

IMPLEMENTASI *ENHANCED RECOVERY AFTER CAESAREAN SURGERY* SEBAGAI PROGRAM UNGGULAN DI RUMAH SAKIT X DI JOMBANG, JAWA TIMUR: SEBUAH ANALISIS SWOT

Ahmadal Mustafa¹, Rizky Nadya Dwitasari¹, Shandy Suwanto Putra¹,
Mira Veranita², Purwadhi²

¹ Mahasiswa Magister Manajemen ARS University, Indonesia

² Dosen Magister Manajemen ARS University, Indonesia

Author Corresponding:
Shandy Suwanto Putra

Abstract.

Background : Enhanced Recovery After Caesarian Surgery (ERACS) is a fast recovery program after caesarean section in the form of a series of treatments starting from perioperative preparation, intraoperative and postoperative care to patient discharge. Along with the increasing number of caesarean operations worldwide and especially in Indonesia, the implementation of ERACS in a hospital needs a good strategic management approach in order to produce optimal service quality in caesarean delivery services. Method : This study is a qualitative descriptive using the SWOT technique (Strengths, Weakness, Opportunities, & Threats) to evaluate the performance level of this X hospital in terms of its capability and readiness to implement ERACS as one of its featured programs. Result : SWOT analysis of the application of ERACS at hospital X after calculating the IFAS and EFAS scores, the coordinates of the strategy where the calculations were obtained resulted in 0.47;0.34. These results are in quadrant I which indicates hospital X is in a condition of implementing an aggressive strategy to develop ERACS services. Conclusion : The ERACS technique can be implemented at X Hospital in Jombang district, East Java in accordance with the results of the SWOT analysis that has been carried out by strengthening the ERACS Standard Operating Procedure at the hospital to meet the increasing demand for pregnancy services at this hospital.

Keywords: SWOT, Analysis, ERACS, performance, Hospital

PENDAHULUAN

Tingkat operasi caesar di seluruh dunia telah meningkat dari sekitar 7% pada tahun 1990 menjadi 21% pada tahun 2021 dan diproyeksikan akan terus meningkat selama decade ini. Sebanyak 18,5 juta prosedur operasi caesar dilakukan di seluruh dunia setiap tahunnya. Terdapat sekitar 20% Wanita hamil di dunia melahirkan melalui operasi caesar.^{1,2} Operasi caesar cenderung disukai

oleh ibu hamil dibandingkan metode persalinan pervaginam. Proses persalinan pervaginam dinilai sebagai proses persalinan yang sulit dan cenderung berbahaya.^{5,6}

Peningkatan angka operasi caesar juga terjadi di Indonesia. Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan adanya peningkatan angka operasi caesar di Indonesia dari tahun 1991 hingga 2017 sebanyak 1,2 – 6,8. Riskesdas tahun 2018 menunjukkan angka kelahiran caesar di Indonesia sebanyak 17,6 %. Prevalensi tertinggi yaitu di DKI Jakarta, mencapai 31,1 % dan terendah di Papua yaitu sebanyak 6,7%.^{1,3,4}

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pertama kali diperkenalkan oleh Kehlet pada tahun 1997 dan digunakan untuk memperpendek lama perawatan di rumah sakit pada pasien reseksi sigmoid. ERAS merupakan pendekatan multidisiplin untuk mengoptimalkan manajemen perioperative dan hasil operasi. ERAS bertujuan mengurangi respon stress bedah, meningkatkan pemulihan fungsional dan mempercepat pemulihan. ERAS telah digunakan di berbagai ilmu bedah seperti bedah kolorektal, urologi, hepatobilier dan ginekologi. Namun di bidang obstetri implementasi ERAS masih cukup tertinggal dibandingkan subspesialis bedah lainnya. Penerapan ERAS di bidang obstetri cenderung lebih lambat untuk diterima. Beberapa pusat bersalin yang menerapkan ERAS menunjukkan beberapa keunggulan dibandingkan penerapan perawatan konvensional pada operasi caesar. Keunggulan tersebut yaitu pengurangan hari rawat inap di rumah sakit, penurunan insiden komplikasi operasi dan pemulihan fungsional yang lebih cepat.^{6,7}

