

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN RUMAH SAKIT

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah rumah sakit milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai ketua persyarikatan Muhammadiyah pada tanggal 15 februari 1923 atas inisiatif dari H. M. Sudjak. Awalnya pendiriannya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Seiring dengan perkembangan zaman, pada sekitar era tahun 1980-an nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Rumah sakit PKU Muhammadiyahh Yogyakarta adalah rumah sakit tipe B yang beralamat di Jl. KH Ahmad Dahlan No: 20, mempunyai 2015 tempat tidur.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki falsafah, visi, misi, nilai-nilai dan motto:

1. Falsafah:

1) Jagalah dirimu dan keluargamu dari siksa api neraka (QS. At-Tahrim:6).

2) Dan apabila kau sakit, Dia-lah yang menyembuhkan aku (QS. Asy-Syuara : 80).

RS (Rumah Sakit) PKU (Pembina Kesejahteraan Umum)

Muhammadiyah adalah perwujudan dari amal shalih sebagai sarana ibadah yang dilandasi iman dan taqwa kepada Allah SWT.

2. Visi: Menjadi rumah sakit rujukan Muhammadiyah terpercaya dengan kualitas pelayanan yang islami, bermutu dan terjangkau.

3. Misi: Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, maka RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menerapkan misi sebagai berikut.

a. Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ ketentuan, perundang-undangan.

- b. Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara professional yang sesuai dengan ajaran islam.
 - c. Melaksanakan dakwah islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan yang peduli pada dhuafa'.
4. Motto: antusias, mutu, aman, nyaman, akurat, handal.
5. Nilai-nilai: selain moto diatas, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dikelola berdasarkan manajemen entrepreneurial yang bertumpu pada nilai-nilai yang bersumber dari Al-Qur'an sebagai share value yaitu Amanah, Sidiq, Fathonah, Tabligh, Inovatif, dan Silaturahmi.

Struktur organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta ditetapkan berdasarkan S.K. BPH nomor: 03/BPH.III/II/2015. Berikut ini stuktur organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta: Direktur Utama: dr.H.Joko Murdiyanto,Sp.An,MPH, Direktur Al Islam &

kemuhammadiyah: H.M.Isnawan,SE,MPH, Direktur Umum Kepegawaian & Keuangan: drg.Hj. Pipiet Setyaningsih,Sp.Ort, MPH, Direktur Bid. Pelayanan Medik: dr.H.Muh Komarudin, Sp.A, M.Kes, Direktur Penunjang Medik: dr.H.Adnan Abdullah, Sp.THT-KL, M.Kes.

Jenis pelayanan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dikelompokkan seperti berikut ini.

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Pelayanan Medis
 - a. Pelayanan Rawat Jalan/Poliklinik
 - b. Pelayanan Rawat Inap
 - c. Pelayanan Rawat Intensif
 - d. Pelayanan Bedah
 - e. Pelayanan Bersalin
- 3) Pelayanan Penunjang
 - a. Instalasi Laboratorium
 - b. Instalasi Radiologi
 - c. Instalasi Rehabilitasi Medik
 - d. Instalasi Farmasi

- e. Instalasi Gizi
 - f. Pelayanan Diagnostik Lain
 - g. CSSD
 - h. Laundry
- 4) Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan
- a. Medical Check Up
 - b. Klub dan Senam Kesehatan
- 5) Pelayanan Unggulan
- a. Bedah Minimal
 - b. Hemodialisis
 - c. Extramural
 - d. Dental Cosmetic
 - e. Khusnul Khotimah
 - f. Trauma Center & Orthopedi

B. HASIL PENELITIAN

1. Responden

Responden adalah pihak-pihak yang dijadikan sebagai sampel dalam sebuah penelitian (subjek penelitian), menanggapi pertanyaan atau pernyataan, dalam hal ini responden Satu adalah dokter RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagai koordinator *clinical pathway* yaitu dr Muallim Hawari, MMR. Kelahiran Yogyakarta 28 November 1987, kedokteran UMY angkatan 2006, lulus S1 tahun 2010, bergabung dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2014 sebagai dokter IGD, memegang peranan koordinator atau penanggung jawab *clinical pathway* sejak tahun 2016, mempunyai target yaitu melengkapi jumlah *clinical pathway* sebanyak 20 kasus di akhir 2017 yang sesuai dengan KARS 2012, motto dr Muallim adalah Fastabiqul Khoirot yang mempunyai arti berlomba-lomba berbuat kebajikan.

