang ditagihkan kepada PT Jamsostek (Persero)
- Tanggungan Peserta : Biaya yang ditagihkan kepada peserta

Hampir seluruh dokter menangani satu pasien dalam kasus ini, hanya pasien A dan E yang menangani 2 pasien. Dokter A menangani salah satu pasien dengan alat canggih, dan pasien yang lain dengan alat konvensional. Kondisi pasien 1 dan pasien 6 yang ditangani dokter A sebenarnya tidak jauh berbeda. Sebenarnya kedua pasien dapat dilakukan operasi dengan metode yang sama. Namun, pada operasi pasien 6, dokter A menggunakan 2 jenis operasi alat canggih yang sesuai dengan kebutuhan pasien tetapi memiliki dampak yang sangat besar terhadap biaya.

Dokter E menangani pasien 5 dan pasien 11. Pasien 11 merupakan satu-satunya pasien di kelompok I yang menggunakan operasi alat canggih dan kemudian mengalami cedera. Sedangkan, pada pasien 5 dokter melakukan operasi histerektomi total dengan menggunakan alat canggih.

## BAB VII

### PEMBAHASAN

#### 7.1 Keterbatasan Penelitian

- 1) Penelitian ini tidak membahas secara detail mengenai obat dan alat kesehatan akibat tidak didapatkannya data rinci kedua jenis tindakan tersebut. Sehingga, data obat dan alat kesehatan yang digunakan adalah biaya total yang dikeluarkan untuk utilisasi tersebut. Padahal apabila data ini bisa didapatkan, akan semakin banyak tindakan yang bisa dievaluasi.
- 2) Jumlah kasus yang diteliti pada penelitian ini sedikit sehingga tidak dapat digunakan untuk mewakili seluruh kasus operasi mioma uteri yang ada di RSUP Fatmawati.
- 3) Hasil wawancara tidak seluruhnya dapat menjawab penyebab terjadinya tindakan kasus perkusus akibat keterbatasan waktu wawancara yang dimiliki oleh responden, sehingga jawaban yang diberikan lebih bersifat general.

#### 7.2 Variasi Utilisasi dengan *Clinical Pathway*

*Clinical Pathway* merupakan alat yang digunakan untuk menurunkan variasi, menurunkan penggunaan sumber daya, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Every, 2000). CP dikembangkan untuk membantu para dokter mengambil keputusan dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Namun kenyataannya CP mioma uteri RSUP Fatmawati belum bisa dijadikan pedoman karena masih banyak variasi dengan tindakan yang dilakukan. Menurut Aida (2006), variasi dari CP terjadi akibat 3 faktor, yaitu: terkait pasien, terkait sistem, dan terkait dokter yang menangani. Peninjauan terhadap ketiga faktor ini diperlukan untuk mengetahui lebih lanjut penyebab variasi dan apakah diperlukannya perubahan CP yang diberlakukan.

Variasi terkait pasien terjadi akibat adanya variasi jenis mioma, ukuran dan jumlah mioma, serta penyulit/penyerta pada masing-masing

pasien. Hal ini terbukti terjadi pada penelitian ini. Semakin kompleks penyulit/penyerta yang dialami pasien menyebabkan variasi yang dilakukan semakin tinggi. Namun, variasi ini adalah variasi yang pasti terus terjadi dan merupakan sasaran perbaikan dalam pembentukan CP itu sendiri.

Kedua, variasi terkait sistem dalam CP itu sendiri. Berdasarkan Buku Pedoman *Clinical Pathway* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementrian Kesehatan RI (2006) CP harus dibuat berdasarkan pedoman-pedoman pelayanan kesehatan yang disederhanakan dan digabungkan serta diintegrasikan dengan rekam medis pasien. Sedangkan, CP mioma uteri RSUP Fatmawati dibuat hanya berdasarkan pedoman-pedoman pelayanan medis seperti standar pelayanan minimal dan prosedur tetap yang telah dibuat sebelumnya tanpa memperhatikan rekam medis yang merupakan cerminan tindakan yang dilakukan kepada pasien. Sehingga, CP yang dihasilkan tidak sesuai dengan jenis tindakan dan waktu pelayanan di lapangan.

Sosialisasi merupakan aktivitas komunikasi yang bertujuan untuk menciptakan perubahan pengetahuan, sikap, mental, dan perilaku khalayak sasaran terhadap ide pembaruan (inovasi) yang ditawarkan (Sugiyana, 2008). Dengan sosialisasi, seluruh petugas kesehatan akan memahami maksud, tujuan, dan fungsi CP. Sosialisasi yang kurang baik dapat meningkatkan keengganan petugas kesehatan dalam penerapan CP. Terlebih lagi, penggunaan CP menambah beban kerja petugas serta memerlukan perhitungan yang matang dalam melakukan pelayanan kepada pasien.

Masih menurut Aida (2006) pelaksanaan CP memerlukan pengukuran kemajuan (*Progress Measurement*) penggunaan CP. Namun, *progress measurement* ini tidak dilaksanakan di RSUP Fatmawati. Padahal hal ini digunakan untuk mengukur apakah CP yang berlaku sudah sesuai atau memerlukan perbaikan yang signifikan. Selain itu, pemantauan progress ini dapat membantu dokter untuk merumuskan tindakan yang sesuai dalam pelayanan pasien. Pengukuran ini dilakukan rutin dengan cara mengkaji variasi-variasi yang terjadi selama perawatan yang dilakukan oleh manajer kasus, perawat, dokter ruangan, dan staf manajemen mutu.



CP juga memerlukan audit klinis untuk peningkatan mutu secara berkelanjutan. Berbeda dengan progress measurment yang dilakukan rutin pada saat pasien di rawat, audit klinis ini dilakukan secara berkala. Namun, kegiatan ini tidak pernah dilakukan di RSUP Fatmawati. Audit klinis ini merupakan kegiatan untuk menganalisa variasi yang pernah terjadi dalam jangka waktu tertentu. Dengan cara ini, keluaran klinis dan mutu pelayanan dapat ditingkatkan dengan pengurangan variasi klinis karena di evaluasi berdasarkan kejadian nyata yang dialami selama periode tersebut. Hal ini juga didukung oleh pernyataan Firmanda (2006) bahwa audit medis dilakukan dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan pasien. Selanjutnya, hasil audit ini akan diterapkan pada pelayanan-pelayanan berikutnya.

Variasi terkait sistem lainnya adalah variasi terhadap standar biaya yang seharusnya tertera pada CP. Adanya biaya pelayanan merupakan salah satu dari 4 sifat yang ada pada clinical pathway (Kemenkes, 2006). Dengan terteranya standar biaya serta kisaran variasi normal yang ditentukan berdasarkan standar CP, maka penilaian variasi akan semakin mudah dilakukan. Dengan demikian, variasi tindakan yang tidak perlu dapat diturunkan guna menurunkan biaya yang dikeluarkan atau jika terjadi perbedaan jenis operasi dari yang seharusnya dilakukan.

Ketiga, variasi terkait dokter yang menangani. Dalam menangani pasien yang memiliki masalah dan karakteristik yang sama, setiap dokter mungkin saja melakukan pelayanan yang berbeda atau bahkan sangat berbeda. Hal ini terjadi karena menurut penelitian Folland & Stano (1989), setiap dokter memiliki persepsi yang berbeda terhadap alternatif pengobatan untuk setiap penyakit yang sama. Hal ini menyebabkan terjadinya perbedaan jenis tindakan serta jumlah tindakan yang berbeda-beda pada setiap pelayanan pasien. Menurut Wennberg hal ini terjadi karena adanya ketidakpastian cara mendiagnosa dari berbagai macam kondisi dan adanya ketidakpastian terkait keakuratan hasil dari berbagai jenis diagnosa. Hal inilah yang menyebabkan buruknya kesepakatan antar dokter mengenai standar tindakan yang paling

tepat sehingga dokter melakukan tindakan berdasarkan kepercayaan dan pengalaman pribadi dalam memberikan pelayanan. Hal ini pula yang menyebabkan terjadinya variasi yang tinggi pada pasien dengan masalah dan karakteristik yang sama.

### **7.3 Variasi Utilisasi Rawat Jalan**

#### **7.3.1 Variasi pemeriksaan papsmear**

Papsmear dilakukan untuk mendeteksi adanya penyakit kanker mulut rahim yang ternyata memiliki populasi yang berbeda dengan populasi mioma uteri. Menurut hasil penelitian Khasbiyah (2004) menyatakan bahwa kanker serviks sebagian besar dialami oleh orang yang melakukan hubungan seksual pertama kali di usia kurang dari 20 tahun karena pada saat itu kondisi rahim pasien masih belum sempurna sehingga mudah terjadi luka pada dinding mulut rahim pasien. Sedangkan, pasien yang pada umumnya mengalami mioma uteri adalah mereka yang terlambat menikah sehingga terjadi beban hormonal pada pasien yang menyebabkan tumbuhnya mioma uteri pada pasien. Pada pasien dengan kanker serviks kegiatan seksual tinggi yang menyebabkan risiko luka pada sekitar mulut rahim menjadi lebih besar (Nasution, 2010), sedangkan pada pasien mioma uteri kebanyakan pasien adalah mereka yang menikah pada usia tua sehingga risiko untuk terjangkit kanker serviks menjadi sangat rendah. Berdasarkan hasil penelitian Nasution (2010), 58,5% pasien dengan kanker serviks memiliki riwayat paritas multipara sehingga organ reproduksi pasien lebih sering mengalami luka. Sedangkan, mioma kebanyakan di derita oleh mereka yang riwayat hamil pertama sudah tua, sulit memiliki keturunan, dan sering keguguran. (Okolo, 2008 dan Roy, 2010).

#### **7.3.2 Variasi pengobatan hormonal**

Beberapa pasien mioma uteri melakukan pengobatan hormonal sebelum melakukan pemeriksaan mioma uteri. Pengobatan ini dilakukan karena banyak perempuan yang menghindari operasi miomektomi ataupun histerektomi. Menurut Wallach & Eisenberg (2003), perkembangan mioma uteri dikarenakan stimulus dari hormon esterogen, sehingga pengobatan

hormonal menjadi salah satu alternatif pengobatan. Selain itu, pengobatan ini relatif lebih murah dan dianggap lebih manjur dibandingkan dengan pengobatan dengan operasi (Sankaran, 2008). Masih menurut Sankaran (2008), saat ini pengobatan mioma uteri secara hormonal hanya boleh dilakukan untuk jangka pendek karena memiliki risiko yang tinggi jika dilakukan untuk jangka panjang dan masih memiliki sedikit bukti mengenai keuntungan yang diberikan melalui pengobatan ini. Pengobatan ini hanya boleh dilakukan sebagai pengobatan jangka pendek untuk mengobati gejala mioma uteri, seperti pada wanita usia perimenopause yang memiliki gejala mioma uteri atau pasien yang belum diizinkan untuk dioperasi karena alasan medis. Selain itu pengobatan ini juga dapat digunakan untuk menurunkan ukuran mioma uteri, untuk mengontrol perdarahan, dan untuk meningkatkan nilai hemoglobin pada darah pasien.

### **7.3.3 Variasi pemeriksaan USG ulang**

Pemeriksaan ulang USG dilakukan berkaitan dengan pengobatan hormonal seperti yang diuraikan di atas. Pengulangan pemeriksaan USG untuk mengetahui apakah pengobatan hormonal tersebut efektif dalam penurunan ukuran mioma yang diderita oleh pasien. Terlebih lagi, pada pasien 7 ini mioma yang diderita cukup besar namun pasien tidak menghendaki dilakukannya histerektomi akibat belum mendapatkan keturunan. Sehingga, upaya penurunan ukuran mioma dilakukan dengan semaksimal mungkin untuk memungkinkan dilakukannya laparaskopi dan histereskopi. Oleh karena itu pasien melakukan pemeriksaan ulang USG untuk mengetahui apakah ukuran mioma sudah memungkinkan untuk dilakukannya miomektomi.

### **7.3.4 Variasi utilisasi terkait dokter**

Variasi dapat terjadi akibat dokter yang menangani. Sebagian dari hal ini telah dibahas pada bagian variasi dengan *clinical pathway*. Beberapa hal lain yang mempengaruhi variasi yang terjadi pada dokter yang menangani diantaranya didasarkan oleh penelitian Miller (2009) yang menyatakan bahwa

faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan dokter dalam pemilihan layanan antara lain: persepsi dokter terhadap benefit dan biaya dari berbagai alternatif pilihan, masing-masing pelajaran/pengalaman yang pernah dialami dokter, skil/kemampuan dokter, kecenderungan dalam pemilihan sebuah prosedur, keuntungan finansial yang didapatkan, kecenderungan spesialisasi masing-masing dokter, dan tekanan dari pasien itu sendiri. Sebagai contoh, dokter yang memiliki spesialisasi operasi dengan alat canggih akan cenderung melakukan operasi dengan alat canggih. Selain itu, operasi dengan alat canggih akan memberikan insentif finansial yang lebih besar kepada dokter, sehingga pemilihan operasi ini cenderung akan dilakukan.