Enhanced Recovery After Caesarian Surgery (ERACS) adalah program cepat pemulihan setelah operasi caesar yang berupa serangkaian perawatan mulai dari persiapan perioperative, intraoperative dan perawatan post operative sampai pemulangan pasien.¹³ Konsep ERACS merupakan pengembangan dari ERAS.¹³ Operasi caesar mengacu pada tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding perut dan Rahim ibu yang bertujuan untuk melahirkan bayi. Pada umumnya operasi caesar dilakukan sebagai alternatif persalinan ketika persalinan pervaginam (nomal) sudah tidak dapat dilakukan lagi.⁸

Terdapat indikasi medis dan non medis dilakukannya operasi caesar. Indikasi medis dinilai berdasarkan temuan kondisi pasien. Hal ini dipertimbangkan berdasarkan hasil dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya indikasi dilakukan operasi caesar maka akan segera dilakukan tindakan segera setelah melewati berbagai pertimbangan medis demi keselamatan ibu dan janin. Sedangkan indikasi non medis biasanya dipilih oleh ibu berdasarkan faktor sosial. Beberapa ibu hamil memilih operasi caesar karena faktor persepsi, psikologi, keyakinan dan keinginan, serta ekonomi. Berdasarkan ekonomi, operasi caesar pada umumnya diinginkan oleh ibu atau keluarga dengan status

ekonomi menengas keatas. Hal ini dilakukan karena terdapat rasa takut merasakan nyeri selama proses persalinan pervaginam (normal).⁹

Keuntungan ERACS adalah memberikan hasil pemulihan fungsional yang lebih cepat, meminimalisir terjadinya komplikasi dan pengurangan lama rawat inap. Penerapan program ERACS juga dinilai dapat memberikan keuntungan lainnya seperti meningkatkan kualitas perawatan dan menurunkan paparan dan kecanduan opioid.¹⁰ ERACS bertujuan untuk memberikan rasa nyaman dengan pengalaman service excellent serta mempercepat perawatan dan proses pemulihan pasien dengan mengutamakan keselamatan pasien.

Terdapat 3 elemen dalam penerapan ERACS yaitu :

Persiapan Preoperatif

a. Antenatal care

Edukasi dan konseling serta pengambilan keputusan bersama merupakan hal yang diperlukan untuk keberhasilan ERACS. Edukasi dan konseling yang diberikan mencakup informasi mengenai prosedur, apa yang diharapkan selama tindakan pembedahan, rencana manajemen nyeri, tujuan pemberian makan, mobilisasi dini dan kriteria pemulangan pasien.¹¹

b. Ruang rawat inap

1. Optimalkan kondisi ibu hamil (tidak terjadi anemia).¹¹
2. Puasa sebelum dilakukan tindakan. Lama puasa yang direkomendasikan adalah 6 – 8 jam untuk akanan padat dan 2 jam untuk cairan oral. Asupan minuman berkalori tinggi 2 jam sebelum tindakan operasi.
3. Pemberian ranitidine atau omeprazole IV atau peroral 2 jam sebelum tindakan.
4. Pemberian antibiotic profilaksi sesuai DPJP 30 – 60 menit sebelum tindakan. Direkomendasikan menggunakan antibiotik spektrum luas dosis tunggal.¹¹

Perawatan Intraoperatif

1. Mengatur suhu kamar operasi 22-23⁰C.
2. Pemberian cairan infus selama tindakan operasi.
3. Teknik pembiusan oleh dokter anestesi.
4. Pemberian analgesik non opioid (Paracetamol bolus IV dan NSAID) segera setelah bayi lahir.
5. Pencegahan mual dan muntah
6. Jika memungkinkan inisiasi menyusui dini dilakukan diruang operasi tergantung kondisi ibu dan bayi.