2. Dimensi CIPAT

a. Dimensi 1 (Memastikan *Clinical Pathway*)

Bagian ini memastikan apakah benar formulir yang dinilai adalah *clinical pathway*, hal ini disebabkan karena ada banyak kesimpangsiuran pengertian dan definisi *clinical pathway*. Maka langkah pertama yang perlu dilakukan adalah untuk menilai apakah suatu pedoman yang akan dinilai adalah *clinical pathway* atau bukan. Dalam dimensi pertama terdapat 12 point pertanyaan, yang terdiri dari 10 berisi tentang konten dan 2 berisi tentang mutu.

Tabel 4.1. Hasil Checklist ICPAT dimensi 1

No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	7	3	10	70%
2	Mutu	2	0	2	100%

Pada dimensi pertama konten *clinical pathway* yg dievaluasi, terdapat 7 point dari 10 point yang ada. Salah satunya adalah *clinical pathway* mempunyai titik awal masuknya pelayanan yang berasal dari IGD ataupun dari dokter spesialis bedah. Dari aspek mutu terdapat 2 dari 2 point. Didalam aspek mutu terdapat perantau kontribusi dari

profesi dalam pelayanan. Berdasarkan *checklist* tersebut dimensi satu mempunyai konten baik dan mutu yang baik.

b. Dimensi 2 (Dokumentasi *Clinical Pathway*)

Merupakan salah satu bentuk evaluasi proses dokumentasi, dalam tahap ini formulir yang digunakan secara actual untuk mendokumentasikan pelayanan/ terapi yang diberikan kepada masing-masing pasien. Dokumentasi ini termasuk untuk mencatat kepatuhan maupun ketidakpatuhan terhadap standar yang sudah ditetapkan. Dalam evaluasi terdapat judul penyakit *clinical pathway* secara jelas, ada nomor halaman di setiap halaman, jumlah total halaman, nomor revisi, singkatan yang jelas, tetapi pada pada ada yang kurang didalam dimensi pendokumentasian, misalnya tidak ada mekanisme untuk identifikasi jika pasien masuk dalam CP lain, tidak ada tanggal kapan CP dikembangkan dan rencana reviewnya, serta tidak ada pencatatan perkecualian yang memuat data. Dalam mutu dimensi 2 tidak ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam CP dan tidak

ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan kepada pasien.

Tabel 4.2. Hasil Checklist ICPAT dimensi 2

No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	11	12	23	48%
2	Mutu	1	3	4	25%

Pada dimensi kedua didapatkan hasil konten dan mutu dokumentasi dinilai kurang, hal ini dikarenakan didalam *clinical pathway* appendicitis akut tidak terdapat beberapa item, item konten dokumentasi tersebut yaitu tidak ada penjelasan mengenai keadaan pasien tidak dapat menggunakan CP tersebut, tidak ada tanggal berlaku CP tersebut, tidak ada tanggal rencana *review* dokumen CP, tidak ada cara instruksi bagaimana cara mencatat variasi/perkecualian, tidak ada peringatan pentingnya melengkapi variasi/ perkecualian, pasien tidak mempunyai akses kepada CP mereka, tidak ada kontribusi langsung pasien dalam mengisi CP, dan dokumentasi CP tidak memenuhi standar dokumentasi RS. Sedangkan mutu dokumentasi yang tidak

ada adalah intruksi penggunaan CP tidak dicantumkan dengan jelas, tidak ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam CP, dan tidak ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien. Koordinator tim *Clinical pathway* rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta menjelaskan bahwa item tersebut tidak ada dikarenakan dalam membuat *clinical pathway*, semua item disesuaikan dengan bentuk pendokumentasian yang ada di dalam rekam medis dan hanya menambahkan beberapa item yang rasa cukup mudah diaplikasikan. Mengingat dalam mengaplikasikan hal tersebut membutuhkan waktu yang cukup lama yang akhirnya dapat mempengaruhi waktu dari pelayanan terutama didalam pelayanan dengan jumlah pasien yang tinggi.