Wenberg (1984) menyatakan bahwa banyak dari variasi yang ditemukan terkait dengan derajat ketidakyakinan dokter terhadap diagnosa dan pengobatan yang dilakukannya. Terkadang dokter tidak yakin dengan efek dan keberhasilan suatu metode pengobatan. Selain itu, hal ini juga disebabkan oleh besarnya kisaran pola praktek dokter yang menyebabkan berbagai macam pelayanan yang tidak diperlukan. Melakukan penelitian mengenai jumlah variasi dari pengobatan penyakit dan metode operasi di rumah sakit, Wenber (1984) menyatakan bahwa ada keterkaitan yang signifikan antara variasi dengan derajat kebijaksanaan dokter dalam menentukan suatu tindakan. Dengan demikian, pelayanan yang diberikan pada setiap pasien dapat sangat berbeda.

## 7.4 Variasi Utilisasi Rawat Inap

### 7.4.1 Tindakan operasi reparasi buli-buli

Insiden kejadian komplikasi cedera buli terkait dengan laparaskopi terjadi sebesar 0,02-8,3%. Faktor risiko yang menyebabkan adanya cedera saluran kemih adalah adhesi, endometriosis yang parah, operasi urologi atau ginekologi sebelumnya, kesulitan dan komplikasi operasi laparaskopi, dan kesalahan letak anatomi pasien. Insiden cedera buli akibat laparaskopi merupakan yang tertinggi dari semua faktor. (Cogan dkk, 2007)

Organ dari sistem saluran kemih yang paling sering terjadi komplikasi adalah ureter dan buli-buli karena letaknya yang sangat dekat dengan organ pelvis wanita (Hammad, 2010). Kejadian cedera ini terkait dengan beberapa faktor, seperti: prosedur osbstetri ginekologi yang dilakukan dokter, faktor terkait pasien (anatomi), dan keahlian dokter yang menangani pasien.

Pada pasien 10 terjadi operasi tersebut ketika melakukan operasi laparaskopi. Kemungkinan kejadian ini juga diperbesar akibat penggunaan operasi laparaskopi untuk pengangkatan mioma uteri jenis submukosum. Seperti yang diuraikan pada bagian jenis operasi, operasi laparaskopi lebih cocok digunakan untuk jenis mioma uteri subserosal dan intramural karena pengerjaan operasi ini dilakukan melalui abdomen. Jika diurut dari luar ke dalam, organ sistem saluran kemih terletak lebih luar dibandingkan dengan organ sistem saluran reproduksi. Ketika tingkat kesulitan meningkat, maka kemungkinan terjadinya cedera juga semakin meningkat.

Dengan semakin meningkatnya penggunaan operasi laparaskopi, perlu disadari bahwa risiko cedera organ saluran kemih juga semakin tinggi.

#### **7.4.2 Variasi jenis operasi**

Dari 9 jenis operasi yang ada pada penelitian ini, hanya terdapat 4 jenis operasi yang sesuai dengan indikasi pasien dan cakupan jaminan PT Jamsostek (Persero). Penilaian ini didasarkan kepada hal-hal yang mempengaruhi pemilihan jenis operasi seperti jenis mioma, besar mioma, fungsi fertilitas, usia, dan biaya operasi.

Sebenarnya, banyak alternatif operasi untuk pengangkatan mioma uteri. Jenis-jenis operasi ini memiliki perbedaan dalam kemampuan mengangkat mioma berdasarkan letak mioma dan besar mioma yang diderita, serta kondisi pasien (Thomas & Magos, 2011). Menurut Nelson, dkk (2002) mioma uteri yang terletak dibagian submukosa dapat ditangani melalui dilatasi dan kuretasi. Menurut prosedur tetap RSUP Fatmawati, mioma uteri jenis ini

dapat ditangani dengan histereskopi diagnostik dan dilatasi kuretase. Hal ini juga didukung oleh penelitian Roy (2010) dan (Thomas & Magos, 2011). Operasi ini dipilih karena mioma uteri jenis submukosum terletak di bagian paling luar uterus sehingga akan lebih mudah jika dihilangkan melalui jalur vagina.

Mioma uteri yang terletak di bagian subserosa dan intramural dapat ditangani dengan laparatomi (miomektomi) atau laparaskopi. Namun, menurut Thomas dan Magos (2011) laparatomi dapat digunakan untuk berbagai macam jenis mioma. Laparatomi merupakan pembedahan dengan sayatan di bagian abdominal. Dengan demikian, operasi jenis ini dapat mengangkat semua jenis operasi. Namun yang harus diperhatikan adalah untuk pengangkatan mioma uteri jenis submukosa, risiko perdarahan yang terjadi akan semakin besar karena sayatan yang dilakukan semakin dalam.

Menurut Nelson (2002), laparatomi dan laparaskopi merupakan tehnik operasi yang baik bagi pasien yang masih menginginkan anak karena hanya menghilangkan mioma tanpa mengambil uterus pasien. Namun jenis operasi ini lebih berisiko dibandingkan histerektomi karena terdapat banyak sayatan. Selanjutnya, Nelson menyatakan jika besar mioma uteri berdiameter lebih dari 10cm maka pasien sebaiknya tidak dioperasi dengan cara laparatomi ataupun laparaskopi operatif, melainkan menggunakan jenis operasi histerektomi atau histereskopi untuk menurunkan risiko perdarahan. Begitu pula jika mioma yang dimiliki oleh pasien lebih dari tiga buah, Nelson menyarankan untuk menggunakan operasi jenis histerektomi. Seluruh pernyataan ini juga didukung oleh hasil penelitian Walid (2010).

Jenis operasi konservatif (histerektomi dan laparatomi) dan jenis operasi dengan alat canggih (laparaskopi dan histereskopi) memiliki kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Menurut walid (2010) operasi yang menggunakan alat canggih meminimalkan sayatan atau luka yang dialami pasien dibandingkan dengan operasi konservatif. Kelebihan lain dari

operasi ini adalah penurunan perdarahan saat operasi, LOS yang lebih rendah, dan waktu penyembuhan yang lebih cepat.

Menurut Seinerra (1997) operasi dengan menggunakan alat canggih harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ahli dan memiliki cukup pengalaman karena operasi ini sangat berisiko terhadap organ-organ lain di sekitar uterus.

Operasi dengan alat canggih memiliki kelebihan yang tinggi dari sisi kosmetik karena sayatan yang dilakukan kecil. Dalam dunia perasuransian, hal-hal seperti ini tidak dapat ditanggung. Terlebih lagi, operasi dengan alasan kosmetik memiliki biaya yang lebih besar, baik untuk operasinya itu sendiri, maupun biaya selama perawatan.

Operasi lain yang tidak terkait dengan mioma uteri dilakukan atas indikasi tertentu. Operasi adhesiolisis merupakan upaya pembebasan perlekatan suatu organ yang menempel dengan organ lain. Operasi ini harus dilakukan karena dapat menyebabkan obstruksi kandung kemih, infertilitas, dan nyeri abdomen yang parah (Van der Wal, 2006).

Operasi pengangkatan endometriosis dilakukan dengan laparaskopi karena endometriosis merupakan jaringan endometrium yang seharusnya berada di bagian ovarium, namun menyebar keluar bagian endometrium seperti usus, ovarium, tuba ovarium, dan lain sebagainya (Suttonm, Jones & Adamson, 2006). Pada pasien 11 dilakukan ekstirpasi polip untuk pengangkatan endometriosis. Hal ini tentu tidak sesuai dengan gejala yang dialami pasien karena penyulit yang diderita pasien bukanlah polip yang dapat dihilangkan dengan cara ekstirpasi.

### 7.4.3 Variasi lama hari rawat

#### a. Jenis operasi

Jenis operasi dapat menentukan lama hari rawat karena banyaknya sayatan yang dihasilkan mempengaruhi kebutuhan perawatan pascaoperasi pada pasien. Perawatan pascaoperasi pada pasien yang

menggunakan operasi konvensional menjadi lebih lama dibandingkan dengan operasi dengan menggunakan alat canggih. Operasi konvensional seperti miomektomi dan histerektomi memiliki risiko lebih besar terhadap perdarahan dan sepsis, transfusi darah, nyeri luka operasi, dan risiko perlekatan (Thomas & Magos, 2011). Sedangkan pada operasi dengan menggunakan alat canggih risiko akan hal-hal tersebut lebih rendah.

Dalam beberapa hasil penelitian, disebutkan bahwa pasien yang melakukan operasi dengan alat canggih seperti laparaskopi dan histerektomi dapat pulang pada hari dilakukannya operasi karena tidak membutuhkan transfusi darah dan tidak mengalami nyeri luka operasi (Roy, dkk, 2011 dan Walid & Heaton 2010). Perawatan preoperasi dilakukan satu hari sebelum perawatan, sehingga total lama hari rawat adalah 2 hari. Hal ini juga ditemukan pada penelitian sebelumnya oleh Seinerra, dkk (1997) yang menyebutkan bahwa lama hari rawat operasi dengan alat canggih adalah 2,09 hari.

Sedangkan, berdasarkan penelitian Golberg, dkk (2006) rata-rata lama hari rawat pasien histerektomi adalah 2,8 hari dan untuk pasien miomektomi adalah 2,6 hari.

Pada operasi kuretase untuk menghilangkan mioma uteri yang berjenis submukosa, lama hari rawat yang dibutuhkan jauh lebih rendah dibandingkan dengan operasi konvensional (Thomas & Magos, 2011). Hal ini terjadi karena operasi pemotongan mioma pada operasi jenis ini tidak menyebabkan banyak perdarahan dan luka sehingga morbiditas penyakit ini sangat rendah. Menurut Achadiat (2004) lama hari rawat untuk tindakan kuretase adalah 1-2 hari.

Kelompok I merupakan kelompok yang membutuhkan operasi kuretase untuk pengangkatan mioma, sehingga lama hari rawat pasien sama dengan operasi dengan alat canggih yaitu berkisar 1-2 hari. Sedangkan, pada operasi konvensional lama perawatan mencapai 3 hari.

Lama hari rawat pada hasil penelitian jauh lebih lama dibandingkan dengan yang seharusnya dilakukan. Selain itu lama hari rawat pasien



yang menggunakan operasi dengan alat canggih sama dengan operasi konvensional. Hal ini terjadi akibat dokter yang bersangkutan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya dan akibat adanya tindakan berlebihan yang akan dibahas pada bagian selanjutnya.

### **b. Penyulit/penyerta**

Hasil penelitian Kravitz, 1992 (dalam Hartono, 2004) menyebutkan bahwa pada kasus yang disertai dengan kondisi penyerta, lama hari rawat inap lebih panjang. Penyakit penyerta pada umumnya adalah penyakit-penyakit menahun seperti diabetes mellitus, tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung yang mengakibatkan daya tahan tubuh menurun.

Banyaknya jenis penyakit penyerta juga memberikan dampak terhadap penambahan lama rawat inap. Apabila terdapat satu penyakit penyerta akan menambah 38% hari rawat inap dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki penyakit penyerta. Apabila terdapat 2 jenis penyerta atau lebih, lama hari rawat akan lebih panjang 2,5 hari dibandingkan dengan penyakit tanpa penyerta.

Dengan terpengaruhinya lama hari rawat akibat penyerta/penyulit yang dimiliki pasien, sudah tentu akan mempengaruhi variasi tindakan yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

Pasien 7 memiliki penyerta diabetes mellitus, hipertensi, dan dispepsia. Berdasarkan hasil penelitian Kravitz, rata-rata hari rawat tambahan untuk pasien 7 adalah 2,5 hari. Sedangkan pasien 7 mendapatkan tambahan hari rawat 4 hari sebelum operasi dan 5 hari setelah operasi. Menurut Kerridge (2006), manajemen individu pada pasien yang memiliki penyerta diabetes mellitus lebih penting dibandingkan dengan teknik untuk memajemen diabetes itu sendiri. Tujuan dari manajemen diabetes perioperatif adalah untuk menghindari gangguan parah akibat hemostasis glukosa (hipoglikemi, hiperglikemi, dan ketoasidosis) serta untuk menghindari komplikasi manajemen pasien diabetes. Menurut Kerner (1995), pasien yang memiliki diabetes

mellitus memiliki risiko yang lebih tinggi dalam melakukan operasi dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki diabetes. Menurut (Rehman & Mohammed, 2003), Diabetes tipe 1 memiliki risiko komplikasi pascaoperasi yang tinggi. Komplikasi luka operasi meningkat pada penderita diabetes dan penyembuhan luka akan sangat sulit ketika gula darah tidak terkontrol.

Pasien 10 memiliki penyerta berupa luka pada saluran alat kemih yang menyebabkan pasien mendapatkan tambahan operasi dan perawatan selama 8 hari. Tambahan lama hari rawat ini berbeda jauh dari hasil penelitian Kravitz. Tambahan hari rawat ini terjadi karena jenis penyerta yang dimiliki oleh pasien 10 bukanlah penyakit kronis seperti yang terjadi pada pasien 7, melainkan penyakit akut yang membutuhkan penanganan intensif di rumah sakit. Berdasarkan penelitian Hammad dkk (2010), 28 dari 41 pasien yang mengalami cedera saluran kemih membutuhkan operasi pembetulan cedera dan perawatan aliran air seni. Pasien ini memerlukan bantuan kateter untuk mengalirkan urin selama 9 sampai 14 hari. Selama proses tersebut, pasien membutuhkan perawatan di rumah sakit karena diperlukan perawatan terhadap kateter yang dipasangkan ke tubuh pasien. Kondisi inilah yang menyebabkan pasien 10 membutuhkan lama rawat tambahan yang cukup signifikan.

