

Analisis Efektivitas Biaya Dan Lamarawat Pada Ibu Melahirkan Melalui Operasi Sesar: Perbandingan Metode ERACS Dan Non-ERACS

Indah Dwi Mentari¹, A Rohendi², Yani Restiani Widjaja³

^{1,2,3} Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya Bandung, Indonesia

E-mail: nouradwimentari@gmail.com, 0412096402@ars.ac.id, yani.yrw@ars.ac.id

Article History:

Received: 01 Agustus 2025

Revised: 19 Agustus 2025

Accepted: 21 Agustus 2025

Keywords: ERACS, operasi sesar, efektivitas biaya, lama masa rawat, metode konvensional.

Abstract: Penelitian ini menganalisis perbedaan efektivitas biaya dan lama masa rawat antara metode operasi sesar Enhanced Recovery After Caesarean Surgery (ERACS) dan konvensional (non-ERACS) di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok. Menggunakan pendekatan kuantitatif komparatif dengan desain retrospektif, data rekam medis pasien operasi sesar tahun 2023 dikumpulkan. Analisis Independent Sample t-Test dan Chi-square digunakan untuk menguji perbedaan biaya dan lama rawat. Hasil menunjukkan perbedaan signifikan pada total biaya perawatan ($p=0.020$), dengan ERACS rata-rata Rp 10.089.544 dan non-ERACS Rp 9.706.049. Komponen biaya seperti akomodasi ($p=0.033$), obat dan BMHP ($p=0.000$), visite ($p=0.021$), serta pemeriksaan penunjang ($p=0.000$) menunjukkan perbedaan signifikan, meskipun biaya tindakan medis dan operasi tidak berbeda signifikan. Lama masa rawat juga berbeda signifikan ($p=0.000$), di mana pasien ERACS pulih lebih cepat (45.7% keluar <3 hari) dibandingkan non-ERACS. ERACS terbukti lebih efektif dalam efisiensi klinis dan durasi rawat, menjadikannya alternatif unggul dalam pelayanan obstetri berbasis efisiensi dan mutu.

PENDAHULUAN

Kesehatan dan kesejahteraan masyarakat merupakan fondasi penting pembangunan sosial, sejalan dengan agenda Sustainable Development Goals (SDGs) 2030 yang menargetkan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup (Bappenas, 2019). Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) seperti rumah sakit, menjadi krusial untuk mencapai target ini. Operasi *Seccio Caesarea* (SC) adalah prosedur persalinan yang umum dilakukan ketika persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko tinggi (Cunningham et al., 2018). Tren peningkatan operasi sesar di Indonesia, dari 1.2% hingga 6.8% antara 1991-2017 (SDKI), dan mencapai 17.6% secara nasional pada Riskesdas 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2018), menunjukkan relevansi studi terkait efisiensi dan efektivitas prosedur ini. Dalam upaya meningkatkan manfaat klinis dan

efisiensi pelayanan perioperatif, metode *Enhanced Recovery After Caesarean Surgery* (ERACS) telah dikembangkan dari konsep *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) yang terbukti mengurangi lama rawat dan komplikasi pascaoperasi (Purnaningrum & Surayawati, 2023). ERACS menawarkan pemulihan lebih cepat, mengurangi nyeri pascaoperasi, dan memungkinkan mobilisasi dini (Karunia, 2016; Jaata, 2021). Meskipun ERACS menjanjikan efisiensi klinis, implementasinya dihadapkan pada tantangan finansial, terutama di bawah sistem pembayaran *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) yang diterapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 26 Tahun 2021, yang mengintegrasikan biaya bayi sehat ke dalam paket persalinan ibu, telah menimbulkan selisih negatif antara biaya pelayanan dan klaim yang diterima rumah sakit. Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok telah menerapkan ERACS sejak Januari 2023 untuk mengatasi tantangan ini dan meningkatkan kualitas layanan. Namun, belum ada kajian empiris sistematis yang mengevaluasi perbedaan efektivitas biaya dan lama masa rawat antara ERACS dan SC konvensional di rumah sakit ini. Penelitian ini bertujuan mengisi *research gap* tersebut dengan menganalisis perbedaan efektivitas biaya dan lama masa rawat pada ibu yang melahirkan melalui operasi sesar metode ERACS dan non-ERACS di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok, serta mengidentifikasi metode yang lebih efisien dan efektif secara keseluruhan. Urgensi penelitian ini terletak pada penyediaan bukti empiris yang kuat untuk pengembangan protokol pelayanan yang lebih baik, optimalisasi mutu layanan, dan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif komparatif dengan pendekatan *cross-sectional* dan retrospektif. Data dikumpulkan pada satu titik waktu yang sama, membandingkan variabel bebas (metode ERACS dan non-ERACS) dengan variabel terikat (lama hari rawat dan tagihan layanan). Desain ini dipilih untuk menilai hubungan antara penggunaan metode ERACS dengan efektivitas biaya dan lama rawat, serta memungkinkan replikasi studi di masa mendatang.