c. Dimensi 3 (Pengembangan *Clinical Pathway*)

Clinical pathway adalah alat alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan evaluasi pelayanan/ terapi kepada pasien dan untuk memperbaiki pelayanan sehingga akan melibatkan proses perubahan dalam praktek sehari-hari.

Dalam dimensi ketiga ini terdapat 13 konten dan 17 mutu. Dalam 13 konten, yang terdapat dalam CP ada 7 checklist.

Tabel 4.3. Hasil Checklist

ICPAT Dimensi 3

No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	7	6	13	54%
2	Mutu	11	6	17	65%

Pada dimensi ketiga diantaranya adalah ada review praktek yang dilakukan, ada pencarian literature untuk menetapkan CP, CP sudah diuji coba. Dalam konten terdapat 7 dari 13 checklist (cukup), mutu terdapat 11 checklist dari 17 *checklist*(cukup), diantaranya adalah semua pedoman teknis yang digunakan dalam CP teredia untuk para *staff* guna dipelajari, dan penilaian terhadap referensi tersebut dapat dipertanggung jawabkan. Didalam dimensi ini fokus pada pengembangan isi CP dan evaluasinya, belum pernah dilakukan evaluasi CP dikarenakan penerapan CP apendisitis akut baru beberapa bulan, sedangkan evaluasi dilakukan minimal per satu tahun.

d. Dimensi 4 (Penerapan *Clinical Pathway*)

Dalam konten dimensi ini terdapat 3 dari 5 yang ada, salah satunya adalah sudah ada program pelatihan CP untuk staf walaupun dirasa cukup kurang dalam pengaplikasiannya, serta ada kesepakatan tentang penyimpanan setelah digunakan.

Tabel 4.4. Hasil Checklist ICPAT Dimensi 4

No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	3	2	5	60%
2	Mutu	1	0	1	100%

e. Dimensi 5 (*Maintenance Clinical Pathway*)

Didalam dimensi ini terdapat 4 konten dan 13 mutu yang dinilai, penilaian responden adalah sebagai berikut: CP tidak direview setiap tahun, dan tidak ada pelatihan rutin untuk staff baru yang terlibat, akan tetapi ada yang bertanggung jawab untuk menjaga CP. .

Tabel 4.5. Hasil Checklist ICPAT Dimensi 5

No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	2	2	4	50%

2	Mutu	4	9	13	31%
---	------	---	---	----	-----

Salah satu hal terpenting dalam penerapan clinical pathway adalah kegiatan menjaga clinical pathway itu sendiri agar berfungsi sebagai alat yang dinamis yang dapat merespon masukan dari *staf* pelayanan medis, pasien, respon klinis, referensi terbaru sehingga isi dan desain dari clinical pathway perlu ditinjau secara rutin. Oleh karena *Clinical pathway* appendisitis akut belum ada genap 1 tahun diberlakukan, sehingga tidak ada review setiap tahun dan belum ada masukan berdasarkan kelengkapan, clinical evidence, variasi, dan masukan dari staff. Hasil evaluasi CP dimensi kelima adalah: secara konten *intermediet*, dan dari aspek mutu kurang.

f. Dimensi 6 (Peran Organisasi)

Pada dimensi 6 dinilai peran organisasi terhadap pengembangan *clinical pathway*, secara umum pengembangan *clinical pathway* sangat didukung dan disepakati bersama dalam rapat komite medik, akan tetapi

tidak pada satu spesifik *clinical pathway* melainkan pada jumlah kasus *clinical pathway* yang terus ditingkatkan. RS PKU Muhammadiyah yoga merencanakan peningkatan jumlah *clinical pathway* sebanyak 5 *clinical pathway* per tahun.