Selain adanya kecenderungan variasi yang semakin tinggi akibat adanya kondisi penyulit dan penyerta, dalam penelitian ini juga ditemukan adanya kecenderungan variasi yang sama antara pasien yang tidak memiliki komplikasi dengan pasien yang memiliki komplikasi penyakit rahim lainnya. Hal mengenai ini akan dijelaskan pada variasi yang terjadi akibat dokter yang menangani dan variasi pelayanan berlebihan di bagian selanjutnya.

## **7.5 Variasi Utilisasi Keseluruhan**

### **7.5.1 Variasi utilisasi terkait kelompok mioma**

Perbedaan utilisasi berdasarkan kelompok mioma terlihat berbeda pada kasus rawat jalan dan rawat inap. Hal ini disebabkan oleh

faktor jenis tindakan yang dilakukan. Pada kasus rawat jalan, hal yang ditekankan adalah pendeteksian penyakit dan penilaian kondisi pasien sebelum dilaksanakannya operasi, Sedangkan pada tahap rawat inap hal yang perlu ditekankan adalah penyembuhan penyakit dan pemantauan kondisi pasien (Christ dkk, 2005).

Pada tahap rawat jalan variasi terendah ada pada pasien kelompok I, kemudian kelompok II, dan yang tertinggi kelompok III. Pada kelompok I pendeteksian penyakit tidaklah terlalu sulit. Mioma sudah dapat diketahui sejak dilakukan pemeriksaan dalam pada pasien. Terlebih jika mioma mioma submukosum berkembang menjadi mioma geburt. Selain itu, hal ini juga diakibatkan oleh jenis operasi yang dilakukan. pada kelompok I jenis operasi yang dilakukan merupakan operasi dengan risiko rendah dibandingkan dengan jenis operasi kelompok lain (Thomas & Magos, 2011).

Pada kelompok II cara pendeteksian membutuhkan keyakinan dan keakuratan yang lebih tajam. Hal ini karena mioma tidak bisa diketahui pada saat pemeriksaan dalam. Mioma ini baru bisa diketahui ketika USG. Dengan demikian, diperlukan pemeriksaan yang lebih intensif dibandingkan kelompok I. Contohnya, pada tahap ini banyak pasien yang melakukan konsultasi spesialis kebidanan sebanyak dua kali sebelum melakukan USG. Selanjutnya, operasi yang dilakukan pada kelompok II memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi dibandingkan kelompok I. Operasi laparotomi atau histerektomi memerlukan pembiusan yang lebih tinggi dibandingkan operasi kuretase. Sehingga, penilaian kondisi pasien harus dilakukan lebih cermat terkait dengan komplikasi yang akan muncul jika kondisi pasien tidak optimal.

Pada pasien III pendeteksian mioma semakin sulit dilakukan karena pada kelompok ini sering kali diikuti dengan penyakit tumor rahim lain seperti adenomiosis (Pasien 1 dan pasien 8). Sehingga, perlu diketahui adanya kemungkinan tumor lain yang dihadapi oleh pasien guna pengambilan keputusan yang tepat mengenai jenis operasi yang dilakukan. Sesuai dengan jenis dan ukuran mioma yang diderita pada kelompok ini,

jenis operasi yang dilakukan cenderung menggunakan operasi konvensional seperti laparotomi ataupun histerektomi. Kedua operasi ini memiliki risiko tertinggi dari seluruh jenis operasi (Thomas & Magos, 2011) sehingga penilaian risiko yang diperlukan semakin detail.

Pada tahap rawat inap pola variasi yang terjadi berbeda. Kelompok II memiliki variasi tertinggi dibandingkan dengan kelompok I dan kelompok III.

Pada kelompok II jenis operasi yang digunakan sangat bervariasi dan beberapa pasien menggunakan 2 jenis operasi. Sehingga, tindakan yang dilakukan sebelum dan sesudah operasi menjadi sangat bervariasi. Perbedaan jenis operasi ini sudah tentu menyebabkan variasi pada lama hari rawat dan jenis operasi yang digunakan. Adanya pasien yang memiliki komplikasi diabetes dan hipertensi menyebabkan variasi yang terjadi semakin tinggi.

Pada kelompok I dan kelompok III variasi yang terjadi tidak sebesar pada kelompok II karena jenis operasi yang dilakukan relatif sama dalam masing-masing kelompok sehingga hari rawat dan utilisasi yang digunakan juga tidak berbeda. Kelompok I pada dasarnya memiliki penanganan yang lebih sederhana dibandingkan kelompok III dari segi jenis operasi dan lama hari rawat. Namun, pada kelompok I variasi yang terjadi lebih tinggi dibandingkan kelompok III karena terdapat pasien yang mengalami komplikasi operasi berupa cedera buli-buli yang menyebabkan terjadinya variasi yang tinggi pada lama hari rawat dan jenis tindakan. Hal ini jugalah yang menyebabkan pada kelompok I terdapat pasien dengan variasi terendah dan variasi tertinggi. Sedangkan, variasi pada kelompok III terlihat lebih stabil.

### **7.5.2 Variasi utilisasi berdasarkan jenis penyulit/penyerta**

Jenis penyulit memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan variasi seperti yang telah dibahas dibagian sebelumnya. Jenis penyulit yang termasuk dalam penyakit rahim memiliki dampak yang berbeda dibandingkan dengan penanganan penyulit diluar penyakit rahim

(Gupta and Manyonda, 2009). Variasi yang terjadi pada pasien dengan penyulit yang termasuk penyakit rahim tidak memiliki perbedaan dengan pasien yang memiliki penyulit sama sekali. Hal ini terjadi karena penyulit yang termasuk dalam penyakit rahim membutuhkan penanganan yang hampir serupa dengan penanganan mioma itu sendiri. Contohnya seperti penanganan polip endometrium pada pasien mioma uteri jenis submukosa, penanganan endometriosis pada pasien mioma uteri subserosal, atau penanganan adenomiosis pada pasien yang memiliki mioma uteri di seluruh bagian uteri. Penyulit jenis ini sering kali tidak membutuhkan operasi khusus diluar operasi mioma uteri. Sehingga, penanganan pasien ini tidak memiliki perbedaan yang signifikan dengan penanganan pasien yang tidak memiliki penyulit sama sekali. Dengan demikian, variasi tindakan antara kedua pasien ini menjadi tidak berbeda.

Lain halnya dengan kondisi di atas, pasien yang memiliki penyulit di luar penyakit rahim seperti pada pasien 7 dan pasien 10 memiliki variasi tindakan yang sangat signifikan dengan variasi pada pasien yang memiliki tidak memiliki penyulit dan penyulit di dalam rahim. Penyulit ini membutuhkan tindakan lain diluar tindakan untuk penanganan mioma uteri karena memang penyulit yang diderita tidak berhubungan dengan mioma uteri tersebut. Terlebih lagi, jenis penyulit ini mengakibatkan lama hari rawat yang lebih lama seperti yang telah disebutkan pada bagian sebelumnya. Hal inilah yang menyebabkan variasi yang terjadi sangat signifikan.

### 7.5.3 Variasi utilisasi pemeriksaan berlebihan (Overutilisasi)

Dalam pemberian pelayanan kesehatan, seringkali dilakukan pelayanan berlebihan yang sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien. Hal ini terjadi karena pada pelayanan kesehatan karena menurut Culyer (2000) pelayanan kesehatan memiliki karakteristik unik yang mempengaruhi pola permintaan dan penawarannya, yaitu sifat *asymetry information*. Sifat ini merupakan suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan PPK dengan

pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan, meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas pelayanan, dan tentang harga dan manfaat pelayanan. Karena ketidaktahuan itu, terjadi *consumer ignorance* sehingga seluruh keputusan pelayanan kesehatan diserahkan kepada dokter. Dampaknya, dokter dapat mendorong pasien untuk melakukan pelayanan yang sebenarnya tidak diperlukan (*Supply induced demand/moral hazard*) atau bisa juga terjadi pelayanan dengan kualitas rendah. Fuchs (1978) mengartikan dorongan (*inducement*) sebagai kemampuan dokter untuk menggeser kurva permintaan pasar tanpa membahas mekanisme atau membatasi batas dari dorongan tersebut.

Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya pelayanan berlebihan ini adalah pola pembayaran kepada rumah sakit yang menggunakan metode *fee for service (FFS)*. Menurut Miller (2009), dengan menggunakan sistem pembayaran FFS provider tidak memiliki risiko biaya dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien karena tidak ada batas dalam jumlah pelayanan yang diberikan kepada pasien. Pada sistem pelayanan PT Jamsostek (Persero) memang dilakukan otorisasi terlebih dahulu sebelum pelayanan diberikan, namun hal ini akan memberikan dampak kepada pengaturan manajemen terhadap hal-hal mikro yang akan menyebabkan ketidakefisienan manajemen karena menambah beban kerja manajemen. Seharusnya dilakukan inovasi lain yang lebih baik sehingga tidak mengganggu manajemen dalam mengurus hal-hal yang lebih besar.

Menurut Eddy (1997), pembayaran dengan FFS menimbulkan penjualan yang bersifat implisit antara kualitas dan biaya. Dengan pembiayaan tersebut, setiap pelayanan yang diketahui efektif dalam penyembuhan pasien cenderung dilakukan dengan dalih peningkatan kualitas pelayanan. Tindakan ini akan menimbulkan biaya pelayanan yang berlebihan dan belum tentu tindakan itu benar-benar dibutuhkan oleh pasien. Dorongan untuk melakukan tindakan tersebut dilakukan karena dokter tidak memiliki risiko finansial atas tindakan yang dilakukannya.

Menurut Super (2006) dalam pembayaran *fee for service*, insentif yang diterima dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya dibayar berdasarkan setiap pelayanan yang diberikan. Pendapatan para dokter akan meningkat jika unit pelayanan dan pelayanan yang mahal dapat ditingkatkan. Dengan sistem insentif semacam ini, dokter tidak akan berusaha melakukan pelayanan yang *cost effective* karena dokter tidak memiliki kepentingan untuk melakukan hal tersebut. Sehingga dokter akan melakukan pelayanan yang sebesar-besarnya guna mendapatkan keuntungan yang sebanyak-banyaknya.

## 7.6 Variasi Biaya

### 7.6.1 Variasi biaya terkait variasi tindakan

Variasi biaya pelayanan kesehatan, sudah tentu dipengaruhi oleh variasi pelayanan kesehatan itu sendiri. Semakin banyak variasi yang terjadi, biaya yang dibutuhkan akan semakin besar. Selain pengaruh dari jumlah variasi, jenis variasi juga memiliki pengaruh terhadap variasi biaya. Semakin tinggi biaya dari variasi yang terjadi, maka semakin besar pula variasi biaya yang terjadi. Hal inilah yang menyebabkan ditemukannya biaya yang lebih tinggi pada pasien yang jumlah variasinya lebih sedikit. Seperti yang terjadi pada rawat jalan, ketika terjadi variasi tindakan *Echocardiogram* variasi biaya menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang memiliki jumlah variasi lebih banyak namun tidak melakukan *Echocardiogram*.

Jenis tindakan yang paling menonjol mempengaruhi variasi biaya pelayanan kesehatan adalah biaya operasi yang digunakan dan biaya obat karena kedua biaya ini memiliki komponen biaya yang cukup besar dari biaya total yang dikeluarkan serta memiliki jenis variasi yang tinggi berdasarkan utilitasnya. Lama hari rawat juga memiliki pengaruh yang besar terhadap variasi yang terjadi akibat setiap penambahan hari rawat, maka tidak hanya terjadi penambahan biaya akomodasi namun juga penambahan berbagai tindakan yang terjadi pada hari tersebut.

Pada variasi biaya total terlihat bahwa biaya yang dikeluarkan untuk kasus mioma uteri ini sangat besar. Tindakan overutilisasi yang dilakukan

merupakan salah satu penyebab terjadinya hal ini. Selain itu, tidak adanya pola pelayanan dokter semakin memperparah variasi yang terjadi pada tindakan ini.

### **7.6.2 Variasi biaya operasi alat canggih dengan operasi konvensional**

Biaya untuk operasi mioma uteri dengan alat canggih hampir 2 kali lebih mahal dibandingkan dengan operasi konvensional karena alat canggih itu sendiri memiliki harga yang mahal sehingga meningkatkan biaya yang dikenakan kepada pasien tersebut. Faktor lain yang perlu diperhatikan dari penggunaan alat canggih adalah berdasarkan Newhouse & Murthy (1992) dalam Okunade (2002), menyebutkan bahwa 75% kenaikan biaya kesehatan terjadi karena peningkatan penggunaan alat kesehatan yang berteknologi tinggi. Hubungan kedua variabel ini sangat kuat. Peningkatan kesediaan dan penggunaan teknologi mampu memperpanjang “hidup” dokter dan rumah sakit. Dengan kata lain, keuntungan yang didapatkan rumah sakit dari alat-alat berteknologi canggih ini besar. Dengan demikian, rumah sakit akan berusaha meningkatkan penggunaan alat-alat berteknologi canggih ini. Target penggunaan alat canggih ini semakin meningkat pada peserta asuransi kesehatan karena kemampuan membayar peserta menjadi meningkat (Newhouse, 1992 dalam Okunade dan Murthy 2002).

