

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Pada 1 Maret 1966 didirikan sebuah Klinik dan Rumah Bersalin di Bantul dengan nama Klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul. Pada tahun 1984, seiring perkembangan klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul yang semakin berkembang, dengan adanya pelayanan pertumbuhan dan perkembangan anak. Akhirnya pada tahun 1995, Rumah Bersalin berubah menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY no 503/1009/PK/IV/1995 dan pada tahun 2001 menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkan ijin operasional no : 445/4318/2001 dari Dinas Kesehatan. Sejak tahun 2013 sampai sekarang sudah mendapat akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dari KARS.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul beralamat di Jln. Jendral Sudirman 124 Bantul Yogyakarta merupakan rumah sakit tipe C memiliki 126 TT, 17 orang dokter umum, 35 orang dokter spesialis, dan 5 dokter gigi. Jumlah tenaga perawat sebanyak 179 orang (pegawai tetap dan non tetap) dan *baby sitter* sebanyak 1 orang.

Jumlah tenaga paramedis non keperawatan sebanyak 72 orang yang terdiri dari apoteker 4 orang, asisten apoteker 26 orang, analisa kesehatan

14 orang, ahli gizi 4 orang, radiografer 10 orang, fisioterapis 8 orang dan rekam medik 6 orang. Jumlah tenaga non medis sebanyak 62 orang yang terdiri dari bagian keuangan dan akuntansi 15 orang, logistik 6 orang, pemasaran 9 orang, sarpras 6 orang, elektromedik 2 orang, sanitasi 4 orang. Selain itu terdapat juga SDI 3 orang, diklat 2 orang, pamor dan mutu 2 orang, humas dan legal 3 orang, bina ruhani 6 orang, SIM RS 4 orang.

B. Audit *Clinical Pathway*

Kebutuhan untuk sampel diambil secara *retrospective* dari status rekam medis yang didiagnosis dengan apendisitis akut simple dan tidak ada penyakit penyerta lain. Dari rekam medis tersebut diperoleh 23 kasus yang memenuhi kriteria inklusi selama rentang waktu September-November 2016.

Tabel 4. Karakteristik Sampel Pasien dengan Diagnosis Apendisitis Akut

| Karakteristik | | Jumlah |
|-------------------|-----------|--------|
| Umur | Dewasa | 18 |
| | Anak | 5 |
| Jenis Kelamin | Laki-Laki | 10 |
| | Perempuan | 13 |
| Rawat Inap dari | IGD | 16 |
| | Poli | 7 |
| Dirawat oleh DPJP | Fulltimer | 13 |
| | Parttimer | 10 |

Pada tabel 4 terlihat bahwa kasus apendisitis akut pada dewasa lebih banyak dibandingkan anak-anak, terdiri dari 10 laki-laki dan 13 perempuan. Pasien yang masuk melalui IGD juga mendominasi sebanyak 16 pasien dibandingkan dengan yang melalui poliklinik, hal ini karena pasien apendisitis akut merasakan nyeri perut mendadak (akut), disertai juga gejala lain seperti demam, mual, muntah, dan tidak ada nafsu makan sehingga butuh penatalaksanaan dan tindakan segera.

Tabel 5. Karakteristik Kepatuhan Clinical Pathway Apendisitis Akut

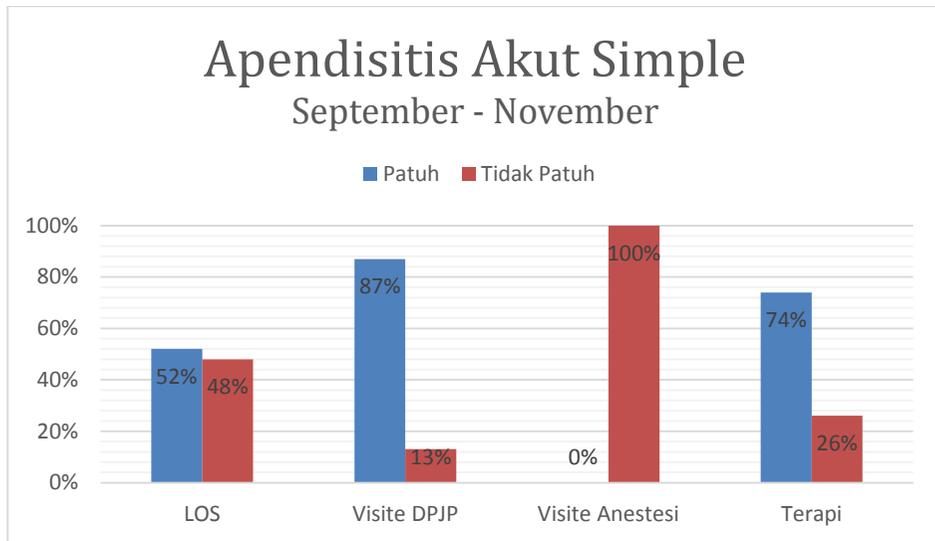
| No | Kegiatan | Total Presentasi Identifikasi | |
|----|------------------------|-------------------------------|-------------|
| | | Patuh | Tidak Patuh |
| 1 | Admisi | 100% | 0% |
| 2 | Penunjang Diagnosis | 100% | 0% |
| 3 | Diagnosis | | |
| | Visite DPJP | 87% | 13% |
| | Visite Anestesi | 0% | 100% |
| 4 | Tindakan Medis | 100% | 0% |
| 5 | Terapi | 65% | 35% |
| 6 | Monitoring | | |
| | Asuhan Keperawatan | 100% | 0% |
| | Asuhan Kefarmasian | 100% | 0% |
| | Asuhan Gizi | 100% | 0% |
| 7 | Persiapan Pulang | 100% | 0% |
| 8 | Edukasi | 100% | 0% |
| 9 | Discharge Planning | 100% | 0% |
| 10 | Prosedur Administrasi | 100% | 0% |
| 11 | Lama Rawat Inap | 52% | 48% |
| | Rata-Rata Kepatuhan | 86% | 14% |

