

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

a. Sejarah Rumah Sakit

Pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 9 Dzulqodah atau bertepatan dengan tanggal 1 Maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin (RB) di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul. Sebagai sebuah karya tokoh-tokoh Muhammadiyah dan ‘Aisyiyah pada waktu itu. Seiring perjalanan waktu perkembangan Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul semakin pesat ditandai adanya pengembangan pelayanan dibidang kesehatan anak, baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan dibidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984. Hal inilah yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan surat keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY No.503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No.445/4318/2001. Saat ini

RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan sertifikat ISO 9001-2018 untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu Internasional (Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul).

Rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebuah rumah sakit swasta yang sedang berkembang. Sejak tahun 2001, rumah sakit ini telah resmi menjadi rumah sakit umum tipe C dengan jumlah tempat tidur sebanyak 104. Sampai tahun 2011, jumlah karyawan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul sudah mencapai 413 karyawan, diantaranya karyawan tetap sebanyak 273 karyawan dan 140 karyawan tidak tetap. Didalamnya sudah termasuk karyawan medis dan non medis (Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul).

Sebagai rumah sakit swasta yang sedang berkembang, RSU PKU Muhammadiyah Bantul memberikan layanan terbaik bagi konsumennya salah satunya dengan menyediakan pelayanan 24 jam yang diantaranya instalasi gawat darurat, rawat inap, ICU, pelayanan operasi, ambulan, laboratorium, gizi, radiologi dan pelayanan rukti jenazah. Selain itu juga terdapat pelayanan rawat jalan yaitu Poliklinik Bedah (Umum, Orthopedi, Anak, Mulut, Urologi, Digestive), Poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan, Poliklinik Tumbuh Kembang Anak, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Poliklinik Saraf,

Poliklinik Jiwa, Poliklinik Anak, Poliklinik THT, Poliklinik Gigi, dan Poliklinik Umum. Untuk rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul menyediakan bangsal VIP, Bangsal kelas I, Bangsal kelas II, Bangsal Kelas III, Bangsal anak, bangsal perinatal resiko tinggi (peristi), kamar bersalin, bangsal nifas, ICU, PICU, dan HNDC (Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul).

b. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat.

c. Misi

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa.

d. Falsafah

RSU PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan ilmu, iman dan amal sholeh.

e. Motto

Layananku Ibadahku

f. Tujuan

1) Menjadi media dakwah islam melalui pelayanan kesehatan untuk meraih ridha Allah.

- 2) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat termasuk kaum dhu'afa melalui pelayanan kesehatan yang islami dan berstandar internasional.
- 3) Terwujudnya pelayanan prima yang holistik sesuai perkembangan ilmu pengetahuan.
- 4) Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan melalui upaya pemberdayaan yang berkesinambungan.
- 5) Meningkatkan pendapatan melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama.
- 6) Menjadikan rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan.

2. Data Bangsal

Rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Bantul menyediakan bangsal VIP, bangsal kelas I, bangsal kelas II, bangsal kelas III, bangsal anak, bangsal perinatal resiko tinggi (peristi), kamar bersalin, bangsal nifas, ICU, PICU, dan HNDC. Untuk bagian penyakit lain yang memerlukan rawat inap akan digabungkan pada bangsal yang tersedia sesuai kelas yang diinginkan.

Bangsal Al-Kautsar merupakan bangsal penyakit dalam yang juga sering diisi oleh pasien saraf, terdiri dari kelas I dan kelas III. Bangsal Al-Kautsar terdiri dari 12 ruangan yaitu 7 ruang untuk kamar

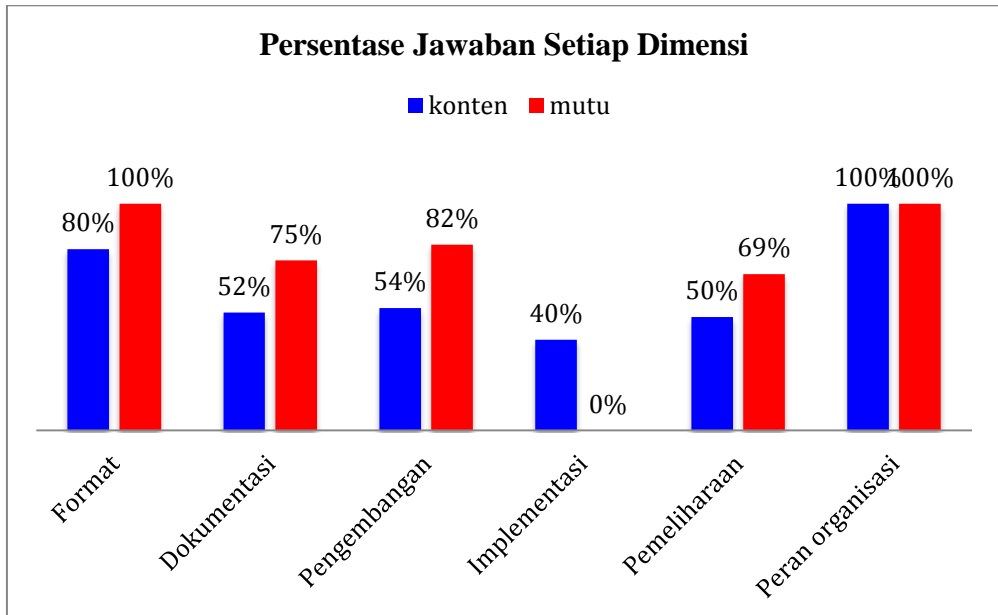
pasien, 1 ruang peralatan medis dan non medis, 1 ruang jaga perawat, 1 gudang dan 2 ruang WC. Tempat tidur yang terdapat pada bangsal Al-Kautsar berjumlah 20 tempat tidur. Terdapat 6 ruangan yang masing-masing terdiri dari 2 tempat tidur dipisahkan dengan sekat triplek yang merupakan ruang kelas I dan terdapat 1 ruangan terdiri dari 8 tempat tidur dipisahkan dengan sekat triplek dan gordien yang merupakan kelas III.

Bangsal Al-Arof juga merupakan bangsal penyakit dalam yang kadang juga diisi oleh pasien penyakit saraf, terdiri dari kelas VIP dan kelas III. Terdiri dari 11 ruangan yaitu 8 ruang kamar pasien, 1 ruang peralatan medis dan non medis, 1 ruang jaga perawat, dan 1 ruang diskusi. Total tempat tidur yang terdapat di bangsal Al-Arof yaitu sebanyak 31 tempat tidur. Untuk kelas VIP, terdapat 5 ruang kamar pasien sedangkan untuk kelas III terdapat 1 ruang yang didalamnya terdapat 20 tempat tidur yang dipisahkan dengan sekat triplek dan terdapat 4 tempat tidur yang juga dipisahkan dengan sekat triplek untuk rawat sementara apabila apabila bangsal penuh. Selain itu terdapat 2 ruang isolasi untuk pasien dengan kondisi-kondisi tertentu yang membutuhkan penanganan khusus.

3. Hasil Evaluasi ICPAT

Berdasarkan hasil pengisian *check list* ICPAT yang telah diisi oleh responden, maka kemudian penulis memasukkan ke dalam grafik

presentase untuk setiap dimensi yang terdapat dalam lembar ICPAT yang terdiri dari jawaban ya untuk setiap bagian konten dan mutu.