Pada peserta asuransi kesehatan, pembiayaan kesehatan ini menjadi tanggung jawab dan beban bagi perusahaan asuransi yang menanggungnya. Sehingga, pihak yang paling terkena dampak dari penggunaan alat canggih ini perusahaan PT Jamsostek (Persero). Dengan demikian, dalam memutuskan penggunaan alat kesehatan yang canggih perusahaan asuransi harus cermat menilai apakah biaya yang dikeluarkan sesuai dengan keuntungan medis yang didapatkan.

Penggunaan operasi alat canggih untuk menghilangkan mioma uteri juga memerlukan analisis biaya lebih lanjut. Total biaya yang dikeluarkan lebih besar 1,5 kali lipat namun hasil keluaran yang didapatkan tidak berbeda antara kedua jenis operasi tersebut. Operasi alat canggih juga seringkali membutuhkan operasi lebih dari satu jenis sehingga akan semakin meningkatkan biaya kesehatan. Selain itu berdasarkan pembahasan pada



bagian lama hari rawat, seharusnya kedua jenis operasi itu dapat menurunkan lama hari rawat sehingga pasien dapat pulang pada hari dilakukannya operasi. Namun kenyataannya pasien masih dipulangkan pada hari kedua sampai hari keempat pasca operasi. Penggunaan transfusi darah yang berdasarkan hasil penelitian tidak diperlukan lagi, kenyataannya pasien masih membutuhkan transfusi darah. Pengeluaran obat dan alat kesehatan untuk operasi dengan alat canggih lebih besar dibandingkan dengan operasi konvensional. Dengan demikian, penggunaan alat canggih ini tidak memberikan manfaat yang signifikan dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan.

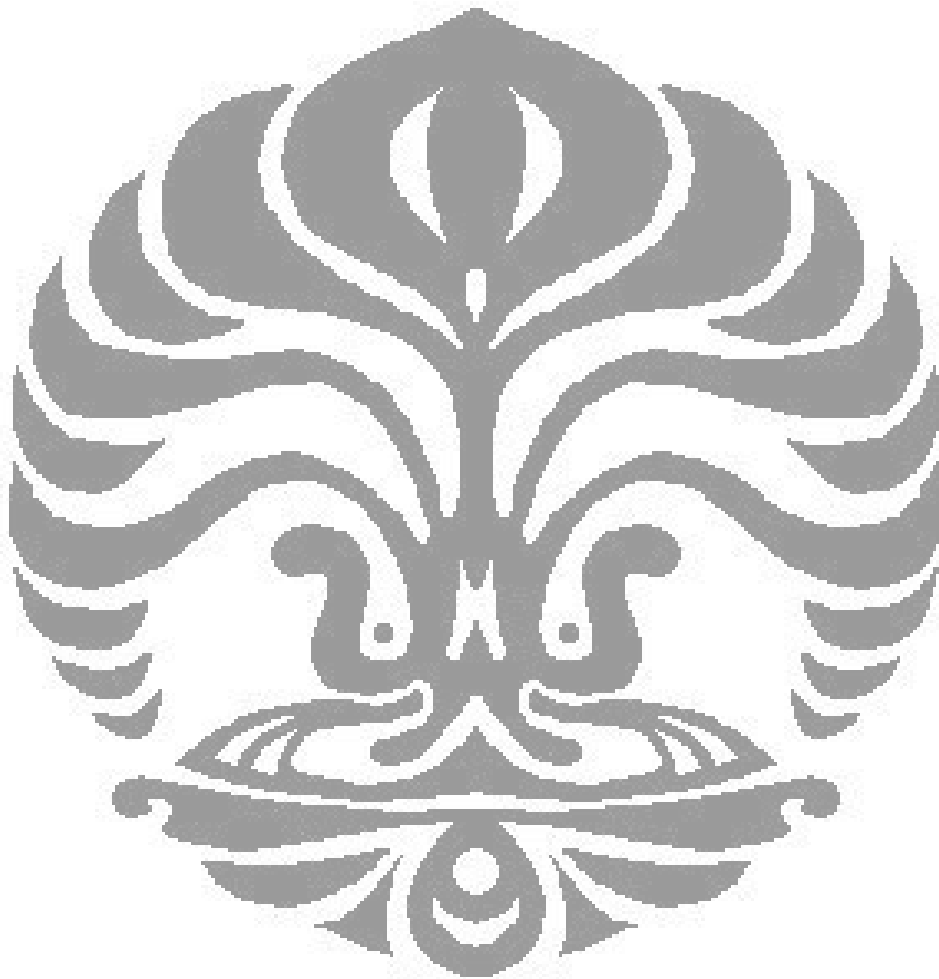
### 7.6.3 Variasi penanggung biaya kesehatan

Biaya yang ditanggung peserta meningkat karena jenis operasi yang digunakan, peningkatan tindakan overutilisasi, dan biaya obat yang diperlukan.

Pasien yang melakukan operasi konvensional memiliki biaya yang lebih rendah bahkan sampai memiliki variasi yang bernilai negatif. Hal ini terjadi karena jenis operasi konvensional memiliki biaya yang sangat murah. Pasien dengan operasi konvensional hampir seluruhnya tidak mengeluarkan biaya tambahan akibat semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan cakupan PT Jamsostek (Persero), sedangkan operasi jenis alat canggih pasti menyebabkan tambahan biaya oleh pasien akibat operasi yang ditanggung PT Jamsostek (Persero) hanya sebatas operasi besar.

Tindakan overutilisasi yang disadari oleh PT Jamsostek (Persero) akan ditanggung kepada peserta. Hal inilah yang menyebabkan semakin tingginya overutilisasi, maka tanggungan peserta akan semakin besar. Padahal seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, pasien memiliki informasi yang sangat minim mengenai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Dengan demikian, peserta adalah pihak yang paling dirugikan dengan terjadinya tindakan overutilisasi yang dilakukan para petugas kesehatan.

Penambahan biaya yang ditanggung pasien ini sebenarnya tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap keluaran yang terjadi pada pasien. Namun, berdasarkan penelitian Walid (2010), operasi alat canggih sebenarnya memiliki kelebihan yaitu mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi risiko lepasnya uteri, mengurangi risiko terjadinya adhesiolisis pada jangka panjang yang tidak terlihat pada penelitian ini.



## BAB VIII

### PENUTUP

#### 8.1 Kesimpulan

- a. *Clinical Pathway* diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati belum bisa dijadikan pedoman perawatan bagi pasien mioma uteri karena terdapat variasi antara tindakan yang dilakukan kepada pasien dengan *clinical pathway* tersebut baik dari waktu pelaksanaan maupun jenis tindakan..
- b. Variasi jenis tindakan yang dilakukan kepada pasien sangat tinggi meskipun pasien memiliki kondisi yang sama. Karakteristik pasien yang paling mempengaruhi variasi adalah jenis mioma, ukuran mioma, dan penyulit/penyerta. Sedangkan, Jenis utilisasi yang paling mempengaruhi variasi adalah jenis operasi dan lama hari rawat. Variasi tindakan rawat jalan berbeda-beda berdasarkan kelompok mioma uteri dan penyulit/penyerta yang dialami pasien. Variasi tindakan rawat inap berbeda-beda berdasarkan kelompok mioma berdasarkan jenis operasi dan penyulit/penyerta yang dialami pasien. Terdapat variasi jenis operasi yang dilakukan dengan cakupan jaminan oleh PT Jamsostek (Persero). Terdapat tindakan berlebihan pada beberapa kasus yaitu tindakan pemeriksaan kandungan, pemeriksaan spesialis jantung, pemeriksaan EKG, pemeriksaan papsmear, tindakan ganti verban dan dressing sebelum operasi, operasi ekstirpasi polip, operasi histereskopi diagnostik, dan lama hari rawat.
- c. Variasi biaya yang terjadi terutama diakibatkan oleh jenis variasi, lama hari rawat, dan biaya obat. Tanggungan peserta meningkat pada jenis operasi alat canggih dan meningkat seiring tingginya tindakan overutilisasi yang dilakukan tenaga kesehatan.

## 8.2 Saran

### 1. RSUP Fatmawati :

- Ada 3 hal yang perlu dilakukan untuk memperbaiki *Clinical Pathway* diagnosa mioma uteri RSUP Fatmawati agar dapat berjalan efektif sebagai mana peran dari CP. Pertama, CP yang ada perlu disesuaikan dengan data rekam medis agar CP yang dibuat sesuai dengan pelaksanaan dilapangan. Kedua, setelah disesuaikan CP tersebut perlu disosialisasikan kepada para petugas kesehatan tujuan dan kegunaan CP ini agar para petugas mau menerapkan CP yang telah dibuat. Ketiga, dilakukan pemantauan pelaksanaan CP pada saat pasien di rawat dan audit rutin untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.
- Memberlakukan pelayanan sesuai cakupan PT Jamsostek (Persero) agar biaya yang dikeluarkan pasien tidak begitu besar.
- Menindaklanjuti dokter-dokter yang terindikasi memiliki variasi yang tinggi

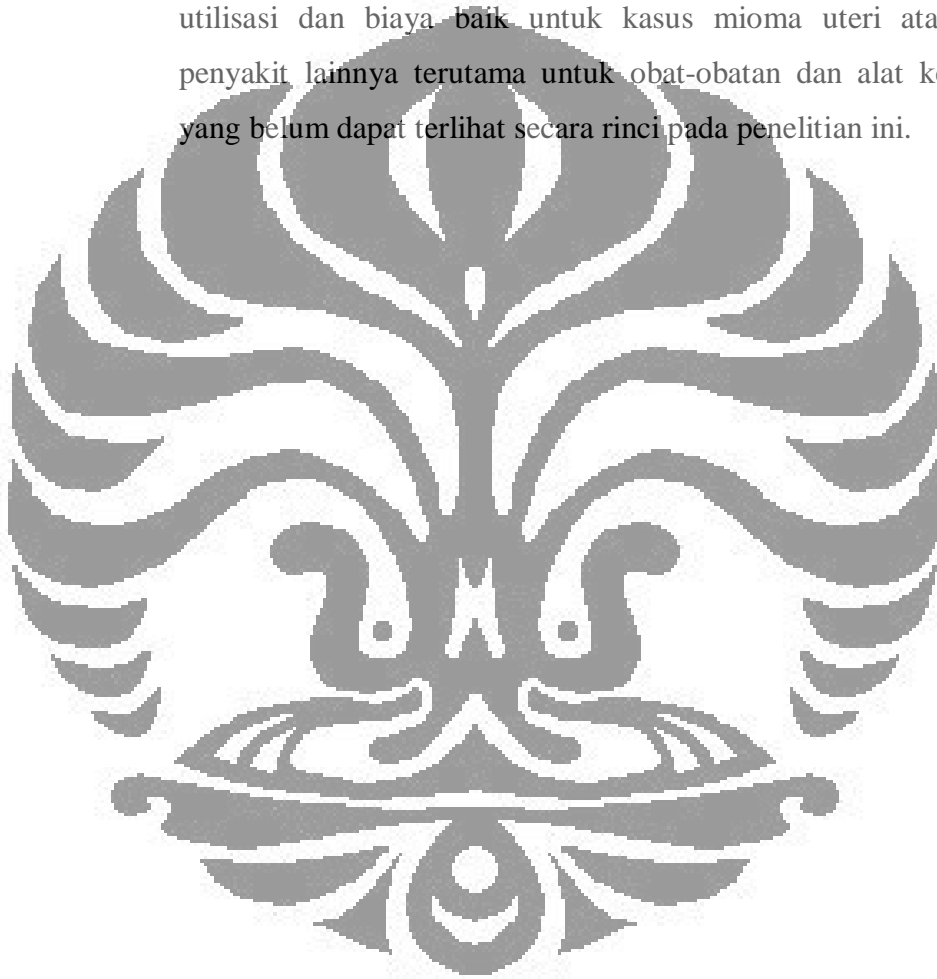
### 2. PT Jamsostek (Persero)

- PT Jamsostek (Persero) sebaiknya hanya menjamin jenis operasi konvensional yang dipilih berdasarkan kelompok mioma yang diderita.
- PT Jamsostek (Persero) sebaiknya mengganti metode pembayaran dari FFS menjadi paket biaya. Untuk menghindari terjadinya tindakan berlebihan yang dilakukan oleh para dokter RSUP Fatmawati. Paket biaya dibuat menjadi 3 jenis sesuai dengan kelompok mioma.
- Jika tidak dimungkinkan perubahan metode bayar menjadi paket biaya, penulis menyarankan PT Jamsostek (Persero) membuat form jenis dan jumlah tindakan sebagai *checklist* (lampiran 6) tindakan apa saja yang dijamin oleh PT Jamsostek (Persero) serta kisaran biaya yang dijamin khusus untuk kasus mioma uteri berdasarkan

masing-masing kelompok mioma uteri. Hal ini juga dilakukan karena adanya kesulitan PT Jamsostek (Persero) dalam memantau tindakan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan oleh pasien di RSUP Fatmawati agar tidak terjadi overutilisasi.