Tabel 4.6. Hasil Checklist ICPAT Dimensi 6

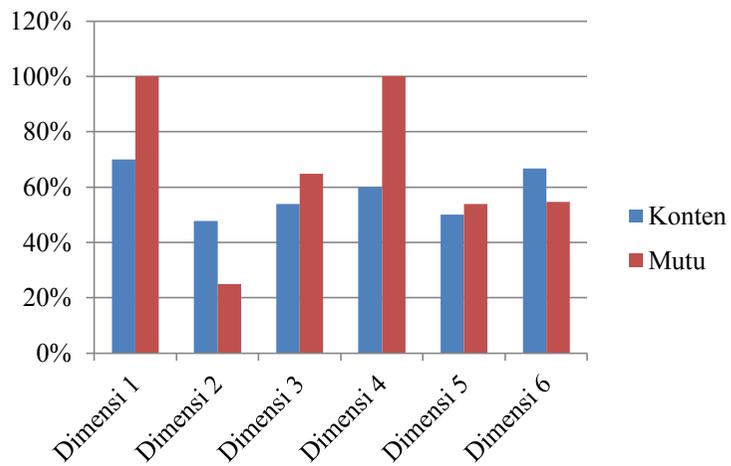
No		Ya	Tidak	Total	Persen
1	Konten	2	1	3	67%
2	Mutu	6	5	11	55%

Pada dimensi ke-enam peran klinisi dalam pengembangan dapat dijumpai, ada karyawan *paramedic* yang diberi penugasan untuk mengevaluasi *clinical pathway* yang ada, ada tim khusus yang mengembangkan *clinical pathway*, akan tetapi pelatihan khusus di dalam RS atau di luar RS jarang dijumpai sehingga pedoman pengembangan hanya melalui sumber yang didapat setiap individu yang sangat terbatas. Secara khusus tidak ada pengelolaan yang spesifik terhadap program pengembangan RS. Oleh karena tidak ada evaluasi dan pendokumentasian yang terprogram, mengakibatkan data akurat sulit untuk didapatkan dan tidak

mencerminkan kebijakan RS dalam dokumentasi pelayanan klinik.

Peneliti melakukan penelitian berdasarkan hasil pengisian *checklist* ICPAT oleh responden dan diperoleh hasil sebagai berikut:

Gambar 4.1. Grafik Evaluasi ICPAT



Grafik di atas menunjukkan persentase konten dan mutu dari 6 dimensi pada ICPAT yang telah diisi oleh responden.

Tabel 4.7. Hasil Evaluasi ICPAT

No	ICPAT	Konten	Mutu
1	Kebenaran CP	Cukup	Baik
2	Dokumentasi CP	Kurang	Kurang
3	Pengembangan	Kurang	Cukup
4	Penerapan CP	Cukup	Baik
5	<i>Maintenance</i>	Cukup	Kurang
6	Peran Organisasi	Cukup	Cukup

3. Kepatuhan

Sampel penelitian *clinical pathway* appendisitis akut di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan November 2015 sampai Januari 2016 adalah sebanyak 38 data. Pada bulan November 2015 sebanyak 8, Desember 2015 sebanyak 13, dan pada Januari 2016 sebanyak 17 sampel. Persentasenya adalah November 2015 sebanyak 21%, Desember 2015 34% dan Januari 2016 sebanyak 54%.

Tabel 4.8.Jumlah Sampel Penelitian

Bulan	Sampel Laki-Laki	Sampel Perempuan	Jumlah Sampel	Persentase
November 2015	6	2	8	21.1%
Desember 2015	7	6	13	34.2%
Januari 2016	9	8	17	44.7%

Para saat dilakukan penelitian, tidak semua lembar *Clinical pathway* dapat ditemui di dalam data rekam medis pasien apendisitis akut, peneliti hanya menemukan 12 sampel yang mempunyai *Clinical Pathway* di dalam rekam medis apendisitis akut dari total 38 sampel, atau hanya 32% saja rekam medis yang mempunyai lembar *clinical pathway*.