Perawatan Post operatif

1. Membantu fase mobilisasi lebih awal.^{7,11}
 - Mobilisasi level 1: duduk bersandar di tempat tidur selama 15 – 30 menit.

- Mobilisasi level 2: duduk di sisi tempat tidur dengan kaki menjuntai selama 5 – 15 menit.
 - Mobilisasi level 3: berdiri
 - Mobilisasi level 4: berjalan
2. Pelepasan kateter urin dini. Lepas kateter paling lambat 6 jam pasca operasi untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi saluran kemih.^{11,12}
 3. Pemberian obat nyeri tambahan bila pasien merasa nyeri.
 4. Pemberian asupan oral dini.^{7,1}

Rumah sakit X merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Jombang tipe C yang sudah berdiri lebih dari 100 tahun, dimana menangani pasien JKN, asuransi dan umum. Salah satu layanan unggulannya adalah pelayanan ibu dan anak dimana mempunyai 20 tempat tidur di bangsal Obgin dan didukung oleh 2 dokter spesialis kandungan dan 19 bidan. Berdasarkan data yang ada, terdapat peningkatan pasien melahirkan di RS X ini sejak setiap tahunnya, dimana berkisar antara 600-1200 pasien setiap tahunnya (rata-rata 50-100 persalinan setiap bulannya, dimana 30-40 persennya merupakan pasien yang dilakukan sesar). Selama ini, RS ini masih menjalankan teknik sesar secara konvensional. Dengan berkembangnya teknik ERACS ini di Indonesia dan semakin berkembang pula informasinya melalui media sosial, maka terdapat banyaknya permintaan dari pasien agar dapat melakukan sesar dengan teknik tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kekuatan dan kelemahan internal dan eksternal dari rumah sakit X ini dalam mengimplementasikan ERACS sebagai salah satu program pelayanan ibu dan anak di rumah sakit tersebut

METODE

Penelitian ini mengambil tempat di RS X di Kabupaten Jombang, Jawa Timur dan data didapatkan dengan melakukan observasi dan wawancara dengan pihak manajemen RS X. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, & Threats*) untuk mengevaluasi tingkat performa rumah sakit X ini dalam kesanggupan dan kesiapannya mengimplementasikan ERACS sebagai salah satu program unggulannya. Analisis SWOT ini membandingkan antara faktor internal (*Strengths* dan *Weakness*) dengan faktor eksternal (*Opportunities* dan *Threats*) dimana kemudian akan dimasukkan dalam suatu matriks yang disebut dengan *Internal Strategic factor Analysis* (IFAS) dan *External Strategic Factor Analysis* (EFAS). Setelah itu kedua hasilnya akan digabungkan kedalam suatu model kualitatif yaitu matriks SWOT untuk

memformulasikan strategi yang kompetitif pada rumah sakit tersebut untuk mengimplementasikan teknik ERACS ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan wawancara dan observasi langsung, maka komponen faktor internal dan eksternal RS X dapat dilihat pada Gambar 1.

Faktor Internal	Faktor Eksternal
Strengths	Opportunities
• Citra RS X yang baik dimata masyarakat sekitar yang sudah berdiri dan melayani sejak >100 tahun • Jumlah Kunjungan pasien khususnya pasien Obgin yang cenderung tetap • SDM yang lengkap (RS tipe C dengan spesialis dasar dan penunjang serta pelengkap yang sudah ada) • Fasilitas dan infrastruktur yang sudah cukup baik (tersedia kamar operasi, HCU, serta NICU) sebagai pendukung di bagian Obgin • Dokter spesialis Obgin dan Anestesi sudah familiar dengan teknik ERACS • Teknik ERACS tidak membutuhkan alat dan fasilitas khusus dalam pelaksanaannya	• Banyaknya permintaan untuk dilakukan teknik ERACS ini pada pasien yang datang ke poli Obgin • RS X dikelilingi beberapa desa dan puskesmas sehingga menjadi tujuan perujukan • Kerjasama yang baik dengan BPJS • Jarak dengan RS lain yang cukup jauh • Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan RS yang baik
Weakness	Threats
• Promosi / publikasi yang kurang (publikasi di media sosial yang baru dimulai beberapa tahun terakhir) • Belum adanya pelatihan dan SOP untuk dilakukan teknik	• RS yang berada di Kabupaten Jombang mulai menerapkan Teknik ERACS sebagai salah satu program pelayanan Obgin