Gambar 3. Presentase evaluasi ICPAT

Berdasarkan pada *Whittle et al "Assesing the content and quality of pathways"* (2008) diperoleh klasifikasi penilaian ICPAT, apabila penilaian tersebut didapatkan hasil presentase <50% maka termasuk dalam kriteria kurang, presentase 50-75% menunjukkan *moderate* dan >75% maka termasuk dalam kriteria baik. Dari grafik diatas diperoleh bahwa dimensi 1, yaitu pada bagian konten termasuk kategori baik dan bagian mutu termasuk dalam kategori baik. Dimensi 2, yaitu proses dokumentasi *clinical pathway* pada bagian konten termasuk dalam kategori *moderate* dan bagian mutu termasuk dalam

kategori baik. Untuk dimensi 3, bagian konten termasuk dalam kategori *moderate* dan mutu termasuk dalam kategori baik. Dimensi 4, yaitu dimensi proses pengembangan *clinical pathway* menunjukkan kategori konten termasuk dalam kategori kurang dan bagian mutu dalam dimensi 4 hanya terdiri dari satu pertanyaan dan mendapat jawaban tidak sehingga memperoleh hasil akhir 0% yaitu termasuk dalam kategori kurang. Dimensi 5, yaitu proses pemeliharaan *clinical pathway* pada bagian konten termasuk pada kategori *moderate* dan bagian mutu juga termasuk dalam kategori *moderate*. Untuk dimesi 6, yaitu menilai peran organisasi bagian konten dan mutu telah mencapai hasil yang optimal yaitu termasuk dalam kategori baik.

4. Input

a. SDM

Rumah sakit PKU Muhammadiyah memiliki 1 dokter spesialis saraf. Bangsal Al-Kautsar dan bangsal Al-Arof merupakan bangsal penyakit dalam. Selain dari pasien penyakit dalam, pasien saraf juga sering dirawat di bangsal tersebut. Untuk keperawatan, bangsal Al-Kautsar mempunyai 15 perawat yang terdiri dari 12 perawat pendidikan D-3 dan 3 orang perawat dengan pendidikan S-1. Bangsal Al-Arof, mempunyai tenaga keperawatan sebanyak 27 orang terdiri dari 21 orang perawat merupakan

pegawai tetap dan 6 orang perawat masih dalam orientasi. Dari 21 orang perawat pegawai tetap, yaitu 20 orang pegawai dengan pendidikan D-3 dan hanya 1 orang perawat dengan pendidikan S-1. Metode keperawatan yang digunakan pada kedua bangsal tersebut yaitu metode MPM. MPM merupakan metode primer yang dimodifikasi, terbagi dalam 2 tim yang masing-masing perawat bertanggung jawab terhadap 4 sampai 5 pasien.

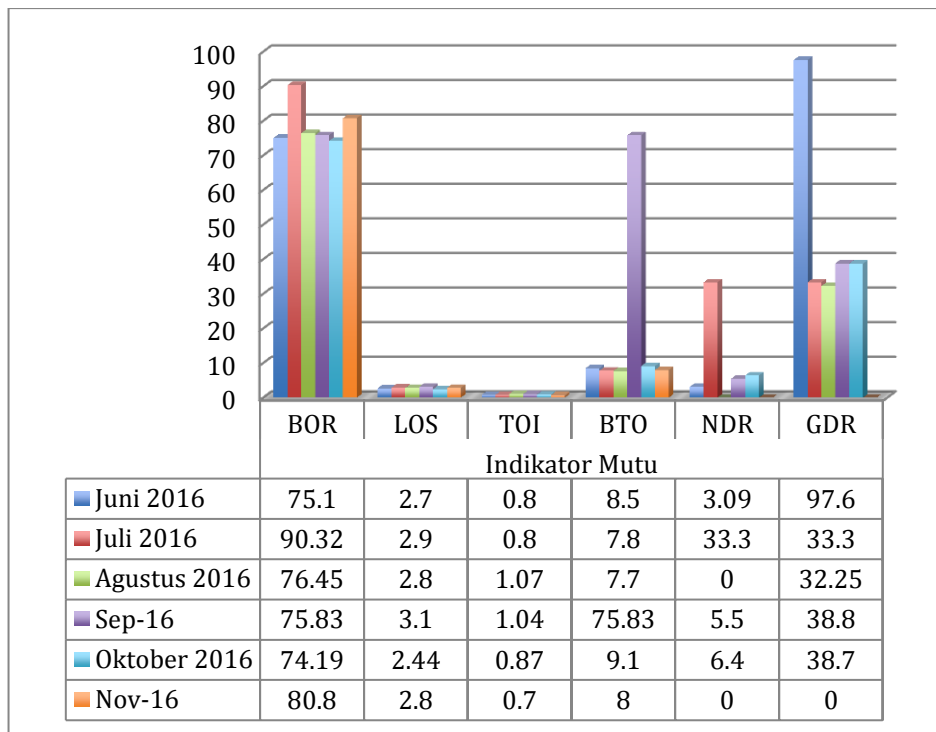
Berdasarkan sumber daya manusia pada kedua bangsal tersebut, kemudian peneliti melakukan wawancara pada sumber daya manusia yang dipilih untuk mengetahui pemahaman tentang *clinical pathway*, berikut hasil *coding* pemahaman terhadap *clinical pathway*.

Tabel 2. Coding Pemahaman Clinical Pathway

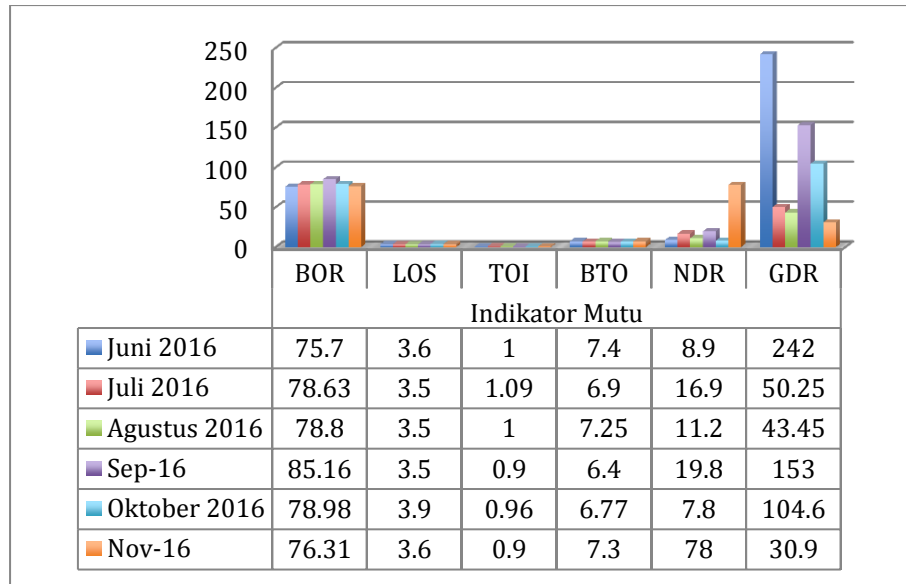
<i>Axial Coding</i>	Tema
Pengertian <i>Clinical Pathway</i> :	<i>Clinical pathway</i> adalah
2. Konsep perencanaan	instrument konsep
3. Standar Pelayanan	perencanaan standar
4. Instrument	pelayanan untuk
5. Pengendalian Tindakan	pengendalian tindakan.
Fungsi <i>clinical pathway</i> :	Fungsi <i>clinical pathway</i>
1. Kendali mutu	adalah standarisasi
2. Kendali biaya	pelayanan untuk kendali
3. Standarisasi pelayanan	mutu dan kendali biaya.
4. Mempertahankan mutu	

Berdasarkan hasil *coding* diatas, menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang berada di rumah sakit menyatakan

bahwa *clinical pathway* merupakan instrument konsep perencanaan standar pelayanan untuk pengendalian tindakan. Dengan adanya *clinical pathway* diharapkan standarisasi pelayanan dapat mengendalikan mutu dan biaya serta dapat mempertahankan mutu rumah sakit.