Tabel 4.9. Jumlah *Clinical Pathway* dalam Rekam Medis

CP dalam RM	Jumlah	persentase
Ada CP	12	32%
Tidak Ada CP	26	68%

a. Admisi

Pada saat dilakukan pengkajian kepatuhan di dalam proses admisi, dari 38 sampel yang dikaji semuanya melalui proses admisi yang ada, yaitu proses pemeriksaan klinis lewat IGD/ dokter spesialis, konsultasi, *assessment* klinis, edukasi, inform consent, dan prosedur administasi.

Tabel 4.10. Kepatuhan Admisi

No	Kepatuhan Admisi	Jumlah	Persentase
1	Ada	38	100%
2	Tidak Ada	0	0%

b. Diagnostic & Pre Terapi

Pada saat dilakukan pengkajian kepatuhan di dalam proses diagnosis dan pre-terapi, dari 38 sampel yang dikaji semuanya melalui prosedur yang ada dan

sesuai dengan *clinical pathway*. Pasien diperiksa kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium, kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang berupa USG/ apendikogram, dan pada usia tertentu dilakukan foto Thorax dan EKG setelah itu DPJP memberikan assessment dan perencanaan. Dalam proses diagnosis dan pre-terapi, semuanya patuh terhadap *clinical pathway* yang ada.

Tabel 4.11. Kepatuhan Diagnosis & Pre-Terapi

No	Kepatuhan diagnosis & Pre Terapi	Jumlah	Persentase
1	Ada/ Patuh	38	100%
2	Tidak Ada/ Tidak Patuh	0	0%

c. Terapi

Hasil Pengkajian di proses terapi, 38 sampel penelitian yang dikaji, 11 (29%) pasien yang sesuai (patuh) dengan *clinical pathway*, di dalam *clinical pathway*, terapi yang dimaksud adalah injeksi ceftriaxin 1gr/24jam, ketorolac injeksi, ondansetron injeksi, cefixim

tablet 2x100mg, ranitidine tablet 2x1, dan ketorolac tablet 2x1. Tetapi 27 pasien mempunyai terapi yang cukup variatif, diantaranya adalah, metronidazol injeksi/ tablet, novalgine/ metamizol injeksi/ tablet, terfacef/ seftriakson injeksi, remopain/ ketorolac injeksi, cefadroxil injeksi, paracetamol tablet/ infus, elkana tablet (vitamin), dexametason injeksi, tramadol injeksi, meloxicam tablet, cefizox/ ceftizoxim tablet, ketese/ dexketoprofen tablet.

Tabel 4.12. Kepatuhan Terapi

No	Kepatuhan Terapi	Jumlah	Persentase
1	Patuh	11	29 %
2	Tidak Patuh	27	71 %

Saat dilakukan penelitian *clinical pathway* apendisitis akut pada bulan November, Desember 2015 dan Januari 2016 atau tiga bulan setelah disahkan dengan turunnya SK direktur tentang *clinical pathway*, sosialisasi dan kesepakatan *clinical pathway* apendisitis telah dilakukan, akan tetapi belum sepenuhnya bisa

dijalankan, terutama pada aspek tindakan, dari 38 sampel yang diambil hanya 22 pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yaitu dengan tindakan appendektomi, sisanya 16 pasien dengan laparoscopy. Berdasarkan penuturan dokter penanggung jawab, pada saat tenggat waktu tersebut persentase pasien BPJS tidak sebesar sekarang, jadi pasien bisa memilih tindakan yang diinginkan yaitu dengan laparoscopy. Dengan mempertimbangkan skala nyeri, prosedur, komplikasi, lama rawat, banyak pasien memilih untuk tindakan laparoscopy.