Tabel 6. Karakteristik Kepatuhan Dokter Fulltimer dan Parttimer

| No | Kegiatan | Persentase Kepatuhan Dokter | |
|----|---------------------------|-----------------------------|-----------|
| | | Fulltimer | Parttimer |
| 1 | Kepatuhan visite | | |
| | Visite DPJP | 93% | 79% |
| | Visite Anestesi | 0% | 0% |
| 2 | Kepatuhan Terapi | 100% | 40% |
| 3 | Kepatuhan Lama Rawat Inap | 69,23% | 30% |

Pada tabel 5 terdapat sebelas kegiatan untuk menilai kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway*. Dari sebelas kegiatan dapat disimpulkan ada tiga masalah dalam kepatuhan *clinical pathway* apendisitis akut yaitu kepatuhan visite dokter, kepatuhan terapi, dan kepatuhan lama rawat inap (LOS). Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap *clinical pathway* apendisitis akut sebesar 86% sedangkan ketidakpatuhannya sebesar 14%. Pada rata-rata lama rawat inap (AVLOS) sebesar 3,56 hari, hal ini tidak sesuai dengan *clinical pathway* yang membatasi perawatan apendisitis akut simple selama tiga hari. Gambaran lebih jelasnya bisa dilihat pada diagram hasil audit *clinical pathway* (lihat Gambar 7).

Pada Tabel 6 merupakan perbandingan kepatuhan antara dokter fulltimer dan parttimer. Untuk visite anestesi baik fulltimer dan parttimer tidak melakukan visite pre operasi pada ke semua sample pasien. Sedangkan kepatuhan visite DPJP, terapi dan lama rawat inap pada dokter fulltimer masih lebih baik dibandingkan dengan dokter parttimer.



Gambar 7. Diagram Hasil Audit *Clinical Pathway*

C. Data Narasumber

Narasumber penelitian ini sebanyak 5 orang dengan karakteristik sebagai berikut :

1. Narasumber 1 (N1) : Ka. Instalasi Kamar Operasi dan ICU
2. Narasumber 2 (N2) : Ka. Pamor dan Mutu
3. Narasumber 3 (N3) : Ka. Tim Clinical Pathways
4. Narasumber 4 (N4) : Ka. SMF Bedah yang juga Direktur Pelayanan Medis
5. Narasumber 5 (N5) : Manajer Rawat Inap dan Rawat Jalan