Gambar 4. Indikator mutu rawat inap Bangsal Al Kautsar



Gambar 5. Indikator mutu rawat inap Bangsal Al A'Rof

Sumber: Laporan Indikator Mutu Rawat Inap Bangsal Al-Kautsar dan Al-A'rof RS PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2016

Dari gambar diatas dapat menunjukkan tingkat mutu pelayanan bangsal Al-Kautsar dan bangsal Al-A'rof periode Juni 2016 sampai November 2016. Pada indikator mutu *Bed Occupancy Ratio* (BOR) pada bangsal Al-Kautsar terendah pada bulan Oktober 2016 yaitu 74.19% dan tertinggi pada bulan Juli 2016 yaitu 90.32%. Pada bangsal Al-A'rof yang terendah pada bulan Juni 2016 yaitu 75.7% dan tertinggi pada bulan September 2016 yaitu 85.16%. Indikator ini gambaran tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Untuk parameter yang ideal yaitu antara 60-85%.

Indikator *Length Of Stay* (LOS) merupakan rata-rata lama pasien dirawat. Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6-9 hari. Pada bangsal Al-Kautsar dan bangsal Al-A'rof tidak ada yang melebihi satuan yang ditetapkan. Selanjutnya indikator *Turn Of Interval* (TOI), merupakan rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Pada bangsal Al-Kautsar dan Bangsal Al-A'rof sudah mencapai hasil yang ideal yakni tidak melebihi satuan yang ditetapkan yaitu 1-3 hari. Demikian untuk indikator *Bed Turn Over* (BTO), adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada suatu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Pada kedua bangsal tersebut memiliki kisaran angka 6 hingga 8 kali per bulan, sehingga apabila dalam satu tahun angka tersebut sudah melebihi satuan yang sudah di tetapkan. Untuk indikator *Net Death Rate* (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap 1000 penderita keluar sedangkan *Gross Death Rate* (GDR) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

b. Peralatan

Pada bangsal Al-A'rof dilengkapi peralatan medis keperawatan untuk menunjang kelancaran kerja. Berdasarkan data, beberapa alat tersedia sesuai standar yang ditentukan bangsal.

Tabel 3. Peralatan Keperawatan Bangsal Al-A'rof

No.	Nama Alat	Standar Rumah Sakit Tipe C		Bangsal Al-A'rof		
		Tersedia	Jumlah	Baik	Rusak	
1.	<i>Bed site monitor/bed patient monitor</i>	✓	✓	5	5	-
2.	Defibrillator	✓	-	-	-	-
3.	EKG	✓	✓	1	1	-
4.	<i>Emergency trolley/resuscitation crash chart</i>	✓	✓	1	1	-
5.	<i>ENT examination set</i>	✓	✓	1	1	-
6.	<i>Film viewer</i>	✓	✓	2	2	-
7.	<i>Infusion pump</i>	✓	-	-	-	-
8.	Lampu periksa	✓	✓	2	2	-
9.	Matras decubitus	✓	-	-	-	-
10.	<i>Minor surgery set</i>	✓	✓	3	3	-
11.	Nebulizer	✓	✓	2	2	-
12.	<i>Pen Light</i>	✓	✓	3	3	-
13.	Saturasi oksigen	✓	✓	1	1	-
14.	Stetoskop	✓	✓	5	4	1
15.	<i>Suction pump portable</i>	✓	✓	2	2	-
16.	<i>Syringe pump</i>	✓	-	-	-	-
17.	Tempat tidur pasien elektrik	✓	✓	5	5	-
18.	Tempat tidur pasien manual	✓	✓	26	26	-
19.	Tensimeter anaeroid	✓	✓	5	5	-
20.	Tensimeter digital	✓	-	-	-	-
21.	Thermometer digital	✓	✓	5	5	-
22.	Timbangan pasien	✓	✓	1	1	-
23.	<i>Blood pressure monitor</i>	✓	✓	1	1	-
24.	<i>Infusion blood warmer</i>	✓	✓	2	2	-

c. Dimensi 1 (Apakah Formulir yang dinilai *Clinical Pathway*?)

1) *Outline* pelayanan

Pada dimensi ini menunjukkan bawah presentasi jawaban ya untuk bagian konten yaitu 80% dan jawaban ya untuk bagian mutu yaitu 100% yang termasuk dalam kategori baik. Pada bagian konten yang belum terlaksana yaitu pada apakah *clinical pathway* dapat membantu pengambilan keputusan dan apakah dokumentasi *clinical pathway* dapat mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Hal tersebut diketahui dari hasil pengamatan langsung pada lembar *clinical pathway*.

2) Peran profesi

Peran profesi dalam pelaksanaan *clinical pathway* infark cerebri tidak terlihat siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 3 bahwa,

“dari lini dokter juga nggak pernah ngisi, paling yang ngisi kan perawat, lab nggak ngisi, gizi ngisi tapi ngisi di status tidak ngisi di CP, farmasi ngisi di status edukasi cuman dia tidak ngisi di CP.”

Berdasarkan pernyataan tersebut lembar *clinical pathway* yang ada belum menunjukkan dengan jelas pembagian peran profesi dalam melaksanakan dan mengisi lembar tersebut.

3) *Design*

Clinical pathway infark cerebri dapat membantu menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti komorbid, faktor resiko atau masalah lain. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 5 yaitu

“Kita memang memasukkan di anamnesisnya sangat detail, tidak cuman anamnesisnya tok tapi ada juga yang tentang faktor resikonya, misalnya ehmm appendicitis akut misalkan appendicitis akut itu nanti di cari juga faktor resikonya apa saja disitu, riwayat menstruasi atau apa misalnya”

Pernyataan diatas semakin diperkuat dengan pernyataan yang diberikan oleh responden 2 yaitu

“..bisa membantu tapi difinalnya pada saat evaluasi taunya bukan pada saat berjalan”

Pada bagian mutu dimensi 1 mencapai 100% yang artinya pada kedua hal yang dinilai mendapat jawaban ya yakni dokumen *clinical pathway* digunakan sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan/terapi dan *clinical pathway* menggambarkan siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Hal ini didukung oleh pernyataan responden 5, bahwa

“..ada dokter, perawat, apoteker, fisioterapi lalu gizi, dokter spesialis”

d. Dimensi 6 (Menilai Peran Organisasi)