ERACS pada perawat dan bidan	• Tidak terdapat perbedaan klaim BPJS dalam melakukan sesar konvensional ataupun dengan teknik ERACS
• Perawat dan bidan sebagian besar belum familiar dalam pelaksanaan teknik ERACS dibandingkan teknik sesar konvensional	

Gambar 1. Komponen SWOT tentang implementasi ERACS di RS X

Setelah mengidentifikasi setiap komponen-komponen yang ada maka akan dimasukkan ke dalam tabel IFAS (Tabel 1) dan EFAS (Tabel 2) SWOT di bawah ini untuk melihat seberapa kuat kondisi internal (*Strengths* terhadap *Weaknesses*) dan eksternal RS (*Opportunities* terhadap *Threats*)

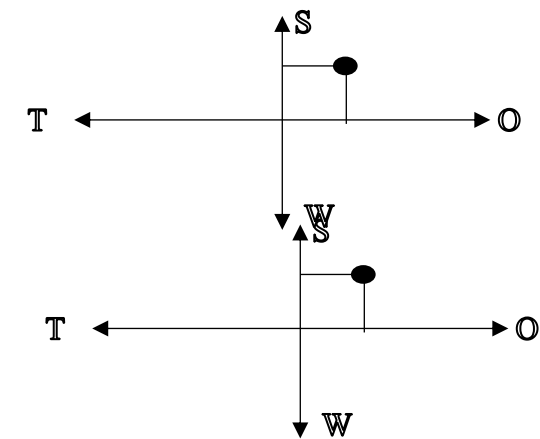
Tabel 1. IFAS SWOT

	Skor (S)	Rating (R)	Sx R
Strengths			
• Citra RS X yang baik dimata masyarakat sekitar yang sudah berdiri dan melayani sejak >100 tahun	0,21	4	0,84
• Jumlah Kunjungan pasien khususnya pasien Obgin yang cenderung tetap	0,16	4	0,64
• SDM yang lengkap (RS tipe C dengan spesialis dasar dan penunjang serta pelengkap yang ada)	0,13	3	0,39
• Fasilitas dan infrastruktur yang sudah cukup baik (tersedia kamar operasi, HCU, serta NICU) sebagai pendukung di bagian Obgin	0,13	3	0,39
• Dokter spesialis Obgin dan Anestesi sudah familiar dengan teknik ERACS	0,16	4	0,64
• Teknik ERACS tidak membutuhkan alat dan fasilitas khusus dalam pelaksanaanya	0,21	4	0,84
Total	1		3,74
Weakness			
• Promosi / publikasi yang kurang (publikasi di media sosial yang baru dimulai beberapa tahun terakhir)	0,20	2	0,40
• Belum adanya pelatihan dan SOP untuk dilakukan teknik ERACS pada perawat dan bidan	0,40	3	1,2
• Perawat dan bidan sebagian besar belum familiar dalam pelaksanaan teknik ERACS dibandingkan teknik sesar konvensional	0,40	3	1,2
Total	1		2,80