### 3. Penelitian Selanjutnya

- Melakukan penelitian lebih dalam mengenai gambaran variasi utilisasi dan biaya-baik untuk kasus mioma uteri atau kasus penyakit lainnya terutama untuk obat-obatan dan alat kesehatan yang belum dapat terlihat secara rinci pada penelitian ini.



## Daftar Referensi

- Aida, Mus. Clinical Pathway: audit dan evaluasi. Disampaikan pada pertemuan Asosiasi Rumah Sakit Swasta Seluruh Indonesia, 4 Mei 2009. Jakarta: 2009.
- Beecham, Jennifer K., et. al. Cost Variation in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18 (2009): 535-542
- Buku Prinsip dan Praktek Jaminan Sosial Tenaga Kerja*. Jakarta: PT Jamsostek (Persero), 2007.
- Christ, Michael., etc. Preoperative and Perioperative Care for Patient With Suspected of Established Aortic Stenosis Facing Noncardiac Surgery. *Chest*; 128 (2005): 2944-2953
- Culyer, Anthony J and Joseph P. Newhouse. *Handbook of Health Economics: Volume 1A*. Amsterdam: Elsevier, 2000.
- Davis, Matthew M., Mithesh S. Patel, and Lakshmi K. Halasyamani. Variation in Estimated Medicare Prescription Drug Plan Costs and Affordability for Beneficiaries Living in Different States. *Society of General Internal Medicine* 22 (2007) 257-263
- Eddy, David M. Balancing Cost and Quality in Fee For Service Versus Managed Care. *Health Affairs* 16:3 (1997): 162-173
- Every, Nathan R., et. al. Critical Pathways: A Review. *Circulation* (2000) 101: 461-465
- Firmanda, Dody. Implementasi Clinical Pathway di RSUP Fatmawati. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati. Jakarta 7 Oktober 2006.
- Folland, Sherman, Allen C Goodman, and Miron Stano. *The Economic of Health and Health Care*. New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1997.

- Goldberg, Jay, et al., ed. Cost and Reimbursement for Three Fibroid Treatment: Abdominal Hysterectomy, Abdominal Myomectomy, and Uterine Fibroid Embolization. *Cardiovasc Radiol* 30 (2007): 54-58
- Havrilesky, Laura J., et. al. Predictors of Clinical Outcome in the Laparoscopic Management of Adnexal Masses. Departments of Obstetrics and Gynecology, and Biostatistics and Bioinformatics 102:2 (2003): 243-251
- Ilyas, Jaslis. *Mengenal Asuransi Kesehatan: Riview utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (kecurangan asuransi kesehatan)*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2006.
- Jones, James W, Laurence B McCullough, and Bruce W Richman. The Ethics of Clinical Pathways and Cost Control. *J Vasc surg* 37 (2003): 1341-1342.
- Kerner, A. Peters W. Perioperative Management of The Diabetic Patient. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 103:4 (1995): 213-218
- Kerridge, Ross K. Perioperative Patient Management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 20:1 (2006): 23-40
- Lynk, William J. One DRG, One Price? The Effect of Patient Condition on Price Variation Within DRGs and Across Hospital. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 1 (2001): 111-137.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. *Kapita Selektu Kebidanan, Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: 1988.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan, 1998.
- Miller, Harold D. From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. Project HOPE-The People-to-People Health Foundation, Inc. *Health Affairs* 28:5 (2009): 1418-1428.

- Muluk, et. al. Utility of Clinical Pathway and Prospective Case Management to Achieve Cost and Hospital Stay Reduction for Aortic Aneurysm Surgery at a Tertiary Care Hospital. *Journal of Vascular Surgery* 25:1 (1996): 135-142
- Nasution, Fitri. *Karakteristik Penderita Kanker Serviks yang Dirawat Inap di RSU Dr. Pirngadi Medan Tahun 2003-2007*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. 2008.
- Nelson, Owari, et. al. *Primary Surgery Volume One: non-trauma*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Okolo, Stanley. Incidence, Aetiology, and Epidemiology of Uterine Fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22:4 (2008): 571-588.
- Panella, M., S. Marchisio, and F. Di Stansialo. Reducing Clinical Variations with Clinical Pathways: Do pathways Work?. *International Journal for Quality in Health Care* 15:6 (2003): 509-521.
- Pamjaki. *Managed Care: bagian A mengintegrasikan penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan*. Jakarta: Pamjaki, 2008.
- Pedoman Clinical Pathway di Rumah Sakit*. Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan RI. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2006
- Person, SD, Goulart-Fisher D, and Lee TH. Critical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC. *Ann Intern Med* 123 (1995): 941-948
- Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi. *Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: POGI, 2003.
- Pirson, Magali, et. al. Prospective Casemix-Based Funding, Analysis, and Financial Impact of Cost Outliers in All-Patient Refined Diagnosis Related



Groups in Three Belgian General Hospital. *Eur J Health Econ* 7 (2006): 55–65

Profil RSUP Fatmawati. Profil dipresentasikan di RSUP Fatmawati: Jakarta, 2011

Rehman, Habibur and Kamrudeen Mohammed. Perioperative Management of Diabetic Patients. *Jurnal Surgical Education* 60:6 (2003): 607-611

Ronellenfitsh, Ulrich., et. al. Clinical Pathway in Surgery-Shoul We Introduce Them Into Clinical Routine? A Review Article. *Langenbecks Arch Surg* 393 (2008): 449-457

Roy, Kumar Kallol, et. al. Reproductive Outcome Following Hysteroscopic myomectomy in Patients With Infertility and Recurrent Abortions. *Arch Gynecol Obstet* 282 (2010):553–560.

Sankaran, Srividhya and Isaac T. Manyonda. Medical Management of Fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22:4 (2008): 655-676

Seinera, Piero, et. al. Laparoscopic myomectomy: indications, surgical tehcnique, and complication. *Human Reproduction* 12:9 (1997): 1927-1930.

Shokeir, Tarek A. Hysteroscopic Management in submucous fibroids to improve fertility. *Arch Gynecol Obstet* 273 (2005): 50-54

Super, Nora. From Capitation To Fee For Service in Cincinnati: A Physician Group Responds To A Changing Marketplace. *Health Affairs* 25:1 (2006): 219-225.

Thomas, Benjamin and Adam Magos. Subtotal Hysterectomy and Myomectomy-vaginally. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 25 (2011): 133-152

Van der wal, J.B.C., J.A. Halm, and J. Jeekel. Chronic Abdominal Pain: The Role of Adhesions and Benefit of Laparoscopic Adhesiolysis. *Gynecol Surg* 3 (2006): 168-174

Walid, M Sami., and Richard L Heaton. Laparoscopic Myomectomy: an Intent-to-Treat Study. *Arch Gynecol Obstet* 281 (2010): 645-649

Wallach, Edward E., and Esther Einsberg. *Hysterectomy: Exploring Your Options*. America: The Johns Hopkins University Press, 2003.

Workman, Lewis C. *Mathematical Foundations of Life Insurance*. Georgia: FLMI Insurance Education Program, 1989

Yatim, Faisal. *Penyakit Kandungan: Miom, Kista Indung Telur, Kanker Rahim/Leher Rahim, serta Gangguan Lainnya*. Jakarta: Pustaka Obor, 2005.



### Penatalaksanaan Pasien

1.	Karakteristik Pasien	
1.1	No. Rekam Medis	
1.2	Tanggal lahir	
1.3	Diagnosa Masuk	
1.4	Diagnosa Keluar	
1.5	Penyulit/penyerta	
1.6	Cara Masuk RS	IGD/non-IGD*
1.7	Tanggal Masuk	
1.8	Tanggal Pulang	
1.9	kelas perawatan	III..... Hari/II..... Hari/I..... Hari/ICU..... hari*
1.10	Cara Deteksi awal	
1.11	Jumlah Mioma	
1.13	Ukuran mioma	CC
1.14	Indikasi	
1.15	Status Kepulangan	Sembuh/pulang paksa/meninggal*
1.16	Rencana Operasi	
1.17	Lain-lain	

Keterangan :

(\*) = Coret yang tidak perlu

Lanjutan

**Form 2**

<b>Utilisasi Pelayanan Kesehatan &amp; Pembiayaan Kesehatan Rawat Inap</b>														
	<b>Jenis Tindakan</b>	Hari 1		Hari 2		Hari 3		Hari 4		Hari 5		Hari 6		KET
		n	Tarif	n	Tarif	n	Tarif	n	Tarif	n	Tarif	n	Tarif	
2.1	Visit Dokter													
2.2	Konsul Dokter													
2.3	Laboratorium :													
2.4	Patologi Anatomi													
2.5	Tind Med non OP													
2.6	Operasi													
2.7	RO/USG/SCAN/PA													
2.8	Obat dan Alkes													
2.9	Labu darah													
2.10	Lain-lain													

Lanjutan

Form 3

<b>Utilisasi Pelayanan Kesehatan &amp; Pembiayaan kesehatan Rawat Jalan</b>										
<b>Pre-Operasi</b>		<b>Kunjungan I</b>		<b>Kunjungan II</b>		<b>Kunjungan III</b>		<b>Kunjungan IV</b>		<b>Ket</b>
		<b>n</b>	<b>Tarif</b>	<b>n</b>	<b>Tarif</b>	<b>n</b>	<b>Tarif</b>	<b>n</b>	<b>Tarif</b>	
1.	Konsul Dokter									
2.	Cara Diagnosa									
3.	Laboratorium									
4.	Obat-obatan									
5.	Lainnya									
<b>Pasca-Operasi</b>										
1.	Konsul Dokter									
2.	Cara Diagnosa									
3.	Laboratorium									
4.	Obat-obatan									
5.	Lainnya									

## Dokumen RSUP Fatmawati

No.	Jenis Data	Keterangan
1.	Profil RSUP Fatmawati secara umum	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir
2.	Profil SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir
3.	Clinical Pathway Diagnosa Mioma Uteri	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir
4.	SOP SMF Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir
5.	Buku Formularium RSUP Fatmawati	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir
6.	Tarif RSUP Fatmawati 2008-2010	(...) Tidak ada
		(...) Ada, namun tidak diberikan
		(...) Ada, terlampir

## Pedoman Wawancara Mendalam 1

No. Informan	
Tanggal/waktu	
Tempat	

## Latar Belakang Informan

Nama	
Pendidikan	
Unit/Jabatan	
Observasi	

Selamat Pagi/Siang/Sore

Saya, Nur Nisahairini (0706273625), mahasiswa Manajemen Asuransi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang melakukan riset mengenai "Gambaran variasi utilisasi dan biaya kesehatan serta pengaruhnya terhadap pembiayaan kesehatan kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010" dalam rangka penyusunan skripsi sebagai persyaratan untuk kelulusan Program Sarjana Reguler.

Untuk menyelesaikan tugas tersebut, saya mohon kesediaan Dokter untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan studi yang saya lakukan. Atas kesediaannya, saya ucapkan terima kasih.