Pada dimensi 6 yaitu penilaian terhadap peran organisasi melalui lembar ICPAT memberikan hasil bahwa persentase pada bagian konten dan mutu mencapai 100%. Dapat disimpulkan bahwa peran organisasi dalam pelaksanaan *clinical pathway* terkait konten dan mutu termasuk dalam kategori baik. Pada bagian konten, salah satu yang mendapat jawaban ya yaitu apakah dalam perencanaan ditingkat RS memuat yang secara spesifik rencana untuk mengembangkan *clinical pathway*. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 5 bahwa

“..kalo yang membuat seminar khusus itu baru akan direncanakan tahun depan, akhir tahun 2017”

5. Proses

a. Dimensi 2 (Dokumentasi *Clinical Pathway*)

Pada penilaian lembar ICPAT didapatkan presentase jawaban ya pada bagian konten sebesar 52% dan bagian mutu sebesar 75%. Pada bagian konten yang belum memenuhi yaitu penjelasan mengenai keadaan dimana pasien tidak dapat menggunakan *clinical pathway*, mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien masuk dalam *clinical pathway*, nomor halaman disetiap halaman, jumlah total halaman disetiap halaman, tanggal rencana review dokumen, singkatan yang

dijelaskan dalam dokumen, ruang untuk menuliskan nama pasien disetiap halaman, peringatan akan pentingnya melengkapi variasi, serta sistem pencatatan variasi yang memuat data tanggal dan jam, akses pasien terhadap *clinical pathway* serta kondisi dimana pasien mengisi beberapa bagian dari *clinical pathway*. Hal tersebut diatas berdasarkan hasil pengamatan pada lembar *clinical pathway* infark cerebri. Pada bagian mutu yang belum terpenuhi yaitu mengenai partisipasi pasien dalam *clinical pathway*. Hal ini didukung dengan pernyataan oleh responden 2 yang menyatakan bahwa

“nggak, itu kan internal rumah sakit kalo pasien kan berhak untuk tau resiko medis secara teknis, kalo untuk melihat tatalaksana beda lagi”

Berdasarkan pernyataan tersebut didapatkan bahwa pasien tidak memiliki akses terhadap *clinical pathway* mereka.

b. Dimensi 3 (Pengembangan *Clinical Pathway*)

Pada penilaian lembar ICPAT untuk *item* pengembangan *clinical pathway* didapatkan presentase jawaban ya pada bagian konten yaitu sebesar 54% dan bagian mutu sebesar 82%. Pada bagian konten termasuk dalam kategori *moderate*. Berdasarkan penilaian pada lembar ICPAT yang belum memenuhi yaitu adanya perwakilan pasien yang turut mereview *clinical pathway*

untuk memastikan kerahasiaan pasien. Pada bagian mutu yang belum memenuhi yaitu keterlibatan semua staf dan pasien dalam proses pengembangan, pendapat pasien dikumpulkan pada saat uji coba dan hasil uji coba didiskusikan dengan pasien. Hal ini didukung dengan pernyataan responden 3, bahwa

“Seharusnya semua perawat, semua dokter, petugas lab, lalu ada bidan, ada gizi, ada farmasi itu seharusnya ngisi. Tapi belum terisi jadi terpokok di kita perawat sama tim, tim CP”.

Berdasarkan pernyataan tersebut bahwa tidak semua perwakilan pelaksana turut serta dalam proses pengembangan *clinical pathway*.

c. Dimensi 4 (Implementasi *Clinical Pathway*)

Untuk item implementasi *clinical pathway* didapatkan presentase jawaban ya pada bagian konten sebesar 40% dan pada bagian mutu sebesar 0%. Baik pada bagian konten dan mutu termasuk dalam kategori kurang. Pada bagian konten yang belum memenuhi yaitu bukti bahwa rumah sakit pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko yang dapat terjadi karena penggunaan *clinical pathway* sebelum digunakan, program pelatihan penggunaan *clinical pathway* untuk para staf, serta adanya alokasi sumber daya untuk melaksanakan training penggunaan *clinical pathway*. Pada bagian mutu yang belum

memenuhi yaitu penilaian resiko oleh rumah sakit. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 5 bahwa,

“..kalo yang membuat seminar khusus itu baru akan direncanakan tahun depan, akhir tahun 2017”

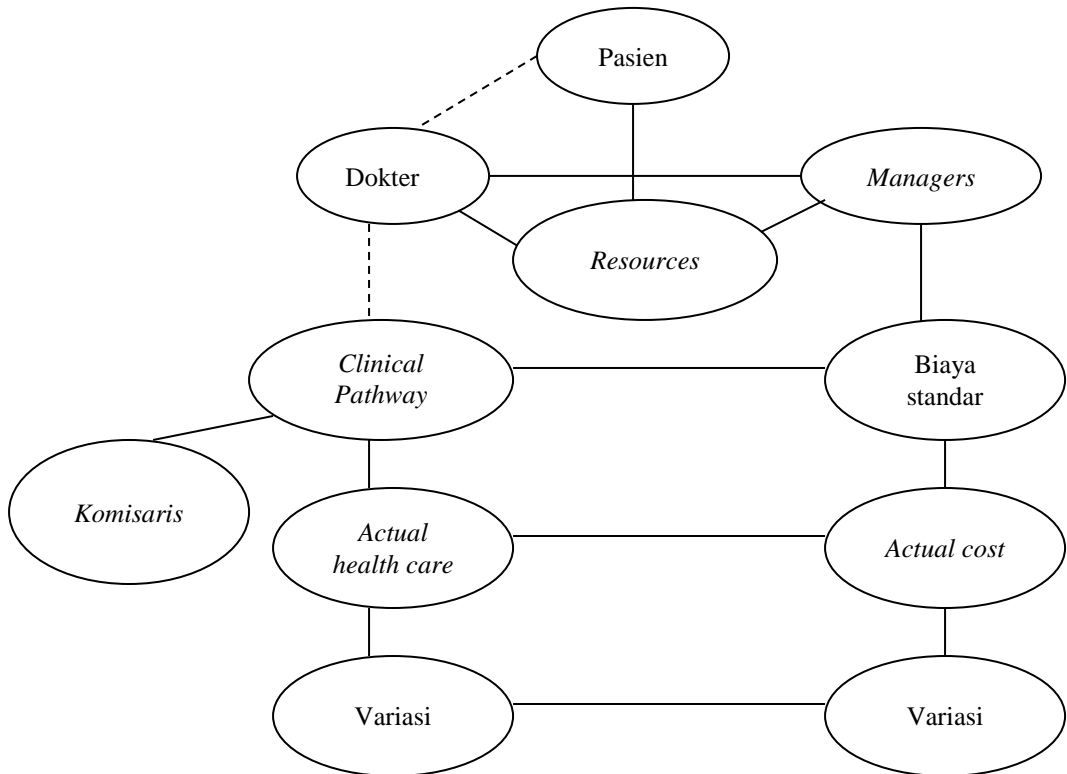
Berdasarkan pernyataan tersebut menyatakan bahwa belum adanya program pelatihan penggunaan *clinical pathway* untuk para staf.