Tabel 2. EFAS SWOT

	Skor (S)	Rating (R)	Sx R
Opportunities			
• Banyaknya permintaan untuk dilakukan teknik ERACS ini pada pasien yang datang ke poli Obgin	0,27	4	1,08
• RS X dikelilingi beberapa desa dan puskesmas sehingga menjadi tujuan rujukan	0,13	2	0,26
• Kerjasama yang baik dengan BPJS	0,20	3	0,60
• Jarak dengan RS lain yang cukup jauh	0,13	2	0,26
• Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan RS yang baik	0,27	4	1,08
Total	1		3,28
Threats			
• RS yang berada di Kabupaten Jombang mulai menerapkan Teknik ERACS sebagai salah satu program pelayanan Obgin	0,60	3	1,80
• Tidak terdapat perbedaan klaim BPJS dalam melakukan sesar konvensional ataupun dengan teknik ERACS	0,40	2	0,80
total	1		2,60

Setelah menentukan skor IFAS dan EFAS, maka akan dimasukkan dalam koordinat strategi dimana penghitungannya $\{(\text{skor } strengths - weakness) / 2 \}$; $\{(\text{skor } opportunities - threats) / 2 \}$ didapatkan hasil 0.47;0.34 jadi strategi yang akan diambil adalah sesuai dengan gambar dibawah ini (Gambar 2)



Gambar 2. Koordinat Strategi RS X dalam mengimplementasikan Teknik ERACS

Berdasarkan hasil analisis SWOT diatas maka RS X berada pada kondisi prima dan mantap, sehingga sangat dimungkinkan untuk terus melakukan

ekspansi dan membesarkan usaha sehingga cocok untuk mengimplementasikan teknik ERACS ini sebagai salah satu programnya dengan menerapkan strategi pengembangan S-O yaitu menggunakan kekuatan RS yang ada untuk memanfaatkan kesempatan yang ada yang langkah-langkahnya bisa dilihat di tabel di bawah ini. (Tabel 3)

Tabel 3. Strategi S-O dalam pengimplementasian teknik ERACS

• Banyaknya permintaan untuk dilakukan teknik ERACS ini pada pasien yang datang ke poli Obgin • RS X dikelilingi beberapa desa dan puskesmas sehingga menjadi tujuan perujukan • Kerjasama yang baik dengan BPJS • Jarak dengan RS lain yang cukup jauh • Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan RS yang baik	
• Citra RS X yang baik dimata masyarakat sekitar yang sudah berdiri dan melayani sejak >100 tahun • Jumlah Kunjungan pasien khususnya pasien Obgin yang cenderung tetap • SDM yang lengkap (RS tipe C dengan spesialis dasar dan penunjang serta pelengkap yang sudah ada) • Fasilitas dan infrastruktur yang sudah cukup baik (tersedia kamar operasi, HCU, serta NICU) sebagai pendukung di bagian Obgin • Dokter spesialis Obgin dan Anestesi sudah familiar dengan teknik ERACS • Teknik ERACS tidak membutuhkan alat dan fasilitas khusus dalam pelaksanaanya	1. Memasukkan Teknik ERACS sebagai salah satu pilihan teknik sesar di RS X dengan memilih yang sesuai dengan syarat yang ada 2. Pembentukan tim perumus SOP ERACS 3. Sosialisasi SOP ERACS ke semua bagian yang berkepentingan dan bersinggungan seperti Kamar operasi, Bagian obgin, perinatologi, anestesi hingga gizi, farmasi, laboratorium dan rekam medis

American Society Of Obstetric and Gynecology (2016) menyatakan bahwa *Enhanced Recovery After Caesarean Surgery* (ERACS) adalah rekomendasi berdasarkan bukti-bukti yang memberikan standar dalam layanan perioperaatif, keselamatan pasien dan luaran operasi tersebut. ERACS ini telah dipergunakan secara luas pada operasi kolorektal, urologi, ginekologi dan hepatobilier.¹⁴⁻¹⁶

ERACS terdiri dari komponen preoperatif, intraoperatif, dan postoperatif. Komponen inti dari ERACS pada persalinan sesar memberi penekanan pada proses klinis pelayanan ibu hamil oleh tim multidisiplin mengenai informasi, edukasi dan konseling sebelum masuk rumah sakit. Komponen intraoperatif dan postoperatif dimulai sejak 30-60 menit sebelum dilakukan insisi dan berakhir saat ibu dipulangkan dari rumah sakit. Beberapa penelitian telah membuktikan ERACS dapat menurunkan LOS, komplikasi, tingkat readmisi dan biaya rumah sakit.¹⁶