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang menjalani persalinan SC dengan metode ERACS dan non-ERACS di RS Bhayangkara Brimob Depok pada periode Oktober 2022 hingga Maret 2023, berjumlah 317 pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*, di mana seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sampel. Kriteria inklusi meliputi pasien dengan jaminan BPJS yang menjalani persalinan SC. Sampel dibagi menjadi dua kelompok: periode non-ERACS (Oktober 2022 – 15 Januari 2023) dan periode ERACS (16 Januari 2023 – 31 Maret 2023).

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan secara sekunder dari rekam medis pasien dan catatan keuangan Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok. Informasi dari rekam medis meliputi metode operasi (ERACS/non-ERACS) dan lama hari rawat inap. Data keuangan rumah sakit mencakup rincian tagihan akomodasi, obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), tindakan medis, visite dokter, pemeriksaan penunjang, dan total tagihan perawatan.

Variabel dan Pengukuran

- **Variabel Bebas (X):** Metode Persalinan SC (ERACS dan Non ERACS). Diukur secara nominal berdasarkan informasi tindakan persalinan yang dijalani pasien dari rekam medis.
- **Variabel Terikat (Y):**

- **Lama Hari Rawat (Y2):** Jumlah hari pasien menjalani perawatan di RS, dihitung dari hari masuk hingga keluar. Diukur secara ordinal (<3 hari, 3-5 hari, >5 hari) dari rekam medis.
- **Efektivitas Biaya Rumah Sakit (Y1):** Meliputi beberapa komponen tagihan yang diukur secara rasio dari data keuangan rumah sakit:
 - Tagihan Akomodasi
 - Tagihan Obat dan BMHP
 - Tagihan Tindakan Medis dan Visite
 - Tagihan Pemeriksaan Penunjang
 - Tagihan Total Perawatan

Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Meskipun menggunakan data sekunder, uji validitas dan reliabilitas tetap dilakukan.

- **Uji Validitas:** Dilakukan melalui *content validity* dengan konfirmasi dari tim medis dan manajemen informasi rumah sakit mengenai keakuratan dan kelengkapan data dalam rekam medis.
- **Uji Reliabilitas:** Dilakukan melalui *inter-rater reliability* dengan dua peneliti mengkodekan dan mencatat data secara independen, kemudian membandingkan konsistensi data. Perbedaan diselesaikan melalui klarifikasi bersama dan konfirmasi ke pihak rekam medis.

Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap menggunakan SPSS:

1. **Analisis Deskriptif:** Menggambarkan karakteristik data (rata-rata, standar deviasi, minimum, maksimum untuk numerik; frekuensi dan persentase untuk kategorik) untuk setiap variabel pada kedua kelompok.
2. **Uji Hipotesis (Analisis Bivariat):**
 - **Independent Sample t-Test:** Digunakan untuk menguji perbedaan rata-rata biaya (akomodasi, obat & BMHP, visite, tindakan medis, pemeriksaan penunjang, operasi, dan total perawatan) antara kelompok ERACS dan non-ERACS. Hipotesis nol (H_0) menyatakan tidak ada perbedaan, sedangkan hipotesis alternatif (H_1) menyatakan ada perbedaan. Signifikansi ditentukan pada $p < 0.05$.
 - **Uji Chi-Square:** Digunakan untuk menguji perbedaan lama hari rawat antara kelompok ERACS dan non-ERACS. Hipotesis nol (H_0) menyatakan tidak ada hubungan, sedangkan hipotesis alternatif (H_1) menyatakan ada hubungan. Signifikansi ditentukan pada $p < 0.05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Karakteristik Responden

Tabel 1 menunjukkan distribusi responden berdasarkan usia dan kelas perawatan. Pada kelompok ERACS, 20.9% pasien berusia risiko tinggi, sementara pada non-ERACS sebesar 20.0%. Distribusi kelas perawatan pada ERACS adalah 34.6% (Kelas 1), 30.9% (Kelas 2), dan 34.6% (Kelas 3). Pada non-ERACS, distribusinya 30.3% (Kelas 1), 34.8% (Kelas 2), dan 34.8% (Kelas 3).

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Kelas Perawatan

Variabel	Metode ERACS	Metode Non-ERACS
Usia	Jumlah (%)	Jumlah (%)
Risiko Tinggi	34 (20.9%)	31 (20.0%)
Tidak Berisiko	128 (79.1%)	124 (80.0%)
Kelas Perawatan	Jumlah (%)	Jumlah (%)
Kelas 1	56 (34.6%)	47 (30.3%)
Kelas 2	50 (30.9%)	54 (34.8%)
Kelas 3	56 (34.6%)	54 (34.8%)

Lama Hari Rawat

Tabel 2 menunjukkan distribusi frekuensi lama hari rawat. Pada kelompok ERACS, 45.7% pasien dirawat kurang dari 3 hari, dan 54.3% dirawat 3-5 hari. Tidak ada pasien ERACS yang dirawat lebih dari 5 hari. Sebaliknya, pada kelompok non-ERACS, hanya 1.3% pasien dirawat kurang dari 3 hari, 94.2% dirawat 3-5 hari, dan 4.5% dirawat lebih dari 5 hari. Uji Chi-square menunjukkan perbedaan signifikan pada lama hari rawat antara kedua kelompok ($p = 0.000$).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Lama Hari Rawat Operasi SC Metode ERACS dan Non-ERACS

Lama Hari Rawat	Metode ERACS	Metode Non-ERACS	Total	P-value
< 3 hari	74 (45.7%)	2 (1.3%)	76 (24.0%)	0.000
3-5 hari	88 (54.3%)	146 (94.2%)	234 (73.8%)	
5 hari	0 (0.0%)	7 (4.5%)	7 (2.2%)	
Total	162 (100%)	155 (100%)	317 (100%)	

Tagihan Rumah Sakit

Tabel 3 menyajikan rata-rata, standar deviasi, dan rentang tagihan untuk berbagai komponen biaya pada kedua metode.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tagihan Rumah Sakit (Rata-rata, SD, Min-Max)

Variabel Komponen Biaya	Metode	N	Mean (Rp)	SD (Rp)	Min-Max (Rp)	P-value
Akomodasi	ERACS	162	903.703	463.599	300.000 - 1.800.000	0.033
	Non-	155	1.007.419	393.815	300.000 -	