Pada standar prosedur operasional pengisian *clinical pathway* RS PKU Muhammadiyah Bantul, pengisian *clinical pathway* dimulai dari pelayanan IGD atau rawat jalan. Setelah proses pengisian *clinical pathway* dan setelah pasien keluar dari rumah sakit dilakukan verifikasi oleh tim *clinical pathway* dan dibubuhkan stempel “sudah diverifikasi” dan pemberian tanda tangan sebagai bukti verifikasi telah dilakukan. Responden 3 menyatakan bahwa,

“Kadang tidak dimasukkan tapi nanti kalau kita evaluasi kita ngambil taruhlah dalam 3 bulan kita ngambil status dengan diagnose itu dan tidak ada CP nya tetap kita masukkan CP nya jadi kita tetap masukkan evaluasi tapi kita nambahin kita membaca dari dia masuk sampai pulang dia dilakukan tindakan apa kita tinggal centang-centang”

Berdasarkan pernyataan tersebut menyatakan bahwa apabila pelayanan dari IGD atau rawat inap lupa memasukkan *clinical pathway*, tim *clinical pathway* yang mengevaluasi akan mengisi *clinical pathway* berdasarkan tindakan-tindakan yang sudah

dilakukan oleh dokter, gizi, perawat, petugas laboratorium, serta fisioterapi.



Gambar 6. Model Pembiayaan Penyedia Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan gambar diatas, dalam mengelola pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efektivitas biaya pelayanan peran antara penyedia pelayanan harus saling berhubungan. Dalam hal ini, peran dokter terhadap implementasi *clinical pathway* kepada pasien belum memiliki hubungan yang baik sehingga implementasi *clinical pathway* belum optimal dan belum sesuai yang diharapkan.

d. Dimensi 5 (Pemeliharaan *Clinical Pathway*)

Pada penilaian item pemeliharaan *clinical pathway* berdasarkan lembar ICPAT didapatkan presentase jawaban ya pada bagian konten sebesar 50% dan bagian mutu sebesar 69%. Pada bagian konten dan mutu termasuk dalam kategori *moderate*. Pada bagian konten yang belum memenuhi yaitu pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi/format dari *clinical pathway* serta belum adanya pelatihan untuk para staf baru yang terlibat. Untuk bagian mutu yang belum memenuhi yaitu isi dan dokumentasi *clinical pathway* secara rutin direview, bukti bahwa masukan dari pasien telah merubah praktek serta keterlibatan pasien dalam meriew isi dari *clinical pathway*. Hal ini didukung oleh pernyataan responden 5, bahwa

“sosialisasinya baru itu sih, kalo yang membuat seminar khusus itu baru akan direncanakan tahun depan, akhir tahun 2017. Sosialisasi secara khusus seminar gitu baru tahun depan, kalo sementara sih sekarang baru sedikit baru perwakilan aja perbagian untuk sosialisasi masalah CPnya, dari grup WA juga. Sosialisasinya lewat grup WA struktural, karena pada akhirnya yang mengisi itu CP mayoritas justru malah perawatnya, karena dokter spesialisnya ga sempet”

Berdasarkan pernyataan tersebut menyatakan bahwa belum adanya sosialisasi atau *training*/pelatihan untuk penggunaan *clinical pathway*.

e. Kendala

Berdasarkan wawancara dengan responden diketahui bahwa *clinical pathway* dibentuk pada tahun 2014 oleh tim *clinical pathway* yang terdiri dari dokter, perawat, gizi, farmasi, laboratorium. Pembuatan *clinical pathway* berdasarkan kasus yang paling banyak ditemui di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, kasus dengan biaya terbanyak serta kasus dengan variasi terbanyak. *Clinical pathway* dievaluasi setiap 3 hingga 6 bulan sekali oleh tim *clinical pathway*.

Tabel 4. Coding Kendala dalam implementasi *clinical pathway*

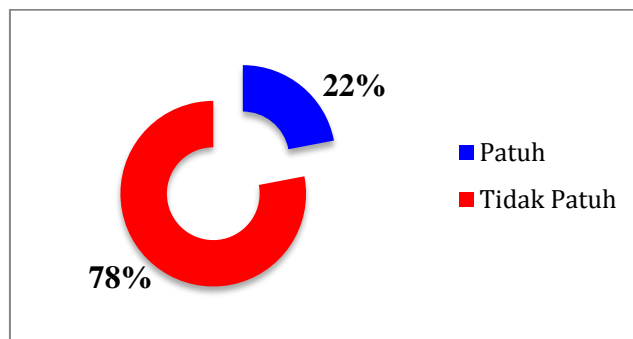
<i>Axial Coding</i>	Tema
Kendala pelaksanaan:	Kepatuhan dalam pelaksanaan:
1. Lupa memasukkan di Rekam medis	Kepatuhan dalam pelaksanaan yang masih kurang disebabkan oleh
2. Kesibukan petugas	kesibukan masing-masing petugas
3. Dokter tidak sempat mengisi	sehingga tidak sempat untuk mengisi <i>clinical pathway</i> . Belum terbiasa
4. Perbedaan diagnosis awal dan akhir	dengan <i>clinical pathway</i> sehingga lupa memasukkan di rekam medis serta
5. Belum terbiasa	perbedaan diagnosis awal dan akhir.

Clinical pathway merupakan formulir yang baru di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul sehingga sulit untuk mengubah kebiasaan di lapangan yang sebelumnya tidak menggunakan formulir *clinical pathway*. Faktor ketidakpatuhan dalam pelaksanaan *clinical pathway* masih kurang yang disebabkan oleh kesibukan masing-masing petugas sehingga tidak sempat untuk

mengisi *clinical pathway*. Hal lain yang juga menyebabkan ketidakpatuhan yaitu belum terbiasa dengan *clinical pathway* sehingga lupa memasukkan di rekam medis serta perbedaan diagnosis awal dan akhir.

6. Output

a. Kepatuhan Kelengkapan Formulir *Clinical Pathway*



Gambar 7. Kepatuhan kelengkapan formulir *clinical pathway*

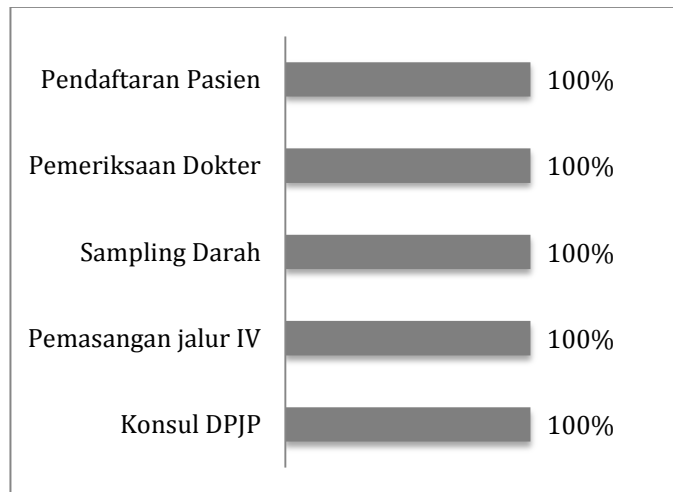
Berdasarkan gambar diatas bahwa kepatuhan kelengkapan formulir *clinical pathway* hanya terdapat 6 rekam medis dari 27 rekam medis yang diobservasi yang melampirkan formulir *clinical pathway*. Hal ini didukung oleh pernyataan responden 3, bahwa

“kalau dari IGDnya tidak dimasukkan jadi biasanya belum mengisi. Jadi dikita itu belum jadi kebiasaan untuk mengisi CP”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa lembar *clinical pathway* tidak selalu dilampirkan dalam rekam medis pasien.