Tabel 4.13. Presentase Tindakan Apendisitis Akut

No	Tindakan	Jumlah	Persentase
1	Appendektomi konvensional	22	58 %
2	Laparoscopy Appendektomi	16	42 %

dr HR Nurul Jaqin, Sp.B, M.Kes selaku DPJP dan ketua SMF bedah, menuturkan banyak hambatan dalam mengaplikasikan *clinical pathway* apendisitis akut, terutama di aspek tindakan dan terapi farmakologi

sehingga *clinical pathway* apendisitis akut perlu dievaluasi secara berkala.

C. PEMBAHASAN

1. Ketepatan Dimensi

Berdasarkan literatur Whittle et al “*Assesing the content and quality of pathways*” kategori dimensi *clinical pathway* dinilai baik jika nilai >75%, cukup/ *moderate* 50-75%, dan kurang <50%. Dimensi 1 (apakah benar sebuah *clinical pathway*) memiliki konten cukup dan mutu yang baik, dimensi 2 (dokumentasi) memiliki konten dan mutu yang kurang. Pada dimensi 3 (pengembangan) memiliki konten dan mutu yang cukup. Dimensi 4 (implementasi) mempunyai konten cukup dan mutu yang baik. Dimensi 5 (maintenance) dan dimensi 6 (peran organisasi) memiliki konten dan mutu yang cukup.

Evaluasi ketepatan dimensi tersebut coba bandingkan dengan penelitian studi kasus yang dilakukan Widiyanitapada tahun 2016 “*evaluasi implementasi clinical pathway*

appendicitis akut pada unit rawat inap bagian bedah di RSUD Panembahan Senopati Bantul". Pada dimensi 1 tentang kebenaran CP, *clinical pathway* yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul mempunyai konten sedang (50%) dan mutu yang sedang (50%), artinya penilaian tentang isi kebenaran *clinical pathway* apendisitis akut di PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai konten baik dan mutu lebih baik dibandingkan dengan *clinical pathway* apendisitis di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *clinical pathway* apendisitis di PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai awal dan akhir yang jelas, mempunyai garis besar proses pelayanan dan digunakan sebagai pedoman pelayanan oleh tenaga medis, hasil dari penilaian konten dan mutu *clinical pathway* pneumonia di rsud panembahan senopati tidak dideksripsikan dalam naskah publikasi.

Pada dimensi kedua tentang pendokumentasian pelayanan medis penelitian *clinical pathway* apendisitis akut mempunyai konten kurang (26%) dan mutu kurang (25%). Dari aspek pendokumentasian, *clinical* apendisitis dan

apendisitis akut mempunyai hasil yang sama, yaitu konten kurang (17%) dan mutu yang kurang (25%), hal tersebut dikarenakan didalam *clinical pathway* appendicitis akut tidak terdapat beberapa item, item konten dokumentasi tersebut yaitu tidak ada penjelasan mengenai keadaan pasien tidak dapat menggunakan CP tersebut, tidak ada tanggal berlaku CP tersebut, tidak ada tanggal rencana *review* dokumen CP, tidak ada cara instruksi bagaimana cara mencatat variasi/ perkecualian, tidak ada peringatan pentingnya melengkapi variasi/ perkecualian, pasien tidak mempunyai akses kepada CP mereka, tidak ada kontribusi langsung pasien dalam mengisi CP, dan dokumentasi CP tidak memenuhi standar dokumentasi RS. Sedangkan mutu dokumentasi yang tidak ada adalah intruksi penggunaan CP tidak dicantumkan dengan jelas, tidak ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam CP, dan tidak ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien. Didalam membuat acuan dokumentasi *clinical pathway* diharapkan memiliki konten dan mutu yang baik agar dapat menjadi

format standar. Format standar untuk dokumentasi CP dalam sebuah rumah sakit akan sangat penting dan membantu, staf yang menangani beberapa CP akan merasa lebih mudah untuk menemukan informasi penting, seperti elemen yang tersembunyi harus disatukan. Gagasan tentang 'tampilan dan nuansa' yang umum dokumentasi juga akan membantu dalam meningkatkan kualitas CP dalam organisasi dan mengurangi resistensi serta memperbaiki implementasi. Dokumentasi CP harus mencakup semua dokumentasi yang terkait dengan perawatan pasien. Dokumen terpisah untuk diluar medis perlu dimasukkan ke dalam CP sehingga semua informasi yang terkait dengan pasien sedapat mungkin tersedia bagi semua anggota tim dalam menangani pasien (Davis, 2005).