Tabel 7. Ringkasan Hasil Wawancara

| Kategori | Sub Kategori | Tema/Komentar | |
|------------------|---|---|---|
| | | Wawancara | Rekomendasi |
| Kepatuhan Visite | Kepatuhan visite pre op rendah (Fulltimer 0%, Parttimer 0%) | "Di sini alur operasi masih belum sesuai prosedur" (N1 1-2) | "Pasien dadakan bisa dikurangi, untuk visite kita upayakan, sistemnya juga belum maksimal, dan terakhir alur operasi yang ideal ya seperti di RS Pemerintah" (N1 12-15) |
| | | "Kriteria layak operasi belum ada dan SPO Assesment Pre OP tidak dilaksanakan" (N2 5-7) | "Pembuatan alur operasi yang jelas dan diadakan FGD identifikasi masalah di kamar operasi" (N2 21-24) |
| | | "Desain dan alur operasi tidak jelas" (N2 8-9) | "Melakukan FMEA alur operasi kita akan identifikasi hal-hal yang beresiko yang timbul dalam setiap proses" (N5 6-9) |
| | | "Alur operasi elektif belum sesuai prosedur, kriteria pasien layak operasi juga harus jelas" (N5 2-3) | |
| | | "Visite pre op memang masih rendah" (N5 1-2) | |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>"Dokter part timer disini banyak juga, jadi kalo part timer misal tidak praktek lalu hanya visite kan ga bisa juga" (N1 8-9)</p> | |
| | <p>Keterbatasan waktu karena adanya pasien tambahan yang langsung naik dari poli padahal bukan pasien emergency (N1 3-5)</p> | |
| | <p>"Kurang nya komitmen pelaksanaan CP terlepas dari kesibukan dokter" (N3 1-2)</p> | |
| <p>Kepatuhan visite DPJP (Fulltimer 93%, Parttimer 79%)</p> | <p>"Indikator mutu berkaitan dengan visite hanya visite pre op, sedangkan untuk visite DPJP belum ada" (N2 9-10)</p> | <p>"Monitoring dan evaluasi CP yang rutin sebagai sistem pengingat visite dokter" (N3 9-10)</p> |
| | <p>"Kebijakan visite belum dijalankan sepenuhnya" (N2 15-18)</p> | <p>"Perlu adanya sosialisasi lagi dan monitoring evaluasi dari implementasi dari setiap kebijakan" (N4 3-4)</p> |

| | | | |
|------------------|---------------------------------|---|--|
| | | "Visite dokter sebenarnya tinggal kemauan saja" (N1 11) | |
| | | "Kurangnya komitmen pelaksanaan CP terlepas dari kesibukan dokter" (N3 1-2) | |
| | | "Komitmen CP bagus otomatis kepatuhan visite, terapi, dan LOS juga naik" (N3 4-5) | |
| | | "CP yang ada sekedar formalitas" (N4 1-2) | |
| Kepatuhan Terapi | (Fulltimer 100%, Parttimer 40%) | "Pemberian asam tranexamat pada apendisitis akut simple sebenarnya tidak diperlukan" (N4 4-5) | "Sosialisasi kembali CP apendisitis akut simple yang sudah ada kepada seluruh dokter bedah" (N4 6-7) |
| | | "Pada CP apendisitis akut simple tidak dicantumkan pemberian asam tranexamat" (N3 16-17) | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|--|--|
| | | "Sosialisasi dan implementasi CP kita akui masih rendah" (N3 12-14) | |
| Kepatuhan Lama Rawat Inap | (Fulltimer 69,23%, Parttimer 30%) | "LOS untuk apendisitis akut simple kita tetapkan selama 3 hari" (N5 9-10) | "Semua staff rumah sakit sebaiknya berkomitmen dalam implementasi, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan CP" (N5 16-19) |
| | | "LOS memanjang karena adanya penundaan pelayanan" (N5 10-11) | |
| | | "Dokter penanggung jawab pelayanan tidak melakukan visite" (N5 11-12) | |
| | | "Fungsi CP salah satunya menjadi sistem pengingat visite belum berjalan" (N3 8-10) | |
| | | "Implementasi CP memang belum maksimal karena monitoring dan evaluasi yang tidak rutin, serta sosialisasi kurang" (N3 10-12) | |

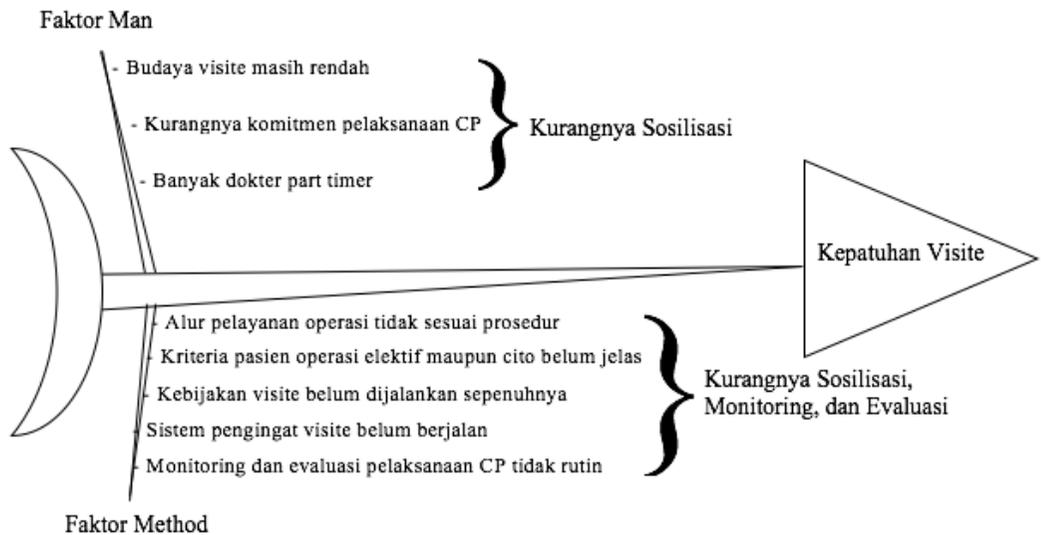
Tabel 8. Faktor Pendukung dan Hambatan dalam Proses Pengembangan Clinical Pathway di RSUD Muhammadiyah Bantul