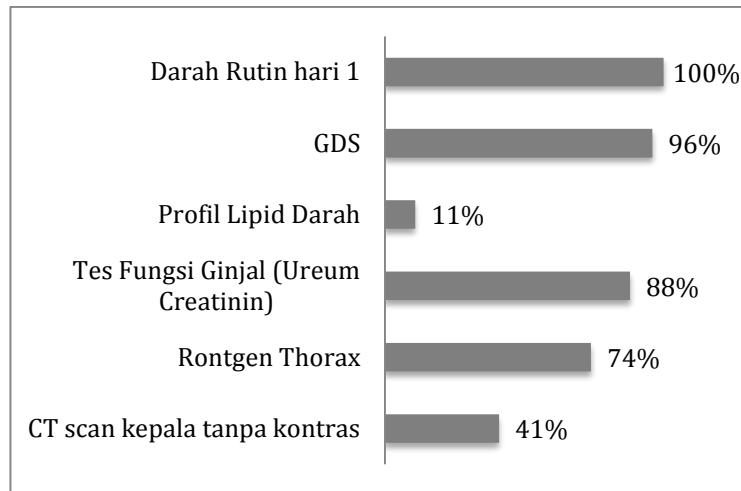
b. Kepatuhan Pelaksanaan Isi *Clinical Pathway*

Untuk mengetahui tingkat kepatuhan pelaksanaan setiap *item* yang terdapat pada formulir *clinical pathway*, maka penulis menyajikan tabel audit medik *clinical pathway* infark cerebri. Hasil ini didapatkan dari melihat *check list* yang ada dalam formulir, namun jika formulir tidak ada dalam rekam medis maka penulis melakukan observasi setiap *item check list clinical pathway* pada penulisan di lembar rekam medis sehari-hari.



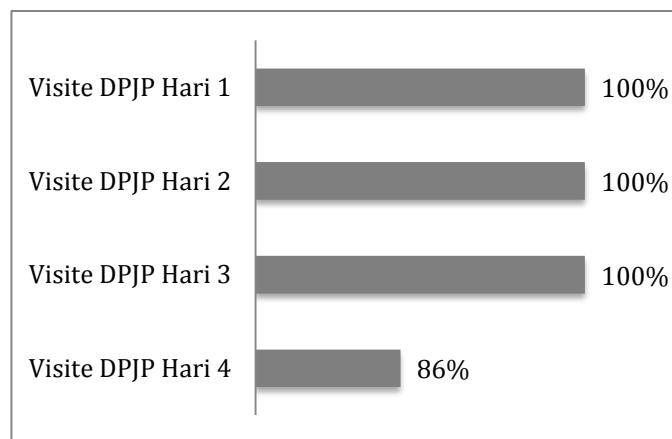
Gambar 8. Hasil Audit Medik *Item Admisi Clinical Pathway*

Dari gambar di atas menunjukkan bahwa untuk *item admisi* pada *clinical pathway* telah dilakukan hingga 100% pada kelima item tersebut. Mulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan dokter, sampling darah, pemasangan jalur IV maupun konsul DPJP semuanya telah dilakukan secara optimal.



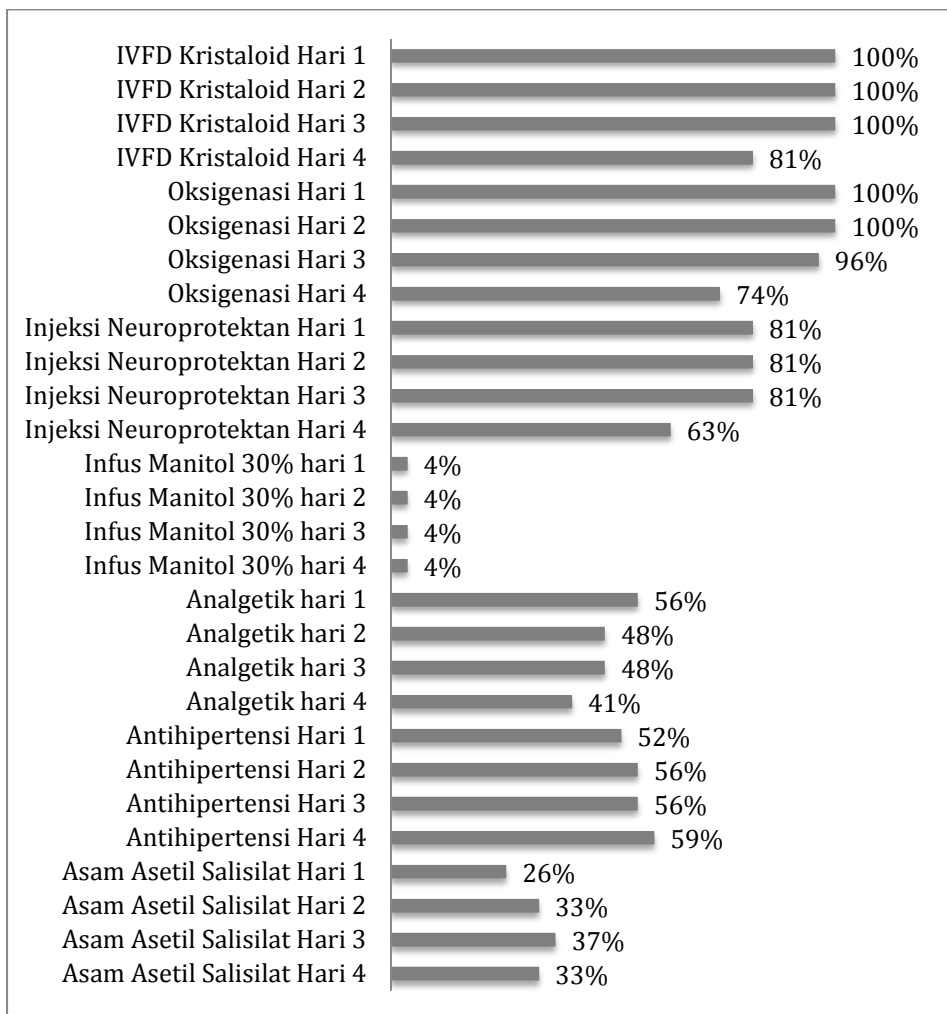
Gambar 9. Hasil Audit Medik *Item* Penunjang Diagnosis *Clinical Pathway*

Dari gambar di atas, menunjukkan bahwa belum ada salah satu dari pemeriksaan diagnosis tersebut yang dilakukan secara optimal. Terlihat pada pemeriksaan profil lipid darah hanya dilakukan sebesar 11% dan pemeriksaan CT scan kepala tanpa kontras dilakukan sebesar 41%.