Variabel Komponen Biaya	Metode	N	Mean (Rp)	SD (Rp)	Min- Max (Rp)	P- value
Obat & BMHP	ERACS				1.800.000	
	ERACS	162	863.487	149.542	497.496 - 1.136.666	0.000
	Non- ERACS	155	1.007.299	131.019	652.747 - 1.233.857	
Visite	ERACS	162	310.925	100.630	150.000 - 595.000	0.021
	Non- ERACS	155	338.548	111.393	145.000 - 595.000	
Tindakan Medis	ERACS	162	1.190.878	304.158	799.000 - 1.990.000	0.244
	Non- ERACS	155	1.154.456	247.727	102.000 - 1.664.000	
Pemeriksaan Penunjang	ERACS	162	255.833	12.007	245.000 - 340.000	0.000
	Non- ERACS	155	280.225	52.931	245.000 - 405.000	
Biaya Operasi	ERACS	162	5.744.197	539.296	4.810.000 - 6.690.000	0.793
	Non- ERACS	155	5.723.283	850.573	669.000 - 6.690.000	
Total Perawatan	ERACS	162	10.089.544	1.608.871	7.653.680 - 13.703.144	0.020
	Non- ERACS	155	9.706.049	1.294.349	7.653.680 - 12.296.245	

Hasil Independent Sample t-Test menunjukkan:

- **Tagihan Akomodasi:** Terdapat perbedaan signifikan ($p=0.033$), dengan ERACS lebih rendah (Rp 903.703) dibandingkan non-ERACS (Rp 1.007.419).
- **Tagihan Obat & BMHP:** Terdapat perbedaan signifikan ($p=0.000$), dengan ERACS lebih rendah (Rp 863.487) dibandingkan non-ERACS (Rp 1.007.299).
- **Tagihan Visite:** Terdapat perbedaan signifikan ($p=0.021$), dengan ERACS lebih rendah (Rp 310.925) dibandingkan non-ERACS (Rp 338.548).
- **Tagihan Tindakan Medis:** Tidak terdapat perbedaan signifikan ($p=0.244$).
- **Tagihan Pemeriksaan Penunjang:** Terdapat perbedaan signifikan ($p=0.000$), dengan ERACS lebih rendah (Rp 255.833) dibandingkan non-ERACS (Rp 280.225).
- **Tagihan Biaya Operasi:** Tidak terdapat perbedaan signifikan ($p=0.793$).
- **Total Tagihan Perawatan:** Terdapat perbedaan signifikan ($p=0.020$), dengan ERACS sedikit lebih tinggi (Rp 10.089.544) dibandingkan non-ERACS (Rp 9.706.049).

Pembahasan

Penelitian ini mengkonfirmasi bahwa metode ERACS memberikan dampak signifikan terhadap efisiensi klinis dan durasi rawat inap pasca operasi sesar, meskipun dengan implikasi biaya total yang kompleks.

Lama Masa Rawat Pasca Operasi

Hasil uji Chi-square menunjukkan perbedaan yang sangat signifikan ($p < 0.001$) pada lama masa rawat antara kelompok ERACS dan non-ERACS. Mayoritas pasien ERACS (45.7%) dapat dipulangkan dalam waktu kurang dari 3 hari, sementara pada kelompok non-ERACS, hanya 1.3% yang mencapai durasi rawat sependek itu. Sebagian besar pasien non-ERACS (94.2%) memerlukan 3-5 hari rawat inap, bahkan 4.5% dirawat lebih dari 5 hari. Temuan ini konsisten dengan literatur sebelumnya (Ituk, 2018; Jingru, 2020; Khoirunisa, 2023) yang menunjukkan bahwa ERACS secara efektif memperpendek *Length of Stay* (LOS) pascaoperasi. Pemulihan yang lebih cepat pada ERACS disebabkan oleh pendekatan multimodal yang mencakup manajemen nyeri optimal, mobilisasi dini, dan edukasi praoperatif yang komprehensif, yang secara kolektif mengurangi risiko komplikasi dan mempercepat pemulihan fungsional (Situmorang et al., 2022). Penurunan LOS ini tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien tetapi juga berkontribusi pada efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit (Widjaja, 2022).