Nur Nisahairini

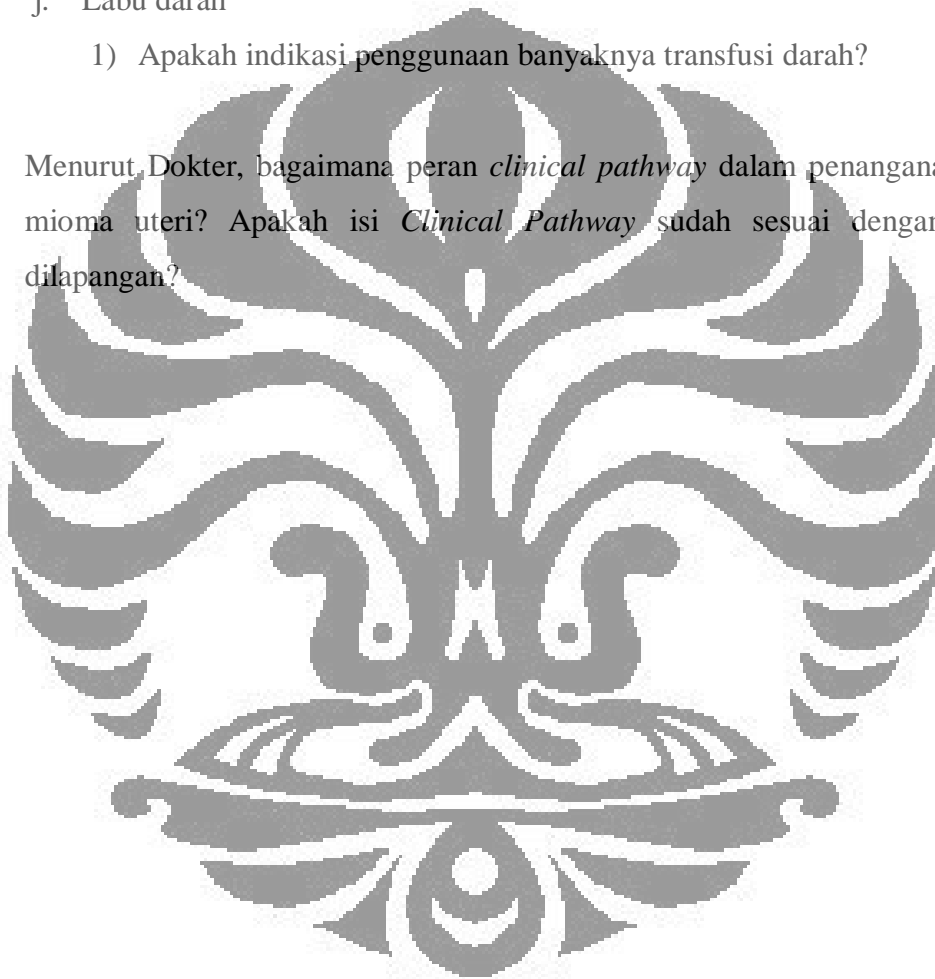
<b>DAFTAR PERTANYAAN</b>
--------------------------

1. Menurut dokter, Apakah penyakit Leiomyoma Uteri atau Mioma uteri itu?
2. Bagaimana gambaran klinis uteri miomatosus dan mioma geburt? Apakah masi termasuk dalam diagnosa mioma uteri?
3. Bagaimana cara terbaik untuk mendeteksi adanya penyakit tersebut?
4. Dalam menangani kasus mioma uteri yang memerlukan operasi, acuan klinis apa saja yang biasa Dokter gunakan untuk pelayanan kesehatan?
5. Apakah letak, jumlah, dan ukuran mioma akan mempengaruhi penanganan kasus tersebut? Jika ya, apa pengaruhnya?
6. Mengapa kode icd yg digunakan D26.9 (other benign neoplasma of uterus, unspecified) bukan D25.9 (leiomyoma uterus, unspecified)? Dan M8895/0 (myoma) dibandingkan 88890/0 (leiomyoma NOS)?
7. Bagaimana tanggapan Dokter mengenai variasi yang terjadi dan apa penyebabnya untuk kasus-kasus dibawah ini (perbandingan dengan *Clinical Pathway* untuk mioma uteri) :
  - a. LOS (5 hari)
    - 1) Kondisi apa yang menyebabkan pasien pulang dalam waktu 4 hari atau 6 hari perawatan?
    - 2) Hal-hal apa saja yang menyebabkan pasien datang 1 hari sebelum operasi dilakukan?
    - 3) Syarat/kondisi apa saja yang diperlukan oleh pasien sehingga siap untuk dilakukan operasi? (Hb, TD, dll)
    - 4) Syarat/kondisi apa saja yang dibutuhkan agar pasien boleh dinyatakan pulang?
  - b. Visit
    - 1) Dalam kondisi apa saja visite kepada pasien dibutuhkan? Mengapa tidak dilakukan rutin setiap hari?
  - c. Konsul
    - 1) Mengapa konsultasi ke bagian dalam, jantung, dan anastesi dilakukan saat rawat jalan?



- 2) Dalam kondisi apa saja pasien membutuhkan konsultasi saat rawat inap?
- d. Laboratorium
- 1) Mengapa tindakan laboratorium dilakukan sebelum rawat inap?
  - 2) Dari standar pemeriksaan lab di CP, pemeriksaan untuk LDH, Alkali fosfatase, Gamma GT, dan Asam Urat sering tidak dilakukan. Mengapa?
  - 3) Pemeriksaan untuk Protein total, HbsAg, Bilirubin indirek, Creatinin darah, Ureum darah, khol LDL, khol HDL, Trigliserida, Elektronik (Na, K, CL), dan kholesterol total sering dilakukan, namun tidak termasuk dalam jenis pemeriksaan yang dibutuhkan dalam CP, mengapa?
- e. RO & Echo
- 1) Bilamana pasien membutuhkan pemeriksaan Echo sebelum operasi?
  - 2) Bilamana pasien tidak membutuhkan pemeriksaan RO?
- f. CTG
- 1) Seluruh pasien tidak mendapatkan tindakan CTG, mengapa?
- g. PA
- 1) Mengapa Patologi anatomi pasien tidak dilakukan bersamaan dengan hari operasi?
- h. OP
- 1) Apa yang menjadi dasar pemilihan jenis Operasi untuk kasus mioma uteri? (lihatkan data jenis OP)
  - 2) Apa yang menyebabkan terjadinya perubahan dan atau penambahan jenis operasi dari yang direncanakan seperti dari LO menjadi TLH+LO, miomektomi menjadi HD+LO, dan HT menjadi HT+adhesiolisis, kuretase menjadi ekstripasi+DC ?
  - 3) Apakah tindakan operasi LO+Laparotomi, HD+LO, ekstripasi +DC tidak overlap?
  - 4) Apakah kegunaan dokter pendamping pada saat dilakukan operasi?

- 5) Ada satu Kasus mioma geburt dilakukan tindakan DC, ternyata hasil PA mioma uteri. Bagaimana tanggapan Dokter akan hal tersebut? Apakah akan ada berpengaruh terhadap kondisi pasien?
- 6) Apakah nama alat operasi untuk histeroskopi diagnostik, laparaskopi diagnostik, laparatomi, dan histerektomi?
  - i. Clysma
    - 1) Bilamana pasien tidak dilakukan tindakan clysma sebelum operasi?
  - j. Labu darah
    - 1) Apakah indikasi penggunaan banyaknya transfusi darah?
8. Menurut Dokter, bagaimana peran *clinical pathway* dalam penanganan kasus mioma uteri? Apakah isi *Clinical Pathway* sudah sesuai dengan realita dilapangan?



**Matriks Wawancara Mendalam Informan 1 dan Informan 2 Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati**

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Definisi mioma uteri</b>	Tumor Jinak rahim. Jika terdapat pada di luar rongga rongga uteri, maka diberi nama subserosum. jika dibagian oto, namanya ntramural. Jika dibagian rongga uteri, namanya submukosum. Nah, kasus yang paling sering itu yang jenis subserosum.	Tumor jinak yang ada di rahim
<b>Mioma geburt dan uteri miomatosus</b>	<p>Kedua jenis penyakit tersebut masih terinasuk dalam golongan mioma uteri.</p> <p>Mioma geburt merupakan mioma submukosa yang berkembang hingga memiliki tangkai dan bisa sampai keluar ke arah vagina.</p> <p>Sedangkan uteri miomatosus adalah mioma subserosa yang sudah sangat banyak sehingga sudah tidak dapat dibedakan lagi mioma dengan uterus.</p>	<p>Miom dibagi-bagi menurut letak rahimnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapisan paling dalam namanya lapisan mukosa, jadi miomnya namanya mioma submukosa.</li> <li>- Di tengah-tengah, diotot rahimnya namanya intramural</li> <li>- Yang paling atas, dilapisan serosa, namanya mioma subserosum. Tidak menimbulkan gejala, karena hanya dilapisan luarnya saja.</li> <li>- Mioma geburt adalah miom submukosum tapi keluar ada tangkainya, kemudian keluar dr lubang rahim</li> <li>- Miomatus: miom, kecil-kecil, banyak, sehingga rahimnya tidak tampak seperti aslinya saking berubahnya rahim itu.</li> </ul>
<b>Tanda dan Gejala</b>	Terjadi penekanan massa. Jika dibagian vesika akan terjadi sulit BAK, dibagian rektum akan terjadi sulit BAB, penekanan rahim akan terjadi sakit. Perdarahan (paling sering). Infertilitas (sulit memiliki keturunan). Nyeri abdomen bawah	Gejala yang khas Perdarahan di luar haid/gangguan haid. Haid lebih banyak dan lebih lama. Perut/rahim membesar dan keras. Gangguan kandung kemih (saat berkemih) dan gangguan pencernaan (buang air besar). Sakit perut/nyeri perut karena ada massa di rahimnya. Tersering perdarahan

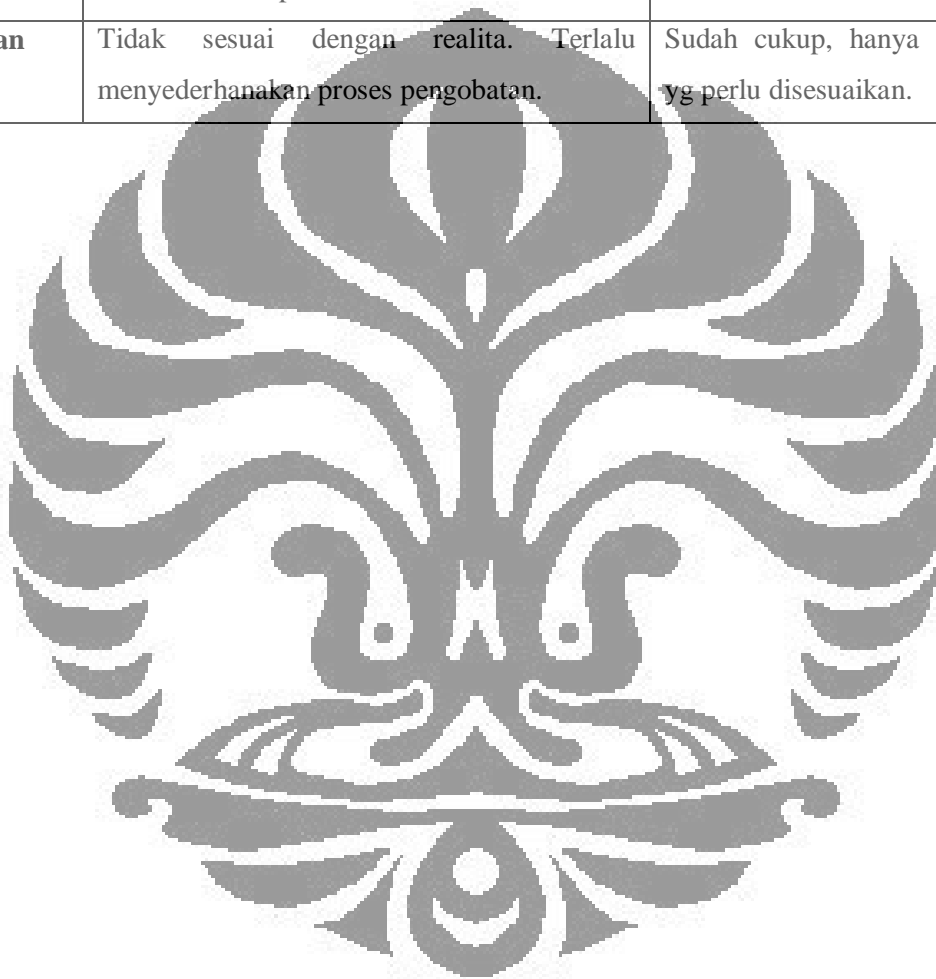
Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	Raba massa padat, periksa dalam. Mioma uteri biasanya terjadi mobilisasi atau tidak lengket	Standar pemeriksaan: anamnesis (bagaimana keluhan), pemeriksaan fisik (besar miom, sudah dpt tetdeteksi besar miom), pemeriksaan ginekologi, pemeriksaan USG. Harus berurutan.
<b>Cara Deteksi</b>	USG	USG (penunjang) tetapi harus dari awal
<b>Acuan Klinis</b>	SPM & Protab SMF Kebidanan RS Fatmawati	SPM & Protab SMF Kebidanan RS Fatmawati
<b>Pengaruh Letak, jumlah, dan ukuran terhadap penanganan mioma uteri.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika letak di dalam cavum uteri (submukosum) tindakan dapat dilakukan dengan histeroskopi</li> <li>- Jika ukuran kecil dan letak subserosum atau intramural dapat dilakukan dengan laparoskopi/laparotomi</li> <li>- Jika jumlah banyak dan ukuran besar seperti miomatosus, bisa dilakukan tindakan hysterektomi atau histeroskopi</li> <li>- Jika miom terletak di submukosum dan bertangkai (mioma geburt) dapat dilakukan dengan ekstirpasi kemudian kuretase untuk pengangkatan miom. (lebih mudah)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prinsipnya sama2 pembuangan miom, namun berbeda jenis OP atas dasar:</li> <li>- One by one perkasus karena banyak yg harus dipertimbangkan.</li> <li>- Besar miom, usia, fungsi fertilitas.</li> <li>- Miom sama besar, yang satu nona, yang satu nyonya yang anak berbeda beda jenis OP. Miomektomi dan histerektomi</li> <li>- Nona, masi megharapkan fungsi rahim, sehingga miom saja yang dibuang.</li> <li>- Nyonya, kita bisa angkat rahimnya karena sudah tua dan anak sudah banyak.</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Penyebab perbedaan hari rawat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bisa karena komplikasi seperti perdarahan</li> <li>- Karena jenis operasi: misalnya laparatomy dan histerektomi. Luka sayatan lebih besar sehingga perawatan luka lebih panjang</li> <li>- Laparoskopi/histereskopi. Sayatan sangat kecil sehingga perawatan lebih cepat.</li> <li>- Kuretase tidak terjadi insisi, pemulihan lebih cepat</li> <li>- Adanya komplikasi lain seperti ruptur buli dan DM+HT dalam kasus ini. namun untuk kasus DM+HT seharusnya tidak perlu sampai 12 hari karena bisa ditangani dengan pengobatan rawat jalan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biasanya lebih lama karena komplikasi. Perdarahan, cedera usus, cedera vesika (ketika OP)</li> <li>- Lebih cepat OP copy.</li> </ul>
<b>Datang 1 hari sblm OP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan Pre –OP: puasa dan pemberian antibiotik</li> <li>- (kepastian jadwal OP) Kalau langsung pada hari itu juga, kemungkinan besar pasien datang terlambat, persiapan pre OP jadi terhambat, OP pun ikut terhambat. Bahkan bisa menyebabkan penjadwalan ulang.</li> </ul>	Untuk persiapan OP: puasa dulu, cek darah, melakukan clysm
<b>Kondisi sblm OP (terjadi masuk RS 5 hr sblm OP)</b>	<p>Sebelum pasien rawat inap, dilakukan terlebih dahulu konsultasi ke jantung, dalam internis, pemeriksaan lab, pemerisaan rontgen Thorax, dll.</p> <p>Jika semua keadaan normal, operasi bisa segera dilakukan.</p> <p>Jika ada yang tidak normal, operasi ditunda sampai semua kembali normal</p>	Kondisi sudah tidak ada komplikasi, karena hal ini akan terkait dengan pembiusan, kita periksa lab, rontgen thorax, konsul anastesi, dalam, jantung (pd org tua), kalau semua baik2 saja, sudah bisa dilakukan OP.
<b>Syarat/kondisi pasien dinyatakan boleh pulang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yang terpenting sudah bisa mobilisasi (jalan) dan intake (makan) dengan baik, BAK dan BAB baik</li> <li>- Hb kalau sudah normal, tidak perlu transfusi sudah boleh pulang.</li> <li>- Kalau penyebabnya ruptur buli itu, memang pasien belum diizinkan pulang karena BAK belum lancar, ttp untuk HT + DM tidak perlu, rawat jalan saja bisa</li> </ul>	Sudah bisa BAB, BAK, mobilisasi maka boleh pulang