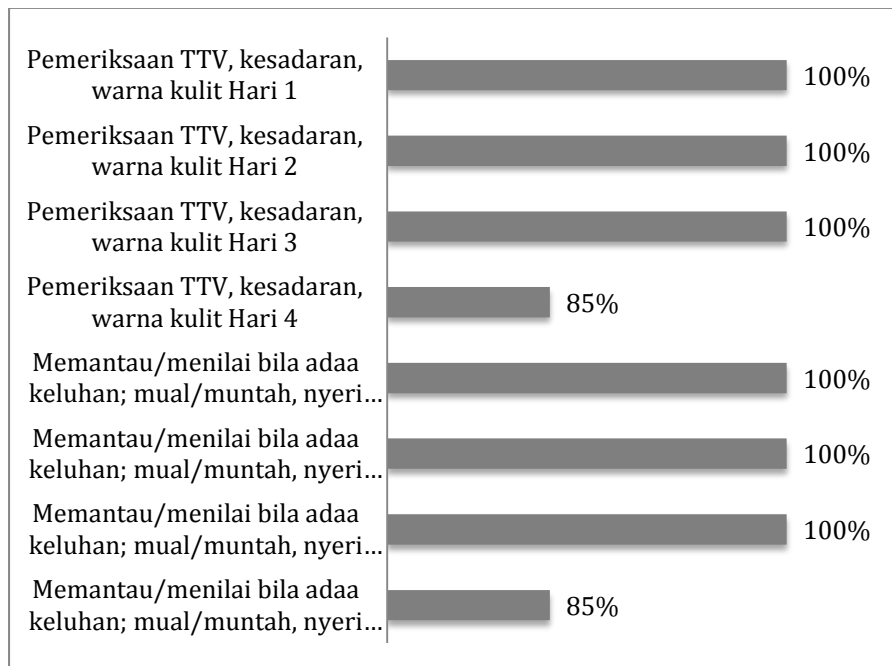
Gambar 10. Hasil Audit Medik *Item* Diagnosis *Clinical Pathway*

Pada *item* diagnosis menunjukkan bahwa dokter melakukan visite pada hari pertama hingga hari keempat. Pada hari pertama hingga hari ketiga semua dokter melakukan visite. Namun pada hari keempat hanya 86% dokter melakukan visite, hal tersebut dikarenakan bahwa terkadang pasien pada hari ketiga dianjurkan untuk rawat jalan.



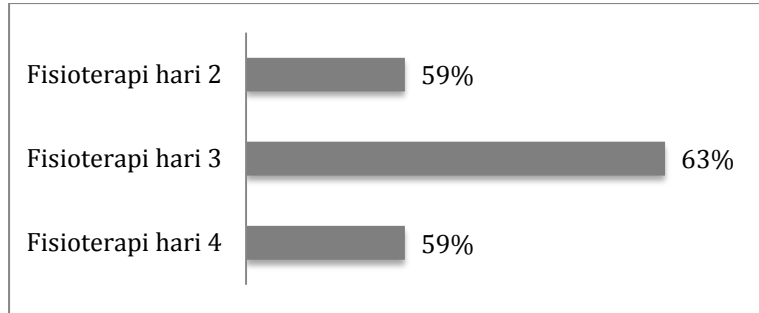
Gambar 11. Hasil Audit Medik *Item* Terapi *Clinical Pathway*

Pada *item* terapi hasil yang cukup optimal pada IVFD Kristaloid, oksigen dan injeksi neuroprotektan. Hasil yang belum optimal terlihat pada pemberian infus manitol, serta pemberian asam asetil salisilat. Berdasarkan lembar *clinical pathway*, infus manitol diberikan sesuai indikasi pasien.



Gambar 12. Hasil audit medik *item* asuhan keperawatan *Clinical Pathway*

Dari gambar diatas, didapatkan bahwa pemeriksaan dan penilaian pada hari pertama hingga hari ketiga sudah dilakukan secara optimal. Namun pada hari keempat belum dilakukan secara optimal.



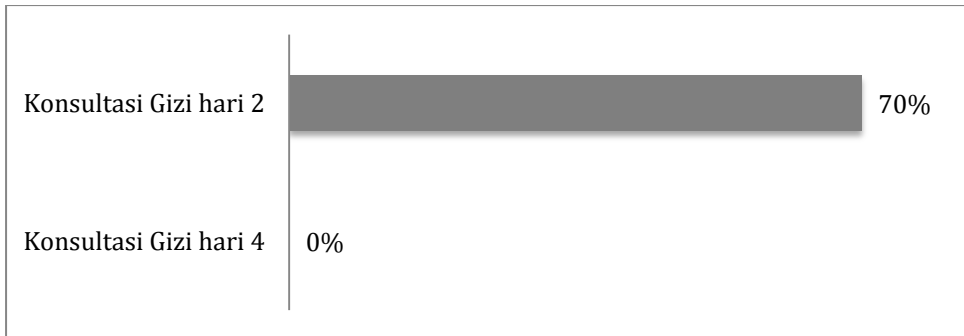
Gambar 13. Hasil audit medik *item* asuhan fisioterapi *Clinical Pathway*

Dari gambar diatas, didapatkan bahwa fisioterapi paling banyak dilakukan pada hari ketiga yaitu terlihat pada persentase sebesar 63%. Pada hari kedua dan keempat sebesar 59%.

Konsultasi apoteker dan pelayanan Informasi Obat	0%
Monitoring terapi hari 1	0%
Monitoring terapi hari 2	0%
Monitoring terapi hari 3	0%
Monitoring terapi hari 4	0%

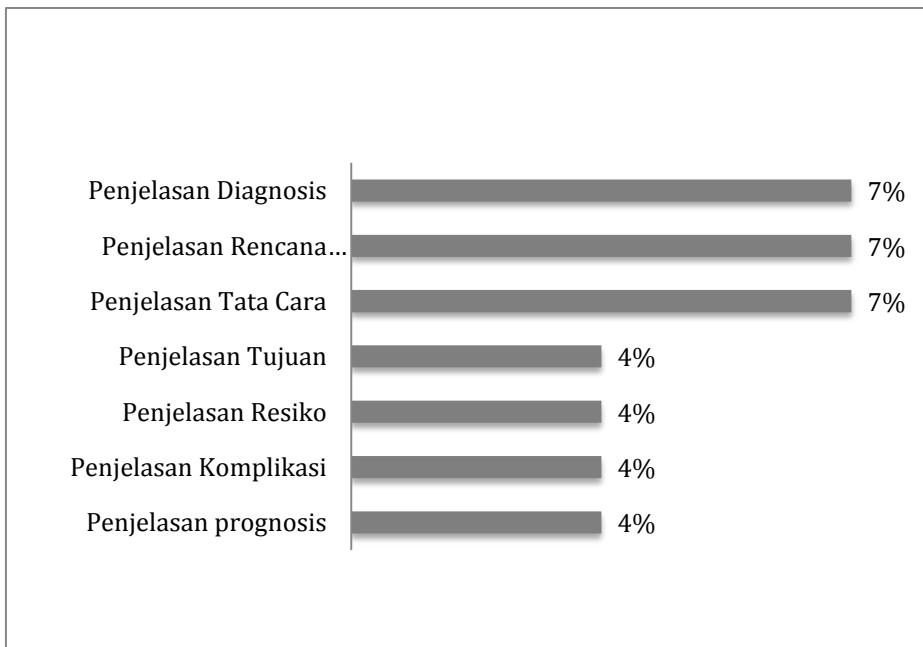
Gambar 14. Hasil audit medik *item* asuhan kefarmasian *Clinical Pathway*

Dari gambar diatas, asuhan kefarmasian belum dilakukan secara optimal. Terlihat pada presentase belum dilakukannya konsultasi apoteker, informasi obat, maupun monitoring terapi.