| Penyusunan | |
|---|--|
| Pendukung : | Hambatan |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bahasa mudah dimengerti • Mudah diukur | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak semua staf terlibat dalam penyusunan CP • Kurangnya jumlah staf • Kurangnya kesadaran, hanya sekedar memenuhi regulasi akreditasi |
| Implementasi | |
| Pendukung : | Hambatan : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sudah ada Panduan Penerapan CP dan SOP pengisian CP | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak yakin alasan penerapan • Kurangnya sosialisasi dan pelatihan • Menolak adanya perubahan • Kendala waktu • Keterbatasan staf |
| Evaluasi | |
| Pendukung : | Hambatan : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sudah ada Panduan Penerapan CP | <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya evaluasi, evaluasi tidak rutin • Pergantian staf • Kurangnya dukungan dari semua tingkat organisasi • Kurangnya feedback • Kurangnya pelatihan • Kendala waktu • Keterbatasan staf |

D. Analisis Akar Masalah

1. Kepatuhan Visite

Untuk mengetahui gambaran masalah yang terjadi bisa dilihat pada diagram fish bone (lihat Gambar 8).



Gambar 8. Diagram Fish Bone Kepatuhan Visite

Faktor *Man* adalah faktor sumber daya manusia yang dimiliki oleh suatu organisasi. Dalam manajemen faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan (Rusti, 2015). Tujuan RSU PKU Muhammadiyah Bantul salah satunya adalah terwujudnya pelayanan prima yang holistik sesuai perkembangan ilmu pengetahuan.

Ada tiga faktor *Man* yang mempengaruhi kepatuhan visite, yaitu :

a. Budaya visite pasien yang masih rendah

Visite pasien adalah salah satu aktivitas rutin dokter di rumah sakit. Secara harfiah visite berarti mengunjungi atau menjenguk orang sakit/pasien, memiliki banyak keutamaan dan mendapatkan pahala istimewa dalam pandangan Islam. Seorang dokter memeriksa dan mengevaluasi perkembangan pasien yang dirawat inap, termasuk rencana terapi dan pemberian obat (Jabir, 2011). Untuk melakukan pelayanan prima yang holistik salah satunya dengan visite. Keterbatasan waktu merupakan hal yang menjadi penyebab budaya visite yang masih rendah. Rekomendasinya adalah melakukan sosialisasi kebijakan visite yang sudah ada dan melakukan monitoring evaluasi pelaksanaan CP.

b. Kurangnya komitmen pelaksanaan *clinical pathway*

Implementasi CP sangat berhubungan dan berkaitan dengan *Clinical Governance* dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasikan dan terjangkau. *Clinical governance* adalah suatu sistem upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dalam satu organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan yang

efisien. CP bukan merupakan pelayanan standar dari perspektif seorang spesialis dan juga bukan pengganti dari penilaian klinis dokter/perawat. Namun, CP adalah perangkat pendokumentasian terintegrasi untuk menstabilkan proses perawatan pasien, yang secara efektif mengelola hasil perhitungan klinis dan finansial, dan hasil dari praktik kolaboratif dan pendekatan tim (Vanhaecht, 2007).

Efek negatif dari implementasi dari CP menimbulkan konflik tim dikarenakan beban kerja yang meningkat, hal ini bukan salah satu alasan untuk tidak dilakukan implementasi, karena tujuan CP adalah untuk menstandisasi perawatan dengan mengurangi variasi dan mereorganisasi proses perawatan (Deneckere, 2012). Namun, Tjosvold (2008) menyatakan bahwa bila dikelola dengan tepat dapat membuat kerja tim menjadi lebih efektif. Selama awal implementasi tim akan merasakan beban kerja lebih tinggi karena proses kerja yang berubah, tapi setelah adanya adaptasi beban kerja akan turun.

Kesuksesan implementasi *clinical pathways* sebagian besar bergantung pada keterlibatan dan investasi rumah sakit dan para manajer (Reinertsen, 2007). Keterlibatan semua staf yang relevan diperlukan untuk memastikan tujuan yang diusulkan tercapai,

pada setiap tahap dari penyusunan, implementasi, dan pemeliharaan.