Menurut World Health Report total biaya SC secara global diperkirakan sebesar 2,32 miliar dolar Amerika per tahun dan biaya terapi SC diperkirakan 432 juta dolar Amerika. Total biaya SC di Asia diperkirakan sebesar satu miliar dolar Amerika per tahun. Di Indonesia total biaya SC mencapai 19,5 juta dolar Amerika per tahun (WHO, 2010). Biaya persalinan SC menghabiskan biaya antara 10-17 juta rupiah dan lebih banyak daripada persalinan normal.^{14,15}

Di Indonesia, ERACS baru dikenal luas pada persalinan sesar dalam beberapa tahun terakhir, dan banyak rumah sakit masih berusaha melakukan standardisasi dan melakukan pengembangan teknik ini yang selain dapat menurunkan LOS juga biaya dari rumah sakit.¹⁴⁻¹⁶

Analisis SWOT adalah suatu alat sistematis yang digunakan untuk membantu pekerja dan perusahaan untuk meningkatkan performa, memaksimalkan potensi, mengatur persaingan, dan meminimalkan risiko dimana dapat dilakukan siapa saja mulai dari perusahaan kecil maupun besar dengan tujuan bisnis dan digunakan pada saat perusahaan sedang berisiko tidak berkembang dan berjalan di tempat serta dapat dipakai sebagai pengembangan diri. Analisis SWOT ini biasa digunakan untuk mengetahui efektivitas dari suatu produk, mengidentifikasi solusi dari permasalahan hingga mengidentifikasi keuntungan mendasar.^{17,18}

Pada penelitian ini, dilakukan analisis SWOT untuk mengetahui bagaimanakah posisi internal dan eksternal RS X terhadap akan dilakukannya teknik ERACS menjadi salah satu program pelayanan bagi ibu hamil yang melakukan sesar di RS tersebut.

Dari hasil diatas dapat dilihat bahwa kondisi internal dan eksternal RS mendukung diimplementasikannya teknik ERACS ini di RS ini dan dapat terlihat bahwa kekuatan internal terbesar dari RS ini adalah citra RS yang baik dimata masyarakat sekitar sehingga dengan adanya terobosan program baru seperti ERACS yang mempunyai kelebihan seperti lebih cepatnya mobilisasi dan lama rawat di RS serta nyeri yang minimal akan membuat penyebaran info mengenai program tersebut menjadi cepat. Kekuatan internal lainnya adalah teknik ERACS ini tidak membutuhkan infrastruktur atau peralatan yang khusus dibandingkan dengan teknik sesar konvensional tetapi hanya melakukan persiapan yang baik, pengaturan teknik intraoperasi serta pengaturan jenis dan

dosis obat anestesi serta mobilisasi pasien yang lebih dini paska operasi sehingga RS X sudah termasuk siap dalam hal infrastruktur dan SDM tetapi kekurangannya adalah banyaknya tenaga kesehatan selain dokter spesialis kandungan dan anestesi yang belum familiar terhadap teknis langkah-langkah ERACS ini dan belum ada *Standar Operating Procedure* (SOP) mengenai teknik ERACS ini di RS X.¹⁴⁻¹⁶

Kekuatan eksternal yang dipunyai RS X ini dalam mengimplementasikan teknik ERACS ini adalah banyaknya permintaan dari pasien yang melakukan kontrol kehamilan di RS X ini dimana menjadi RS rujukan BPJS dari beberapa puskesmas di sekitarnya, serta jarak dengan RS lainnya yang cukup jauh. Dengan adanya tingkat kepuasan pasien yang baik akan meningkatkan kunjungan pasien ulang ke rumah sakit tersebut. Sedangkan ancaman yang harus dihadapi adalah sudah mulai ada beberapa RS di kabupaten yang sama yang menerapkan teknik ERACS dan menjadi salah satu program unggulannya. Dan walaupun klaim BPJS terhadap teknik ERACS dan konvensional tidak dibedakan saat ini, tetapi dikarenakan lama rawat inap dan penggunaan bahan habis pakai dan obat yang lebih sedikit sehingga RS tidak akan menanggung beban kekurangan klaim karena sebagian besar pasien RS X (85-90%) menggunakan pembiayaan BPJS dalam pelayanan di RS ini.