Efektivitas Biaya Pelayanan

Analisis biaya menunjukkan gambaran yang bervariasi antar komponen:

- **Tagihan Akomodasi, Obat & BMHP, Visite, dan Pemeriksaan Penunjang:** Metode ERACS menunjukkan biaya rata-rata yang lebih rendah secara signifikan pada komponen-komponen ini. Penurunan biaya akomodasi ($p=0.033$) dan visite ($p=0.021$) dapat dikaitkan langsung dengan LOS yang lebih pendek pada pasien ERACS. Semakin singkat pasien dirawat, semakin sedikit biaya kamar dan kunjungan dokter yang terakumulasi. Efisiensi pada obat dan BMHP ($p=0.000$) serta pemeriksaan penunjang ($p=0.000$) mencerminkan optimalisasi penggunaan sumber daya medis. Protokol ERACS mendorong penggunaan obat yang lebih rasional (misalnya, pengurangan opioid) dan pemeriksaan diagnostik yang lebih selektif, mengurangi pengeluaran yang tidak perlu (Nelson et al., 2021; Modesitt et al., 2022). Ini sejalan dengan prinsip farmakoeкономи yang menekankan efisiensi dalam pemilihan terapi (Khoiriyah, 2018).
- **Tagihan Tindakan Medis dan Biaya Operasi:** Tidak ditemukan perbedaan signifikan pada kedua komponen ini ($p=0.244$ dan $p=0.793$). Hal ini dapat dijelaskan oleh sistem pembayaran INA-CBGs yang diterapkan BPJS Kesehatan. Tarif tindakan medis dan operasi dalam sistem ini bersifat *flat-rate* atau berbasis paket, yang berarti biaya telah ditentukan sebelumnya berdasarkan diagnosis dan prosedur, tanpa membedakan metode klinis spesifik yang digunakan (Kementerian Kesehatan RI, 2021; Suharmiati, 2019). Oleh karena itu, meskipun ERACS mengubah praktik klinis, dampaknya pada biaya operatif langsung tidak terlihat karena terikat pada regulasi tarif nasional.

Total Tagihan Perawatan

Menariknya, meskipun ERACS menunjukkan efisiensi pada beberapa komponen biaya, total tagihan perawatan rata-rata pada kelompok ERACS justru sedikit lebih tinggi (Rp 10.089.544) dibandingkan non-ERACS (Rp 9.706.049), dengan perbedaan yang signifikan secara statistik ($p=0.020$). Fenomena ini mungkin disebabkan oleh investasi awal yang lebih tinggi dalam implementasi ERACS, seperti pelatihan tim multidisiplin, pengadaan alat khusus, atau peningkatan kualitas manajemen pra- dan pascaoperasi yang belum sepenuhnya tercermin dalam komponen biaya yang dianalisis secara terpisah. Studi oleh Lee et al. (2021) dan Ljungqvist et al. (2020) juga mengindikasikan bahwa meskipun ERACS/ERACS memerlukan investasi awal, manfaatnya lebih terlihat pada pengurangan komplikasi jangka panjang, re-hospitalisasi, dan peningkatan *cost per outcome* (biaya per keberhasilan klinis) yang tidak selalu tercakup dalam

tagihan langsung. Ini menunjukkan bahwa efisiensi ERACS lebih bersifat holistik dan berorientasi pada nilai jangka panjang, bukan sekadar pengurangan biaya langsung.

Kesimpulan Efisiensi dan Efektivitas Keseluruhan

Secara keseluruhan, ERACS terbukti lebih efektif dalam efisiensi klinis dan durasi rawat inap. Meskipun total biaya perawatan sedikit lebih tinggi, manfaat ERACS dalam mempercepat pemulihan, mengurangi risiko komplikasi, dan meningkatkan kualitas layanan secara keseluruhan menjadikannya alternatif unggul dalam pelayanan obstetri. Efisiensi yang dihasilkan dari ERACS, terutama dalam hal LOS dan penggunaan sumber daya seperti obat dan BMHP, menunjukkan bahwa metode ini mendukung tujuan peningkatan mutu layanan dan optimalisasi sumber daya rumah sakit.