Pada dimensi ketiga tentang pengembangan *clinical pathway* apendisitis akut di PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai konten cukup (54%) dan mutu yang cukup (65%). Pada penelitian yang dilakukan oleh Widyanita (2016) tentang evaluasi *clinical pathway* apendisitis, *clinical pathway* tersebut mempunyai konten yang cukup (61%) dan mutu

yang kurang (41%). Mutu pengembangan *clinical pathway* apendisitis lebih baik daripada *clinical pathway* pnumoni di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Sekali lagi peneliti tidak bisa membandingkan secara detail checklist ICPAT penelitian *clinical pathway* apendisitis akut di RSUD Panembahan Senopati Bantul karena tidak dipublikasikan. Menurut *Chawla A et al*(2016) hal yang penting sebagai masukan untuk mengembangkan *clinical pathway* adalah tentang edukasi dan transparansi yang terhadap pasien dan keluarga pasien, yang kemudian, dalam salah satu item penilaian adalah tentang keterlibatan pasien dan menilai kebutuhan pasien, dalam hal ini berarti pihak rumah sakit perlu memberikan informasi atau pengertian dari *clinical pathway* itu sendiri.

Pada dimensi keempat tentang penerapan *clinical pathway* apendisitis di PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai konten cukup (60%) dan mutu yang baik (100%). *Widyanita* (2016) pada penelitiannya yang mengevaluasi *clinical pathway* apendisitis di RSUD

panembahan Bantul dengan konten dan mutu yang sama, memberikan saran yaitu saran yaitu Sebaiknya dalam upaya untuk meningkatkan penerapatan *clinical pathway* perlu ditunjuk adanya case manager yang setiap hari memantau pelaksanaan *clinical pathway* di bangsal, case manager tersebut selain memberikan pelayanan medis juga dapat memeriksa kelengkapan dokumen dan pengisian lembar *clinical pathway* seperti yang dikemukakan oleh Wasef (2014) Bahwa implementasi *clinical pathway* diperlukan kualitas tenaga medis yang memadai, dengan pelatihan dan pengetahuan yang dibekali melalui pelatihan yang secara berkelanjutan, jika hal ini tidak terpenuhi maka akan berdampak pada terhambatnya pelayanan ketika diterapkannya *clinical pathway*

Pada dimensi kelima atau bagian maintenance penilainya icpat untuk app akut di pku muhammadiyah mempunyai konten cukup (50%) dan mutu kurang (31%) sedangkan pada penelitian yang dilakukan Widiyanita pada *clinical pathway* apendisitis di RSUD Panembahan senopati

bantul mempunyai konten baik (75%) dan mutu yang sedang (62%). Dalam hal ini Clinical pathway yang ada di RSUD Penembahan Senopati Bantul sedikit lebih baik.

Menurut *Evans-Lackoet al.* (2010) dalam penelitian “*Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways*”, tingkat keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manager sebagai pengontrol *clinical pathway* dan diikuti sebagai centre dari evaluasi *clinical pathway*. Jika dibandingkan dengan penelitian *clinical pathway* sejenis yang pernah ada, didapatkan kendala yang sama pada proses pemeliharaan yaitu, *review* rutin pencapaian hasil *clinical pathway* belum dilakukan, pelatihan *staff*, pasien belum terlibat dalam *review clinical pathway*, belum terdapat bukti masukan dari pasien merubah praktik karena dari awal pasien belum dilibatkan dan terkait belum dilakukan perbaharuan kode variasi *clinical pathway* yang digunakan. Oleh karena itu evaluasi rutin, keterlibatan *staff* dan pasien

perlu dilakukan untuk dapat meningkatkan proses pemeliharaan.