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Rumah Sakit sebagai institusi publik yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan perawatan yang profesional, bermutu lebih baik dengan harga yang relatif murah dan bermanfaat bagi masyarakat. Keadaan yang demikian menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit khususnya bagi Rumah Sakit swasta untuk mewujudkan hal tersebut. Disamping sebagai unit sosial yang berupaya memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat, Rumah Sakit swasta juga harus memperhatikan faktor profit (mencari laba). Unsur komersil ini sangat diperlukan dalam pengelolaan rumah sakit karena unsur profit merupakan dasar kemampuan rumah sakit swasta untuk bertahan hidup dan berkembang.¹⁴

Tarif INA-CBG's telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan jaminan Kesehatan yang diperbauri dengan peraturan menteri kesehatan nomer 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan. Rumah sakit Sidowaras masuk dalam regional I dan masuk dalam rumah sakit swasta tipe C.¹⁹

SC merupakan salah satu diagnosis yang tarif pembayarannya diatur dalam INA-CBG's dengan kode O-6-10-I untuk prosedur sectio caesarea ringan, O-6-10-II untuk prosedur SC sedang dan O-6-10-III untuk prosedur sectio caesarea berat. Pembiayaanya untuk prosedur sesar ringan untuk BPJS

kelas 3 adalah Rp.4.521.100,00; BPJS kelas 2 adalah Rp.5.267.100,00; dan BPJS kelas 1 adalah Rp.6.013.100,00. Pembiayaanya untuk prosedur sesar sedang untuk BPJS 3 adalah Rp.4.782.900,00; BPJS kelas 2 adalah Rp.5.572.100,00; dan BPJS kelas 1 adalah Rp.6.361.300,00. Pembiayaanya untuk prosedur sesar berat untuk BPJS kelas 3 adalah Rp.5.612.600,00; BPJS kelas 2 adalah Rp.6.538.700,00; dan BPJS kelas 1 adalah Rp.7.464.800,00.¹⁹

Hal ini sesuai juga dengan beberapa penelitian seperti Monica (2021) dimana menyatakan 4 pasien (5,20%) yang tarif INA-CBG's melebihi tarif riil rumah sakit, dan 73 pasien (94,80%) yang tarif INA-CBG's kurang dari tarif riil rumahsakit. Kerugian rumah sakit mencapai 94,80%. Begitu juga dengan penelitian Islamyah (2022) Sebanyak 97% pasien, tarif biaya rill nya lebih besar di badingkan dengan tarif paket INA-CBGs dengan total kerugian mencapai Rp.897.835.662,00 terdapat perbedaan biaya rill dengan tarif INA-CBG's pasien rawat inap operasi pembedahan Caesar di rumah sakit kota Mataram tahun 2021.¹⁵