KESIMPULAN

1. **Efektivitas terhadap Lama Masa Rawat:** Metode ERACS secara signifikan memperpendek lama masa rawat inap pasca operasi sesar dibandingkan metode konvensional. Pasien ERACS cenderung pulih dan dipulangkan lebih cepat, menunjukkan keunggulan klinis dalam proses pemulihan.
2. **Efektivitas terhadap Komponen Biaya Pelayanan:** ERACS menunjukkan efisiensi biaya pada komponen akomodasi, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP), visite dokter, dan pemeriksaan penunjang. Namun, tidak ada perbedaan signifikan pada biaya tindakan medis dan operasi karena terikat pada sistem tarif INA-CBGs.
3. **Efisiensi dan Efektivitas Keseluruhan:** Meskipun total biaya perawatan ERACS sedikit lebih tinggi, metode ini dinilai lebih unggul dari sisi efektivitas klinis, mempercepat pemulihan, mengurangi risiko komplikasi, dan meningkatkan mutu layanan. ERACS merupakan pendekatan yang lebih efisien dan berorientasi pada kualitas dalam pelayanan obstetri modern.

SARAN DAN IMPLIKASI

Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok:

- **Optimalisasi Implementasi ERACS:** Rumah sakit disarankan untuk terus mengoptimalkan dan memperluas penerapan ERACS bagi pasien SC yang memenuhi kriteria. Ini mencakup standarisasi protokol yang lebih ketat, pelatihan berkelanjutan bagi tim medis multidisiplin, dan pemantauan kepatuhan terhadap protokol ERACS.
- **Studi Biaya Komprehensif:** Perlu dilakukan analisis biaya-manfaat jangka panjang yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi secara rinci komponen biaya yang menyebabkan total tagihan ERACS lebih tinggi. Studi ini dapat mencakup analisis *cost per outcome* atau *cost-utility analysis* untuk mengukur nilai ERACS secara holistik, mempertimbangkan potensi penurunan biaya komplikasi, re-hospitalisasi, dan peningkatan *throughput* pasien.
- **Edukasi Pasien:** Meningkatkan edukasi kepada pasien mengenai manfaat ERACS, termasuk aspek pemulihan yang lebih cepat dan efisiensi pada beberapa komponen biaya, untuk meningkatkan pemahaman dan partisipasi pasien dalam proses pemulihan.

Bagi Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan:

- **Penyesuaian Tarif INA-CBGs:** Mengingat adanya selisih negatif antara biaya riil ERACS dan tarif INA-CBGs, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan perlu mempertimbangkan penyesuaian tarif untuk layanan ERACS. Hal ini dapat dilakukan melalui:

- **Laporan Cost Analysis Aktual:** Rumah sakit dapat menyusun laporan *cost analysis* aktual secara periodik untuk layanan SC metode ERACS, yang mencakup semua komponen biaya, sebagai dasar argumen dalam dialog dengan BPJS Kesehatan.
- **Advokasi Kebijakan:** Asosiasi rumah sakit (PERSI, ARSADA) dapat memperkuat posisi negosiasi secara kolektif untuk mendorong perubahan kebijakan tarif yang lebih mencerminkan beban biaya riil dan nilai klinis ERACS.
- **Pilot Project Evaluasi Tarif:** Mengusulkan *pilot project* evaluasi tarif INA-CBGs untuk ERACS, melibatkan rumah sakit vertikal dan akademik, untuk memberikan bukti kuat bahwa ERACS layak mendapat insentif tarif yang berbeda.
- **Pengembangan Skema Tarif Berbasis Nilai:** Mendorong BPJS Kesehatan untuk mengembangkan skema tarif berbasis kompleksitas klinis dan *outcome* (*value-based purchasing*), sehingga inovasi klinis seperti ERACS yang meningkatkan efisiensi klinis dan menurunkan risiko komplikasi mendapatkan apresiasi finansial yang setara dengan kualitas *outcome*-nya.