Pada dimensi keenam atau pada bagian peran organisasi. Hasil ketepatan ICPAT clinical pathway apendisitis di PKU muhammadiyah Yogyakarta adalah konten cukup (67%) dan mutu yang cukup (55%). Dalam dimensi 6 ini clinical pathway RSUD Panembahan senopati bantul lebih baik dari aspek konten, yaitu dengan konten baik (100%) dan mutu cukup (67%). Masalah yg ada di bagian ini adalah komitmen dari rumah sakit untuk mendukung penuh tim clinical pathway yang terdiri dari klinisi serta memberikan fasilitas untuk pelatihan serta mengaplikasikan dalam program terencana jangka pendek dan jangka panjang. *Bjurling-Sjöberg et al.* (2014) menuturkan bahwa kurangnya keterlibatan dokter atau klinisi merupakan salah satu alasan gagalnya implementasi peran organisasi tim *clinical pathway*. Hal tersebut dikarenakan semua aspek pelayanan yang diberikan berupa pelayanan medis yang dilakukan oleh case manager dan dokter penanggung jawab

pasien dari rumah sakit tersebut. Hal ini didukung oleh Widyanita (2016) bahwa peran organisasi sangat penting dalam penerapan dari *clinical pathway*, perlu membentuk komitmen dan kepemimpinan yang kuat. Kepemimpinan itu adalah dokter. *Clinical pathway* harus dijadikan pedoman utama bagi para dokter tersebut untuk memberikan pengobatan atau perawatan pasien.

2. Kepatuhan *Clinical Pathway*

Hasil Pengkajian di proses terapi, 38 sampel penelitian yang dikaji, 11 pasien yang sesuai atau patuh dengan *clinical pathway*, artinya hanya 29% yang patuh pada *clinical pathway*, didalam *clinical pathway*, terapi yang dimaksud adalah injeksi seftriakson 1gr/24jam, ketorolac injeksi, ondansetron injeksi. Didalam pengkajian rekam medis, sering ditemukan dengan antibiotik tambahan yaitu metronidazol injeksi, penggunaan dua antibiotik secara bersamaan tidak ada dalam *clinical pathway*, akan tetapi dokter memberikan terapi berdasarkan pada jurnal penelitian. Salah satunya adalah penelitian oleh Shawn D. St. Peter dkk

pada tahun 2008 yang menerangkan bahwa terapi seftriakson dan metronidazol lebih efektif dari satu antibiotik dengan dosis tunggal dan antibiotik dengan tiga obat antibiotik. Akan tetapi terdapat penelitian bahwa seftriakson dosis tunggal pada pasien paska operasi apendisitis sama efektif dengan dua atau tiga antibiotik, penelitian tersebut dilakukan oleh Steven L. Lee pada tahun 2010.

Dalam pemberian analgesik dijumpai terapi obat tramadol injeksi, novalgin (metamizol) injeksi, ketese (dexketoprofen) injeksi, meloxicam tablet, parasetamol tablet dan infus, padahal pada *clinical pathway* telah disepakati yang digunakan adalah ketorolak injeksi dan ketorolak tablet. Ardi Pramono dan Alam Nirbita melakukan penelitian di PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2015 bahwa tramadol dan ketorolak mempunyai efektivitas yang sama dalam pengelolaan nyeri paska apendektomi, jadi penggunaan tramadol seharusnya bisa digantikan dengan adanya ketorolak yang ada di dalam *clinical pathway*. Adapun penggunaan metamizol memang salah satu *drug or choice* analgesik paska

operasi apendektomi akan tetapi metamizol jarang digunakan dan tidak ada dalam *clinical pathway*. Dalam terapi farmakologi, dokter DPJP menjelaskan kenapa terapi injeksi dan *per-oral* tidak sesuai dengan *clinical pathway*, dikarenakan pasien apendisitis akut paska operasi apendektomi mempunyai kondisi klinis yang berbeda, skala nyeri yang berbeda, sehingga dokter mempertimbangkan memberikan terapi di luar dari terapi *clinical pathway* dan hal tersebut diijinkan oleh pihak manajemen rumah sakit.