Dari analisis SWOT kauntitatif diatas didapatkan posisi RS X mengenai implementasi ERACS ini berada di posisi kuadran I dimana itu berarti kondisi RS dalam kondisi prima sehingga dapat melakukan ekspansi dan mengimplementasikan teknik ERACS ini sebagai salah satu programnya tetapi tetap harus melalui beberapa strategi dalam pelaksanaannya seperti pembentukan tim pembuat SOP ERACS sekaligus melakukan sosialisasi SOP tersebut kepada semua bagian RS yang berkepentingan, bukan saja bagian obgin, perinatologi, kamar operasi dan anestesi, tetapi juga bidan, perawat kamar bersalin, ruang rawat nifas, farmasi, rekam medis, gizi hingga laboratorium, hingga setelah siap semua baru mulai melakukan pemasaran dan promosi secara luas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Teknik ERACS dapat diimplementasikan di RS X kabupaten Jombang, Jawa timur sesuai dengan hasil analisis SWOT yang telah dilakukan dimana kekuatan RS yang terbesar adalah citra RS yang baik di mata masyarakat sekitar. Kekurangannya adalah belum tersedianya SOP ERACS di RS tersebut serta banyaknya tenaga medis yang belum familiar dengan teknis dari ERACS ini. Sedangkan peluang yang ada adalah banyaknya permintaan dari pasien yang kontrol kehamilan di RS ini serta RS ini dikelilingi oleh beberapa desa dan kecamatan dan puskesmas. Ancaman yang dihadapi RS X ini adalah sudah ada program ERACS ini di beberapa RS dalam kabupaten yang sama.

Penulis dapat menyarankan adanya persiapan ERACS yang baik dengan melakukan beberapa langkah strategi seperti pembentukan tim penyusun SOP, sosialisasi SOP ERACS serta tim marketing promosi program ini sebelum akhirnya diluncurkan sebagai program unggulan di RS X ini

DAFTAR PUSTAKA

1. Yu Y, Zhang X, Sun C, Zhou H, Zhang Q, Chen C. Reducing the rate of cesarean delivery on maternal request through institutional and policy interventions in Wenzhou, China. *PLoS ONE*. 2017.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016.
3. Kementerian Kesehatan. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan. 2018.
4. Badan Pusat Statistik, BKKBN, Kementerian Kesehatan, Macro Inc. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. BKKBN, Departemen Kesehatan, Macro Calverton Mary Land. 2008.
5. Sihombing B, Saptarini I, Putri DSK. Determinan Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 2017. 8(1): 63-75.
6. Meng X, Chen K, Yang C, Li H, Wang X. The Clinical Efficacy and Safety of Enhanced Recovery After Surgery for Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies. *Frontiers in Medicine*. 2021. 8(694385):1-10.
7. Liu ZQ, Du WJ, Yao SL. Enhanced recovery after cesarean delivery: a challenge for anesthesiologists. *Chinese Medical Journal*. 2020. 133(5): 590-6.
8. Mulyawati I, Azam M, Ningrum DNA. Faktor Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesarea. *KEMAS*. 2011. 7(1): 14-21.
9. Subekti SW. Indikasi Persalinan Seksio Sesarea. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. 2018. 7(1):11-9.
10. Patel K, Zakowski M. Enhanced Recovery After Cesarean: Current and Emerging Trends. *Current Anesthesiology Reports*. 2021. 11: 136-44.
11. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean delivery. *F1000 Research*. 2018.
12. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *AJOG*. 2019. 247:e1-9
13. Waili MA, Kalbani SA. Guideline for enhanced recovery after caesarian section. Directorate General of Specialized Medical Care, MoH. 2022.
14. Mildawati,R & Faizah,N.R. 2020. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Biaya Riil Pada Pasien Jkn Sectio Caesarea Rawat Inap Di RSUD dr. Moewardi Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan tujuh belas*. 2(1):171-81.
15. Monica, R.D. et.al. 2021. Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif Ina-CBGs berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap pada

- Kasus Persalinan Sectio Caesarea guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung. *JMIKI*. 9(1).90-6.
16. Mullman, L; et.al. 2020. Improved Outcomes With an Enhanced Recovery Approach to Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 136(4):685–91.
 17. Puyt,R.W., Lie,F.B., Wilderon, C.P.M.2023. The Origins of SWOT Analysis. *Long Range Planning* 56: 1-24
 18. Cipta, H & Hatamar, H. 2020. Analisis SWOT Integrasi Industri Halal dan perbankan Syariah di Indonesia. Shiddiq press: Bangka Belitung
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Available at. [Kemkes.go.id](https://kemkes.go.id) (Akses: 17 Agustus2023)