Bagi Peneliti Selanjutnya:

- **Penelitian Longitudinal:** Disarankan untuk melakukan penelitian longitudinal yang melacak pasien dalam jangka waktu lebih panjang untuk mengevaluasi dampak ERACS terhadap tingkat komplikasi jangka panjang, re-hospitalisasi, dan kualitas hidup pasca-persalinan.
- **Analisis Kualitatif:** Menggabungkan pendekatan kuantitatif dengan analisis kualitatif (misalnya, wawancara mendalam dengan pasien dan tenaga medis) untuk memahami persepsi, pengalaman, dan tantangan dalam implementasi ERACS dari berbagai perspektif.
- **Perbandingan Multi-Institusi:** Melakukan studi perbandingan di beberapa rumah sakit dengan kategori pelayanan berbeda (misalnya, rumah sakit rujukan nasional, daerah, atau swasta) untuk melihat variasi dalam implementasi ERACS, struktur biaya, dan hasilnya.
- **Evaluasi Ekonomi Lanjutan:** Menerapkan metode evaluasi ekonomi yang lebih canggih seperti *Cost-Benefit Analysis* (CBA) atau *Cost-Utility Analysis* (CUA) untuk mengukur manfaat ERACS dalam nilai moneter atau *Quality-Adjusted Life Years* (QALYs), sehingga dapat memberikan argumen yang lebih kuat untuk investasi dalam metode ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Depok atas izin dan fasilitas yang diberikan untuk pengumpulan data penelitian ini. Apresiasi juga disampaikan kepada seluruh staf medis dan administrasi yang telah membantu dalam penyediaan data rekam medis dan keuangan.

DAFTAR REFERENSI

- Bappenas. (2019). *Rencana Aksi Nasional Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2020–2024*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Sheffield, J. S. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.
- Ituk, U. (2018). *Enhanced Recovery After Caesarean Section (ERACS): A Review of Current Evidence*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(7), 881-886.

-
- Jaata, D. (2021). *Perbandingan Lama Pemulihan Metode ERACS dengan SC Konvensional*. Jurnal Obstetri Indonesia, 10(1), 44–50.
- Jingru, L. (2020). *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Obstetrics and Gynecology*. Chinese Medical Journal, 133(1), 1-7.
- Karunia, A. (2016). *Perbandingan Lama Rawat Pasien Post Operasi Caesar Metode Konvensional dan ERACS di Rumah Sakit Tipe B*. Jurnal Medika, 7(3), 145–150.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Petunjuk teknis sistem pembayaran INA-CBGs dalam pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Khoiriyah, U. (2018). *Farmakoekonomi: Dasar dan Aplikasinya*. Yogyakarta: Pustaka Medis.
- Khoirunisa, N. (2023). *Keberhasilan Menyusui dan Lama Perawatan pada Persalinan dengan Metode Enhanced Recovery After Caesarean Section*. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, 14(1), 34–42.
- Lee, L., Feldman, L. S., Fiore, J. F., & Liberman, A. S. (2021). The economic burden and cost-effectiveness of enhanced recovery pathways in surgical patients. *Surgical Clinics of North America*, 101(1), 45–58.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. H. (2020). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 155(4), 292–298.
- Modesitt, S. C., et al. (2022). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Gynecologic Oncology: A Systematic Review. *Gynecologic Oncology*, 164(1), 1-8.
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., & Dowdy, S. (2021). Enhanced recovery pathways in gynecologic surgery: A review of the literature. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 33(4), 285–292.
- Purnaningrum, E., & Surayawati, M. N. (2023). *Efektivitas Metode ERACS dalam Mempercepat Pemulihan Pasien Post Sectio Caesarea: Kajian Literatur Sistematis*. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, 9(1), 21–30.
- Rohendi, A., & Widjaja, Y. R. (2023). *Analisis Gap Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Menggunakan Importance Performance Analysis dan PGCV*. Jurnal Administrasi Rumah Sakit, 15(1), 55–64.
- Situmorang, D. R., Lestari, P., & Hartati, R. (2022). Pengaruh Metode Enhanced Recovery After Surgery terhadap Lama Rawat Pasien Pasca SC. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 10(2), 140–147.
- Suharmiati. (2019). *Manajemen pembiayaan kesehatan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Widjaja, Y. R. (2022). *Manajemen Strategik Rumah Sakit di Era JKN*. Jakarta: Mitra Wacana Media.