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Konsul ketika rajal</b>	Jika dilakukan ketika rawat inap, jadwal operasi bisa semakin terlambat. Karena konsultasi dengan dokternya, belum tentu bisa pada hari itu. Malah yang terjadi pasien bisa masuk RS 2 atau 3 hari sebelum Operasi.	Tidak, karena jika baru di cek ternyata ada sesuatu, akibatnya jadwal OP bisa batal.
<b>Konsultasi saat rawat inap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika terjadi penyulit seperti gula + DM tadi, ini membutuhkan penanganan dari dokter bagian dalam</li> <li>- Jika terjadi cedera/komplikasi. Misalnya butuh konsultasi urologi jika terjadi cedera vesika/ureter ketika OP</li> </ul>	Tergantung, jika terjadi gangguan di ureter, butuh konsul urologi Misalnya stlh OP kita baru tahu ada gangguan jantung, kita konsul ke jantung. Tergantung kelainan yang terjadi
<b>Pemeriksaan laboratorium sebelum rawat inap</b>	Hasil lab tidak bisa didapatkan pada hari pemeriksaan. Minimal dalam waktu 1 hari. Jika dilakukan saat rawat inap, jadwal operasi bisa terlambat.	Jika dilakukan hari itu juga dan terjadi gangguan, maka operasi akan batal
<b>Lab yg tdk dilakukan</b>	<p>Karena pemeriksaan tersebut tidak dibutuhkan/berhubungan dengan keperluan operasi</p> <p>LDH + GGT → diperiksa jika terjadi gangguan miotrium. Kalo pasien normal-normal saja, pemeriksaan tersebut tidak diperlukan.</p> <p>Asam urat → hanya dibutuhkan oleh pasien yang nyeri sendi → tidak ada hubungan/pengaruh langsung dengan operasi</p>	
<b>Lab yg diluar CP</b>	<p>Dilakukan karena berhubungan atau memiliki pengaruh dengan tindakan operasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fungsi jantung → untuk mengetahui adanya gangguan jantung. Penting untuk mencegah perdarahan, jantung tidak stabil, dll</li> <li>- Fungsi hepar → dapat berpengaruh pada obat anastesi ketika Op</li> <li>- Elektrolit → berhubungan dengan fungsi jantung</li> <li>- Fungsi kimia darah → berhubungan dengan obat anastesi</li> <li>- Fungsi ginjal → pengaruh obat anastesi</li> </ul>	

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Penggunaan echo</b>	Dilakukan jika pada pemeriksaan EKG terdapat kelaianan. Namun, yang berhak menentukan tindakan ini adalah dokter spesialis jantung	Waktu EKG, ditemukan kelaianan jantung. Yang tahu dokter jantungnya. Pengaruhnya dg risiko anestesi (bius)
<b>CTG Tidak dilakukan</b>	Tindakan ini memang tidak diperlukan. Tindakan CTG dibutuhkan oleh ibu hamil.	CTG rekam jantung bayi, tidak diperlukan.
<b>Dasar pemilihan jenis OP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miomektomi : masih muda &amp; ingin hamil → letak di semua tempat</li> <li>- HT: sudah tua, dan tidak mengharapkan kehamilan / miomatosus/ukuran besar/letak dimana saja</li> <li>- DC → ekstirpasi + DC → mioma geburt</li> <li>- LO → ukuran kecil → jenis serosum dan intramural</li> <li>- Histereskopi: melihat rongga uteri → angkat jenis submukosa, bisa juga mengangkat rahim</li> <li>- Keputusan terakhir ada ditangan pasien. Dokter hanya memberikan berbagai macam pertimbangan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Letak beda, beda OP: mioma geburt: gunting tangkai kuret.</li> <li>- Prinsip Miomektomi atau histerektomi: LC atau LM.</li> <li>- Miom besar, tomi. Tp pasien boleh milih</li> <li>- Copy: mahal, luka kecala, kosmetik lbh baik, penyembuhn lbh cepat, lama rawatan, lbh cepat. Fasilitas harus ada</li> <li>- Histerektomi di buka: bisa hist per copy, bisa hist per tomi</li> </ul>
<b>Operasi HD+LO</b>	Tidak overlap karena jenis tindakan memang berbeda. Misalnya histeroskopi polipektomi dan laparaskopi myomektomi. Ini dilakukan karena letak yang satu di dalam rongga uteri, sedangkan yang satu dibagian subserosa atau intramural sehingga membutuhkan 2 tindakan yang berbeda	<p>LO+tomi: pemilihan diserahkan kpd pasien.</p> <p>LO+tomi: tidak mungkin dilakukan keduanya.</p>
<b>Indikasi banyaknya penggunaan Transfusi darah</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah pasien operasi dilakukan pemeriksaan darah. Jik a Hb rendah butuh transfusi darah</li> <li>- Jika OP pasien mengalami banyak perdarahan, pasien butuh transfusi</li> <li>- Sampai HB di atas 10</li> </ul>	<p>Biasanya keluhan awal, perdarahan. Kalau perdarahan berarti HB rendah.</p> <p>Selain itu kalau OP banyak darah yang keluar akibar pematongan organ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampai HB lbh dr 10</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2
<b>Peran CP</b>	Belum disosialisasikan & digunakan. Ketika pembuatan. SMF kebidanan hanya sedikit sekali dilibatkan. Pernah diperintahkan untuk membuat alur seperti ini, namun setelah itu tidak ada tindak lanjut. CP ini dibuat oleh Pak Dodi dari spesialis anak.	Sebagai pedoman supaya tatalaksana pelayanan tidak ada yang tertinggal. Sudah digunakan.
<b>kesesuaian</b>	Tidak sesuai dengan realita. Terlalu menyederhanakan proses pengobatan.	Sudah cukup, hanya ada bbrp yg perlu disesuaikan.





**Pedoman Wawancara Mendalam 2**

No. Informan	
Tanggal/waktu	
Tempat	

**Latar Belakang Informan**

Nama	
Pendidikan	
Unit/Jabatan	
Observasi	

Selamat Pagi/Siang/Sore

Saya, Nur Nisahairini (0706273625), mahasiswa Manajemen Asuransi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang melakukan riset mengenai "Gambaran variasi utilisasi dan biaya kesehatan serta pengaruhnya terhadap pembiayaan kesehatan kasus operasi mioma uteri pada peserta PT Jamsostek (Persero) yang dirawat di RSUP Fatmawati tahun 2008-2010" dalam rangka penyusunan skripsi sebagai persyaratan untuk kelulusan Program Sarjana Reguler.

Untuk menyelesaikan tugas tersebut, saya mohon kesediaan Dokter untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan studi yang saya lakukan. Atas kesediaannya, saya ucapkan terima kasih.

Nur Nisahairini

### Rawat Inap Sebelum Operasi

1. Bagaimanakan standar tindakan pada tahap ini?
2. Untuk apa tindakan ganti verban sblm Operasi dilakukan?
3. Untuk apa tindakan Dressing sblm OP dilakukan?
4. Mengapa dilakukan pemeriksaan lab sebelum OP dilakukan? DL, Goldar, GKH, UL (padahal sudah dilakukan sblmnya)
5. Mengapa pasien 11 dan 12 mendapatkan transfusi sebelum OP dilakukan?
6. Mengapa Pada hari ke satu perawatan pasien 2,3,7 tidak mendapatkan tindakan apapun?
7. Pasien 7 mendapatkan perawatan 5 hari sebelum operasi akibat komplikasi diabetes mellitus dan hipertensi. Mungkinkah tindakan ini dilakukan secara rawat jalan?

### Rawat Inap Hari Operasi

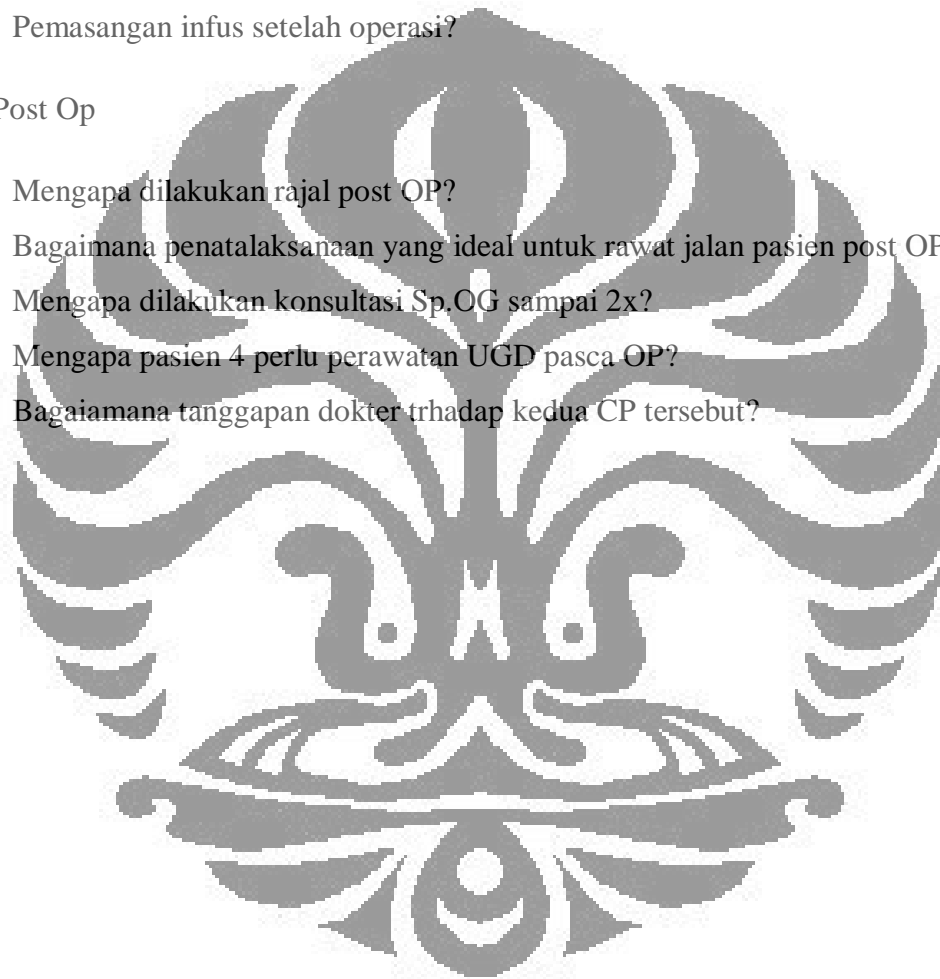
1. Mengapa dilakukan pemeriksaan lab setelah OP dilakukan?
2. Untuk apa tindakan GV dilakukan stlh OP pada pasien 2, 3, dan 12?
3. Hanya pasien 1 yang melakukan dressing, kenapa?
4. Konfirmasi tindakan operasi
  - a. Pasien 4 = HD + LO → 1 buah, 6 cm, subserosa. Untuk apa tindakan HD dilakukan?
  - b. Pasien 5 = TLH + LO → 1 buah, 2.5 cm, intramural, mengapa tidak LO saja?
  - c. Pasien 8 = TLH + LO → untuk apa tindakan LO dilakukan?
  - d. Pasien 10 = LO + Repair Buli → 2 buah, 3 dan 4 cm. + edema buli. Apakah operasi repair buli merupakan tindakan yang direncanakan?
  - e. Pasien 2 = HT → 1 buah, 5 cm, submukosa. Mengapa yang dilakukan operasi histerektomi?
  - f. Pasien 11 = DC +ekstripsi polip → 1 buah, geburt, 7 cm, dan endom. Tindakan ektripasi polip untuk apa?