Kurangnya komitmen merupakan sebuah hambatan dalam pelaksanaan CP. Hambatan yang terjadi berhubungan dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku dokter. Hambatan terkait pengetahuan berasal dari kurangnya kesadaran dan keakraban (Cabana, 1999). Penelitian menunjukkan kesenjangan pengetahuan di antara para dokter dalam mengikuti publikasi guideline (Eaton, 2006), meskipun memodifikasi dokumentasi atau kata-kata dapat mudah digunakan (Michie, 2004). Hambatan yang berhubungan dengan perilaku, termasuk ketidaksetujuan pedoman, kurangnya penerapan pada beberapa dokter tertentu, informasi yang bertentangan di antara berbagai pedoman, kurangnya harapan hasil, dan menolak adanya perubahan (Cabana, 1999). Hambatan lain juga bisa disebabkan oleh dokter yang tidak yakin akan alasan penerapan *clinical pathways*. Misalnya, *clinical pathways* dianggap didorong oleh alasan yang berkaitan dengan manajemen atau pengendalian biaya dari pada sebagai alat pendukung pengambilan keputusan (Formoso, 2001).

Implementasi CP di RSUD Muhammadiyah Bantul sudah diatur dalam Panduan Penerapan Clinical Pathways sejak

Juni 2015 dan berlaku dua tahun sejak diterbitkan. Panduan tersebut diterapkan kepada seluruh pemberi layanan, semua staff klinis harus mematuhi panduan ini. Dalam prakteknya masih belum berjalan sesuai apa yang diinginkan. Rekomendasinya adalah dengan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan CP.

c. Banyak dokter part timer

Berdasarkan data yang diambil dari SDM RSUD Muhammadiyah Bantul menunjukkan bahwa perbandingan antara dokter spesialis tetap dengan dokter spesialis part timer 7:28. Khusus untuk pelayanan apendisitis akut terdapat satu orang dokter bedah tetap dan dua orang dokter anestesi tetap, sedangkan dokter part timer bedah dua orang dan dokter anestesi part timer tiga orang. Dokter part timer tidak setiap hari praktek di RSUD Muhammadiyah Bantul sehingga ketika ada pasien dirawat terkadang tidak dilakukan visite di bangsal. Kebijakan visite juga sudah mencantumkan adanya pelimpahan wewenang (visite) sehingga jika memang dokter part timer tidak bisa visite sebaiknya divisitekan dokter lain. Rekomendasi adalah revisi dan sosialisasi kebijakan visite.

Faktor *Method* merupakan metode atau prosedur sebagai panduan pelaksanaan kegiatan perusahaan. Ada lima hal yang berperan terhadap kepatuhan visite berdasarkan faktor *Method*, yaitu :

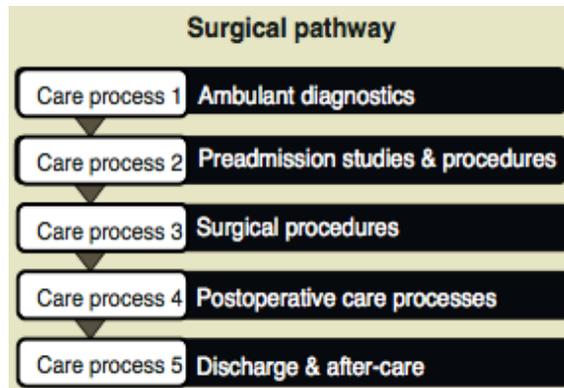
- a. Alur pelayanan operasi yang tidak sesuai prosedur.

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa alur pelayanan operasi beberapa yang tidak sesuai prosedur. Beberapa pasien elektif yang dari poli langsung diantarkan ke kamar operasi, hal ini menyebabkan visite pre op oleh dokter anestesi menjadi tidak bisa dilakukan. Spesialis anestesi harus selalu menemui pasien sebelum operasi, yang akan memberikan nasihat spesifik mengenai peresepan perioperatif, rincian anestesi, dan teknik analgesia yang direncanakan. Akibatnya assessment pre op dilakukan di kamar operasi, yang seharusnya dilakukan di bangsal.

Idealnya prosedur pelayanan operasi seharusnya adalah pasien yang layak operasi dimondokkan dibangsal, dilakukan konsul ke dokter anestesi, didaftarkan ke kamar operasi, dilakukan visite pre op dibangsal, dilakukan penilaian pre induksi, induksi, dan pasca induksi (24 jam setelah operasi). Rekomendasinya adalah melakukan FMEA alur operasi.

Rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi. Oleh karena itu, WHO pada tahun 2007 meluncurkan “*Surgical Safety Checklist*”. *Surgical Safety Checklist* terdiri dari tiga tahap yaitu pre anestesi, pre insisi, dan sebelum pasien keluar dari kamar operasi (Semel, 2010).

Clinical pathway didefinisikan sebagai rencana perawatan multidisiplin terstruktur, langkah-langkah yang terperinci dalam perawatan pasien dengan masalah klinis yang spesifik, seperti bisa dilihat pada gambar 9 adalah skema dari proses pelayanan bedah dari penegakan diagnostik, prosedur pembedahan, pasca pembedahan, dan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Rotter, 2013).



Gambar 9. Skema Alur Bedah

- b. Kriteria pasien operasi elektif maupun cito yang belum jelas.

Kriteria pasien operasi terdapat tiga macam :

- 1) Operasi elektif adalah suatu tindakan bedah yang dilakukan terjadwal dengan persiapan, bukan bertujuan bagi life saving, dan dilakukan pada pasien dengan kondisi baik bukan gawat darurat.
- 2) Operasi cito (emergensi) adalah suatu tindakan bedah yang dilakukan dengan tujuan life saving pada seorang pasien yang berada dalam keadaan darurat. Operasi jenis ini memiliki mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi, terutama jika disertai riwayat penyakit kronis sebelumnya (jantung, paru, dan metabolik).

- 3) *One Day Care* adalah pelayanan kepada pasien yang akan diberikan tindakan pembedahan / transfusi / kemoterapi tanpa harus melalui proses rawat inap.

Berdasarkan wawancara ditemukan bahwa terkadang pasien yang elektif perlakuannya seperti cito dengan waktu yang terbatas. Sesuai indikator mutu RSUD Muhammadiyah Bantul, pasien elektif sebenarnya masih memiliki batas waktu 2x24 jam untuk dilakukan tindakan. Rekomendasinya adalah melakukan FGD sehingga masalah-masalah yang terjadi di kamar operasi bisa diidentifikasi.

- c. Kebijakan visite belum dijalankan sepenuhnya
- d. Sistem pengingat visite belum berjalan
- e. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan CP tidak rutin.

Di pelayanan kesehatan ada dilema dalam upaya untuk mewujudkan mutu layanan kesehatan. Pada satu pihak mutu bisa diartikan sejauh mana layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan SPO atau prosedur tetap medis. Ketika SPO tersebut dilaksanakan seperti misalnya di beberapa rumah sakit pendidikan milik pemerintah, dianggap oleh pasien terlalu lama dan berbelit-belit. Dari pihak lainnya, menurut kacamata pasien, justru rumah sakit pendidikan milik pemerintah dianggap kurang bermutu dibanding

rumah sakit swasta yang bisa lebih cepat karena prosedur yang diterapkan lebih fleksibel (Machmud, 2008).

Setiap proses pelayanan kesehatan akan terjadi variasi pelaksanaan kegiatan dari waktu ke waktu yang akan menghasilkan luaran yang bervariasi juga. Cara untuk mengurangi variasi proses adalah dengan melakukan standarisasi. Proses standarisasi meliputi penyusunan, penerapan (sosialisasi), monitoring, pengendalian, serta evaluasi dan revisi standar (Machmud, 2008).

Keberadaan standar atau dalam hal ini *clinical pathway* adalah rencana perawatan multidisiplin yang menguraikan urutan dan waktu tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil pasien yang diharapkan dan tujuan organisasi mengenai kualitas, biaya, kepuasan pasien, dan efisiensi (El Baz, 2007).

Implementasi standar yang baik akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan. Variasi yang berkurang dalam pelayanan akan meningkatkan konsistensi pelayanan kesehatan, mengurangi morbiditas, dan mortalitas pasien, meningkatkan efisiensi dalam pelayanan, dan memudahkan petugas dalam pelayanan (Machmud, 2008).

Rumah sakit dibangun dari beberapa unit yang berisi beberapa profesi yang berdedikasi yang bekerja sama untuk memberikan

pelayanan kepada pasien. Setiap unit memiliki tujuan klinis, proses yang terkait, pengelolaan informasi secara bersama, dan menghasilkan hasil kinerja (Nelson, 2007).

Clinical pathways bisa menjadi sistem integrasi antar unit maupun antar tenaga medis yang berfokus pada proses perawatan. Dalam proses implementasi perlu adanya pelatihan antar unit, koreksi diri, dan pelatihan teamwork yang dapat bermanfaat dalam pengembangan *clinical pathways*. Melalui pelatihan tersebut peran dan tugas anggota tim serta hubungan antar profesi dapat ditingkatkan, adanya umpan balik mengenai kinerja, tujuan jangka pendek dan jangka panjang, dan mental kebersamaan dibangun, sehingga tim yang berkinerja tinggi dapat dibentuk dan *clinical pathways* yang lebih efektif dapat dibangun (Baker, 2005).

Untuk mencapai implementasi yang diharapkan, fasilitator dan hambatan harus dipertimbangkan, direncanakan, dan digabungkan ke dalam *clinical pathway* dengan mendapat dukungan dari staf klinis dan manajemen. Hambatan dan / atau fasilitator dapat hadir pada setiap tahap pengembangan, implementasi, dan evaluasi (Sara, 2010).