### Ranap Post OP

1. Untuk apa dilakukan tindakan DC pada pasien 9?
2. Mengapa ada tindakan clysm pada pasien 7 stlh OP?
3. Mengapa pasien 7 mendapatkan tambahan 3 hari rawat lg (Penyulit: HT/DM/Dislipid)?
4. Mengapa pasien 10 mendapatkan tambahan 6 hari rawat lagi (edema buli)? Tidak bisa rajal?
5. Pemasangan infus setelah operasi?

### Rajal Post Op

1. Mengapa dilakukan rajal post OP?
2. Bagaimana penatalaksanaan yang ideal untuk rawat jalan pasien post OP?
3. Mengapa dilakukan konsultasi Sp. OG sampai 2x?
4. Mengapa pasien 4 perlu perawatan UGD pasca OP?
5. Bagaimana tanggapan dokter terhadap kedua CP tersebut?



**Matriks Wawancara Mendalam Informan 3 Dokter Spesialis  
Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati**

Pertanyaan	Jawaban
Konsul Spesialis dalam sebanyak 2 kali	Orang miom gejalanya adalah gangguan haid, misalnya menyebabkan anemia. Atau karena penyakit penyerta yang dideritanya yaitu asma, diabetes, hipertensi. Karena biasanya miom diderita oleh pasien yang sudah cukup tua sehingga sudah banyak mengalami penyakit lain. Atau wanita yang tidak menikah sehingga ada gangguan psikologis.  Intinya ada medical problem yang di bagian dalam. Sehingga butuh perawatan khusus
Jenis Pemeriksaan peri operatif	Pemeriksaan dokter jantung, dalam, anastesi, kalau perlu dokter paru. Untuk transfusi harus yakin bahwa jantungnya bagus. Karena transfusi itu beban untuk jantung.
Visite dokter	Harus tiap hari
Clinical pathway	Harus dikoreksi karena ini pembuatan dilakukan tidak spesifik. Seharusnya digunakan ketika awal pasien masuk. Dan belum pernah ada evaluasi. Ini harus di revisi
Perjalanan OP	Oksigen kebanyakan ga, ivfd=infus, kateter. Dressing=pemalut. Tindakan OP seharusnya miomektomi/histerektomi
	Peraturan skrg dressing tidak tiap hari. Setelah operasi di tutup, nanti hari ke 3 baru diganti dengan yang waterproof dan sampai dibawa pulang. Dibuka lagi ketika kontrol, satu minggu setelah pulang.
Pengecekan laboratorium sebelum operasi	Digunakan untuk mengecek bagaimana Hbnya, apakah butuh transfusi sbkm OP atau tidak

Pertanyaan	Jawaban
<p>Penanganan pasien usia produksi</p>	<p>Biasanya ada problem ikutan infertilitas atau subfertilitas sehingga berlakulah hukum infertilitas. Sehingga terdapat pemeriksaan hormon, suami jg ikut diperiksa. Sehingga prosedur rawat jalan lebih panjang. Jenis operasi yang dilakukan sebisa mungkin jenis miomektomi. Setelah perawatan miom, akan ada perawatan pasca rawat inap yang lebih panjang untuk mengetasi masalah in/subfertilitas tersebut.</p> <p>Ketika operasi juga dilakukan tes patensi tuba(pengetesan apakah tuba berlubang atau tidak) bisa jg dilakukan dg HD.</p> <p>Untuk pasien dengan in/subfertilitas, pengobatan akan dilakukan juga dengan tujuan peningkatan fertilitas</p>
<p>Penanganan Pasien pasca usia repro</p>	<p>Miom seberapa banyak, seberapa besar, pilhan operasi adalah histerektomi. Karena setiap pengupasan miom berisiko perdarahan.</p>
<p>Pap smear</p>	<p>Pap smear untuk cleaning adanya kanker serviks. Tp diagnosa tdk bisa dg papsmeat. Karena akan berpengaruh pada penanganan histerektomi. Histerektomi yg dilakukan adalah HT radikal yang memotong hingga sepertiga bagian atas vagina.</p> <p>Populasi yang berisiko berlawanan dengan miom. Miom yg subur dan subfertil. Sdgkn kanker serviks yang pasangan banyak, anak banyak, kawin usia dini.</p>
<p>Kontrol ulang Sp.OG</p>	<p>Dia anemia sudh diobati tp perdarahan terus berlangsung. Sehingga dibalikan lagi ke spog untuk perawatan perdarahan dengan hormonal.</p>
<p>Usg Pada akhir pemeriksaan</p>	<p>Karena sebelumnya sudah dilakukan usg di tempat lain. Sehingga usg dilakukan di akhir untuk meyakinkan dokter yang akan melayani bagaimana kondisi akhir miom demi persiapan operasi yang maksimal</p>
<p>Konsul ulang Sp.OG diakhir</p>	<p>Bisa karena pasien haid saat operasi sudah direncanakan.</p> <p>Bisa karena kontrol bukan dengan pasien yang akan mengoperasi sehingga dilakukan pemeriksaan ulang oleh dokter yang melakukan.</p>

Pertanyaan	Jawaban
Perawatan UGD	Karena anemia yang diderita Sering baru dilakukan pemeriksaan ke arah miom karena sebelumnya pasien masuk UGD.
Clysmas	Pembersihan usus pada org2 yang cenderung cedera usus. Cedera usus paling bagus dilakukan pada saat usus bersih
Dressing /GV sebelum OP	Dressing tidak berhubungan langsung dengan miom. Misalnya karena ada luka dikaki akibat diabetes. Atau ada operasi sebelumnya
Obat sbmlm operasi	Aniti biotik profilaksis. Maksudnya ketika kita menyayat anti biotik sudah terlindung dari luka. Atau karena ada hipertensi, atau DM. Atau karena cemas, dokter anastesi kasi obat anti cemas.
Pasien normal	Tidak dilakukan apapun. Datang siang atau sore, tidak dilakukan tindakan apapun. Kalo ada diabet cek gula, atau dilakukan clysmas.
Lama rawat 4 hari sbmlm op	Tindakan kontrol gula darah dan tekanan darah. Karena dokter anatesi ga mau bius kl tidak terkontrol.  Bisa rajal, tp kl tensi di atas 160 harus dirawat. Batas harus diranap. Tekanan darah di atas 160. Atau karena pasien tidak disiplin. Kalo di rumah gula darah tidak terkontrol.
Tindakan adhesiolisis	Pembebasan perlekatan (akibat kanker, endometriosis, atau infeksi) krn sring kali miom disertai endometriosis. Adhesiolisi krn ada endometriosis atau infeksi kronis. Perlekatan dengan organ-organ lain.
Operasi Pasien 4	HD untuk pasien yang subfertil. HD untuk melihat saluran telur dan bagian lain. Atau ada miom yang tdk bisa di LO. Tp seharusnya HO.
Operasi Pasien 5	Pasien ini tidak mau menyimpan penyakit shingga tidak mau di miomektomi. Ini TLH dilakukan perlaparaskopi
Operasi Pasien 10	Pasiennya ketika operasi saluran kencingnya kepotong. Dokter ga berencana melakukan itu. Komplikasi ketika operasi. Makanya tindakan ditambah reparasi buli.

Pertanyaan	Jawaban
Operasi Pasien 11	<p>Miom tidak di angkat. Pasien ini dengan miom, tp miom kecil dan mendekati masa pasca produksi. Dc dilakukan untuk diagnosis, endom dikerok untuk pemeriksaan patologi. Org ini jg memiliki polip akibat gangguan hormon. Ekstirpasi berarti dia seharusnya punya polip.</p> <p>Atau Org kanker endometrium diagnostik dengan DC tersebut. Sehingga pengobatan belum selesai.</p> <p>Wanita diatas 40 tahun dg gangguan haid bisa karena miom, atau kanker endometrium.</p>
Jenis variasi operasi	Sangat besar karena tindakan bermacam2
Clysmas setelah operasi pd pasien 10	Karena anemia dia banyak dapet pil zat besi. Nyerap air, akhirnya sembelit dan dilakukan clysmas.
Tambahan pasien 7	Hipertensi tidak terkontrol. atau pasien tidak patuh. Bisa rawat jalan, ketika gula dan darah terkontrol. kl pasien tertib bisa dipulangkan
Tambahan pasien 10	Kandung kencing cedera risiko bocor, kandung kencing harus kempes terus sehingga harus kateter terus. Sehingga di rawat 10 hari karena penyulit
Perawatan copy	Dokter bilang kalo copy g perlu dirawat atau dirawat sehari.
Kontrol	<p>Lihat luka, jaitan. Kalo masi basah perlu kontrol seminggu lagi.</p> <p>Kalo dia perawatan subfertilitas. Akan dilanjut lagi. Atau jika ada miom yag tidak bisa diangkat sehingga akan dilakukan terapi lain.</p>

**Form Layanan Standar Diagnosa Mioma Uteri Peserta JPK PT Jamsostek  
(Persero) di RSUP Fatmawati**

<b>Identitas Pasien</b>		
Nama Pasien	:	
Nomor KPK	:	
Nama Peserta	:	
Usia	:	
Jenis Mioma	:	
Penyulit/penyerta	:	

<b>Pola Pelayanan</b>		
<b>Jenis Tindakan</b>	<b>Jumlah Tindakan</b>	<b>Keterangan</b>
<b><i>Rawat Jalan Sebelum Operasi</i></b>		
Konsultasi Sp.OG	1 <input type="checkbox"/>	Awal pemeriksaan
	2 <input type="checkbox"/>	Akhir pemeriksaan + rencana Operasi
	3 <input type="checkbox"/>	Diantara waktu 1 dengan 2, jika benar-benar dibutuhkan secara medis
USG	1 <input type="checkbox"/>	Pasca Pemeriksaan Sp.OG 1
Laboratorium	1 <input type="checkbox"/>	Sesuai dengan indikasi medis pasien 5-20 jenis. Dilakukan setelah pemeriksaan USG
Rontgen Thorax	1 <input type="checkbox"/>	Dilakukan setelah pemeriksaan USG
Konsultasi Sp.An	1 <input type="checkbox"/>	Setelah hasil Laboratorium dan RO diterima
Pasien > 40 tahun/ada indikasi		
Konsultasi Sp.D	1 <input type="checkbox"/>	Dengan ketentuan di atas
Konsultasi Sp.J	1 <input type="checkbox"/>	Dengan ketentuan di atas
EKG	1 <input type="checkbox"/>	Dengan ketentuan di atas
<b><i>Rawat Inap</i></b>		
Akomodasi	2-3 hari <input type="checkbox"/>	Jenis mioma submukosum / operasi DC
	3-4 hari <input type="checkbox"/>	Jenis mioma selain submukosum
Visite	2-4 kali <input type="checkbox"/>	Setiap Hari



<b>Jenis Tindakan</b>	<b>Jumlah Tindakan</b>	<b>Keterangan</b>
Operasi	1 <input type="checkbox"/>	Mioma Submukosum/geburt (< 3 buah atau < 8 cm) → DC
		Mioma Intramural dan atau Subserosal (< 3 buah atau < 8 cm) → Miomektomi
		Selain jenis di atas → Histerektomi
Laboratorium darah lengkap	0-2 <input type="checkbox"/>	Dilakukan pada hari 1/2/3
Transfusi darah	0-1 <input type="checkbox"/>	Dilakukan pada hari 2
Ganti Verban/Dressing	2-3 <input type="checkbox"/>	Dilakukan pada hari 2/3/4
Obat & Alat kesehatan	Sesuai kebutuhan	DC → Rp 500.000 – Rp 750.000
		Miomektomi/histerektomi → Rp 2.000.000- Rp 3.000.000
<b><i>Rawat Jalan Setelah Operasi</i></b>		
Konsultasi Sp. OG	1 <input type="checkbox"/>	Satu minggu setelah pulang operasi. Jika diperlukan tindakan selanjutnya, konsultasi dilakukan di PPK I
<b>KISARAN BIAYA</b>		
Operasi DC	<b>Rp 4.133.100 – Rp 5.453.000</b>	
Operasi Miomektomi	<b>Rp 8.203.100 – Rp 10.811.600</b>	
Operasi Histerektomi	<b>Rp 7.688.100 – Rp 9.822.700</b>	