Hambatan pada tahap apapun dapat menghambat keberhasilan penerapan, yang dapat terjadi di tingkat staf (klinisi atau manajemen) atau tingkat organisasi layanan kesehatan (manajemen, sumber daya,

dan keuangan) atau dipengaruhi oleh faktor eksternal (kebijakan kesehatan dan sosial atau karakteristik pasien) (Shojania, 2005).

Hal penting yang harus dilakukan adalah memastikan masuknya semua jenis staf yang berkaitan, rencana untuk mengevaluasi dan melakukan perbaikan terus-menerus, memfasilitasi adaptasi organisasi, dan mensosiliasikan *clinical pathways* (Sara, 2010).

2. Kepatuhan Terapi

Berdasarkan CP yang ada, pemberian terapi pada pasien apendisitis akut simple adalah

- a. Cefalosporin atau golongan lain pada keadaan tertentu
- b. Analgetik (ketorolac, tramadol)
- c. Ranitidine
- d. Ondansentron
- e. Terapi pulang : cefalosporin/quinolon dan asam mefenamat

Variasi terapi yang terjadi adalah pemberian asam tranexamat injeksi pada saat rawat inap sebanyak 6 pasien dari total 23 pasien.

Hal ini sudah dikonfirmasi dengan kepala SMF Bedah melalui wawancara sebagai berikut :

“Pemberian asam tranexamat pada pasien apendisitis akut simple sebenarnya tidak diperlukan.”(N4

Untuk menganalisis kepatuhan terapi digunakan analisa faktor penghalang berdasarkan telusur dokumen, observasi, dan wawancara informan. Dari analisa faktor penghalang yang seharusnya menjadi penghalang terhadap terjadinya variasi pelayanan yaitu Panduan Penerapan *Clinical Pathway* RSUD Muhammadiyah Bantul dan SPO Pengisian *Clinical Pathway*. Kedua hal tersebut belum berjalan baik, akibatnya pelayanan kepada pasien menjadi tidak efektif dan efisien. Untuk lebih jelasnya bisa lihat tabel 6 tentang Analisa Faktor Penghalang.

Tabel 9. Analisis Faktor Penghalang

| Apa penghalang pada masalah ini | Apakah Penghalang Dilakukan | Mengapa Penghalang Gagal |
|---|-----------------------------|--|
| Panduan Penerapan <i>Clinical Pathway</i> | Belum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komitmen tenaga medis terhadap implementasi <i>clinical pathway</i> masih kurang 2. Monitoring dan evaluasi tidak rutin, aturannya 3 bulan sekali, tetapi prakteknya hanya 1 tahun 1x. |
| SPO Pengisian <i>Clinical Pathway</i> | Belum | Kurangnya sosialisasi |

Semua sample yang diambil tidak terdapat lembar *clinical pathway*. Di IGD sudah disediakan lembar *clinical pathway* berdasarkan penyakit tetapi tidak dilaksanakan, hal ini dikarenakan masih kurangnya sosialisasi implementasi CP.

Clinical pathway memiliki fungsi untuk mendukung sosialisasi panduan praktik klinis yang dibuat berdasarkan *Evidence Based Medicine* (EBM), membantu mengurangi variasi dalam perawatan pasien, dan meningkatkan komunikasi multi-disipliner (Kozier, 1995). CP menghubungkan EBM dengan praktik klinis sehingga mengoptimalkan penyembuhan dan memaksimalkan efisiensi (Campbell, 1998).

Clinical pathway memiliki keterkaitan dengan berkurangnya komplikasi dan pendokumentasian perawatan pasien yang lebih baik saat diimplementasikan di rumah sakit (Rotter, 2013).

3. **Kepatuhan Lama Rawat Inap**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, masalah kepatuhan lama rawat inap yang masih rendah terungkap dari pendapat yang dikemukakan oleh informan sebagai berikut :

“Kepatuhan LOS untuk apendisitis akut simple di sini memang kita tentukan selama 3 hari.” (N5)

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan mengapa kepatuhan LOS hanya sebesar 52%. Analisis 5 Why's pada tabel 7 sudah cukup jelas menggambarkan akar masalah yang menyebabkan kurangnya kepatuhan lama rawat inap yaitu monitoring dan evaluasi yang tidak rutin serta kurangnya sosialisasi.

Tabel 10. Analisis 5 Why's

| | |
|----------------|---|
| Masalah | Kepatuhan LOS 52%, AVLOS 3,56 hari |
| Mengapa | Penundaan Pelayanan |
| Mengapa | DPJP tidak visite |
| Mengapa | Sistem pengingat visite belum berjalan |
| Mengapa | Implementasi CP belum maksimal |
| Mengapa | Monitoring dan evaluasi tidak rutin, sosialisasi kurang |

Clinical pathway berperan sebagai suatu sistem yang bisa menjadi alat untuk memonitor apakah dokter pada hari itu sudah visite apa belum, sehingga perawat bisa mengingatkan atau dilimpahkan ke dokter spesialis lain atau dokter jaga bangsal jika dokter DPJP berhalangan visite sehingga tidak terjadi penundaan pelayanan. Dampak dari penundaan pelayanan menjadikan lama rawat inap memanjang, sehingga pelayanan tidak efektif dan efisien. Fungsi *clinical pathway* sebagai pengendali biaya tidak berjalan.

CP dapat digunakan juga sebagai salah satu alat mekanisme evaluasi penilaian risiko untuk mendeteksi kesalahan karena dilakukan pencatatan pasien secara terintegrasi dan pencatatan variasi yang terjadi, dilakukan peningkatan kualitas pelayanan yang terus menerus dengan audit klinis, dilakukan penilaian resiko klinis, mensosialisasikan standar asuhan perawatan yang diterima pasien,

meningkatkan komunikasi dan kolaborasi baik antara dokter dan perawat, antar perawat, perawat dengan petugas kesehatan lain, maupun perawat dengan pasien dan keluarganya (Kozier, 1995). Hasil dari penerapan CP yang baik, nampaknya efektif dalam mengurangi lama rawat inap dan biaya (Rotter, 2013).

Beberapa penelitian melaporkan bahwa penggunaan CP pada berbagai kasus seperti stroke (Quaglini, 2004), hernia inguinal (Joh, 2003), operasi laparoscopi (Uchiyama, 2002), dan fraktur *collum femur* (Choong, 2000) dapat mengurangi lama rawat inap (LOS) dan total biaya perawatan pasien selama di rumah sakit, meningkatkan perbaikan kondisi pasien, kerjasama interdisipliner dan kepuasan staf. Sudah banyak bukti yang menunjukkan bahwa penggunaan CP meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan di rumah sakit, oleh karena itu implementasi CP di RSUD Bantul sebaiknya ditingkatkan dengan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi yang rutin sehingga kepatuhan visite, lama rawat inap, dan terapi juga meningkat.

E. Rekomendasi

Berdasarkan hasil telaah peneliti maka dapat disusun suatu upaya untuk meningkatkan kepatuhan visite dokter dan implementasi *clinical pathway* yaitu :

1. Kebijakan tentang visite dokter yang sudah ada perlu diperjelas, kebijakan yang sudah ada hanya menyebutkan jam visite dokter sampai jam 23:00.
2. Pembuatan alur operasi yang jelas beserta kriteira layak operasi sehingga tidak adanya pasien tambahan yang kesannya pasien elektif seperti cito.
3. Sosialisasi kebijakan dan SPO untuk para dokter melalui forum pertemuan dokter, seperti pertemuan komite medis, morning report, atau group dokter seperti *whatsapp group*.
4. Pelatihan penerapan pengisian *clinincal pathways* apendisitis akut simple untuk seluruh staff medis bedah agar mengetahui dan memahami tahapan yang harus dilakukan sehingga pelaksanaannya dapat berjalan baik. Dalam pelatihan perlu ada role play secara bergantian agar para perawat semakin faham.
5. *Empower nurse* (pemberdayaan perawat) dan meningkatkan peran advokasi perawat di ruangan. Perawat sebagai “mitra kerja” dokter dapat mengingatkan bila dokter belum visite, memberi tanda daerah

- operasi, melakukan asesment pre operasi, memberikan *informed consent*, dan sebagainya.
6. Pembuatan media informasi/reminder tentang visite dokter melalui IT yang diintegrasikan dengan SIM RS, misalnya pada pagi hari diingatkan melalui handphone masing-masing dokter jumlah pasien di bangsal, wajib membalas jika berhalangan visite bisa dilimpahkan ke dokter spesialis lain maupun dokter case manager.
 7. Membudayakan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien sehingga dari pelaporan ini dapat digunakan pembelajaran dan memperbaiki sistem sehingga dapat mencegah terjadinya Insiden Keselamatan Pasien. Menumbuhkan kesadaran bahwa pelaporan bukan untuk menghukum tetapi untuk memperbaiki sistem yang salah (mengubah *blaming culture* menjadi *safety culture*).
 8. Evaluasi pelaksanaan pengisian clinical pathway dan kepatuhan visite setiap bulan. Evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan dan mengetahui hambatan yang ada dalam pelaksanaan. Dari hasil evaluasi dibuat suatu tindak lanjut perbaikan, dengan melakukan evaluasi secara berkelanjutan maka diharapkan pengisian clinical pathway dan visite dapat menjadi budaya di rumah sakit.
 9. Adanya *reward* dan *punishment* bagi para dokter dan perawat. Hal ini bertujuan untuk memperkuat motivasi untuk memacu diri agar

mencapai prestasi dan menghindarkan diri dari tingkah laku yang tidak diharapkan.