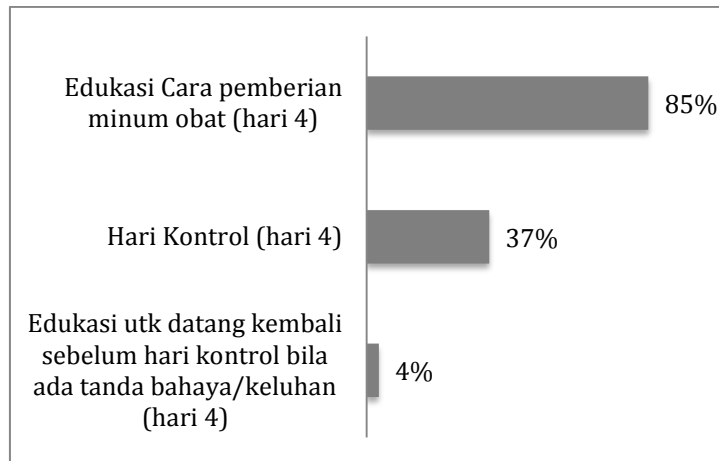
Gambar 15. Hasil audit medik *item* asuhan gizi *Clinical Pathway*

Dari gambar tersebut diatas, konsultasi gizi pada hari kedua dilakukan cukup baik yaitu terlihat pada presentase sebesar 70%. Berbeda halnya konsultasi gizi pada hari keempat, tidak didapatkan adanya konsultasi gizi.



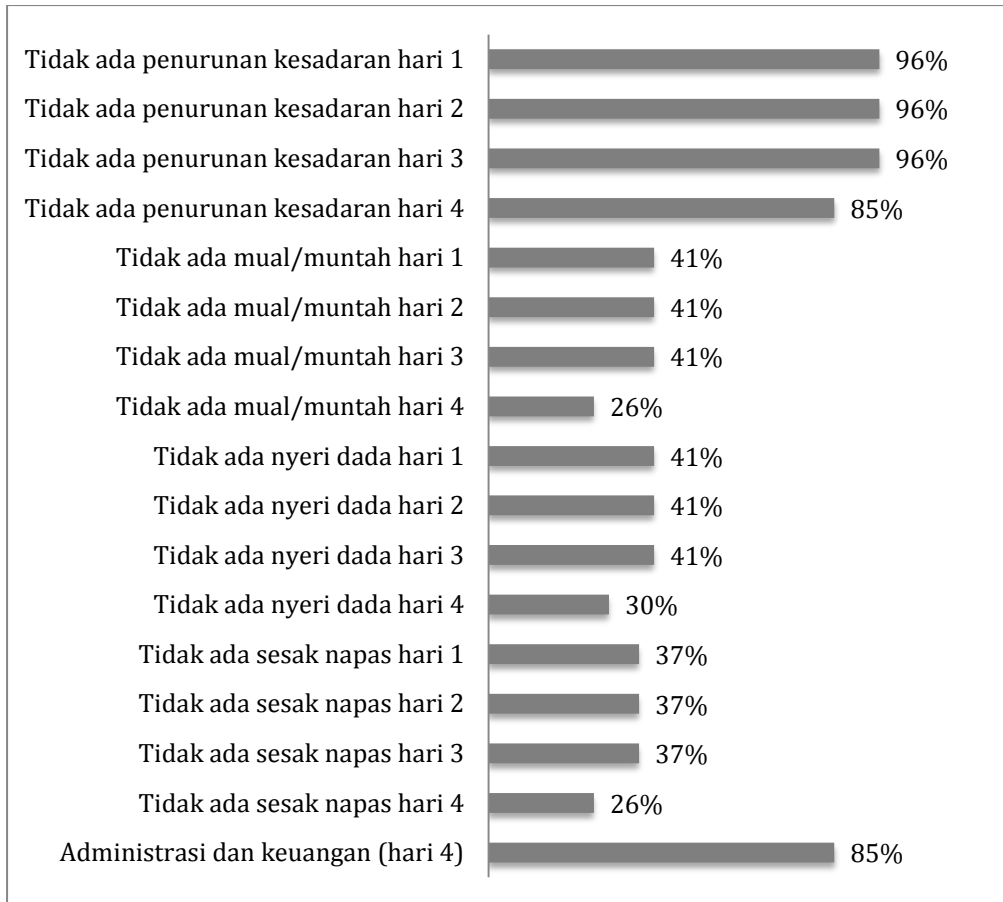
Gambar 16. Hasil audit medik *item* persiapan pulang *Clinical Pathway*

Dari gambar diatas, terlihat belum optimalnya penjelasan kepada pasien perihal diagnosis, rencana tindakan, tata cara, tujuan, resiko, komplikasi maupun prognosis.



Gambar 17. Hasil audit medik *item* edukasi oleh dokter / perawat *Clinical Pathway*

Pada gambar diatas, edukasi cara pemberian minum obat pada hari keempat sudah cukup baik, terlihat dari presentase yaitu sebesar 85%. Namun untuk edukasi untuk kembali sebelum kontrol bila ada tanda bahaya atau keluhan presentasinya hanya sebesar 4%.



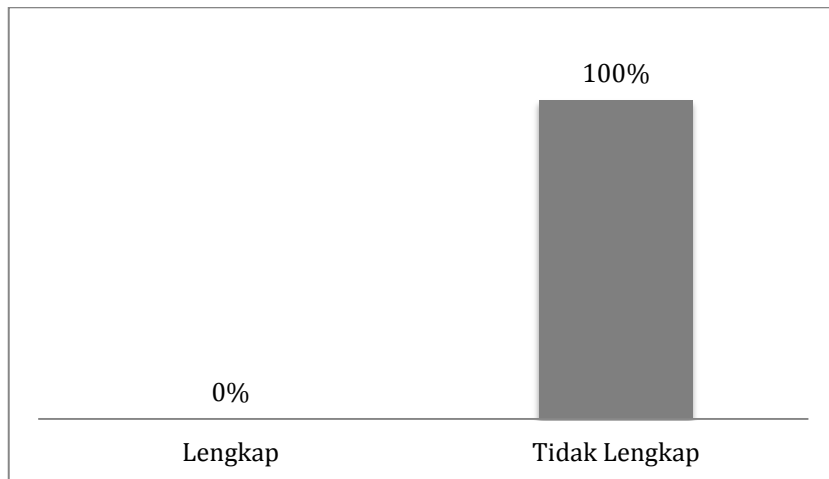
Gambar 18. Hasil audit medik *item discharge planning Clinical Pathway*

Pada gambar *discharge planning*, penilaian yang optimal hanya pada penilaian kesadaran pada hari pertama hingga hari keempat. Untuk penilaian mual, muntah, nyeri dada, ataupun sesak napas menunjukkan hasil yang belum optimal.

c. Kelengkapan Isi *Clinical Pathway*

Berdasarkan hasil observasi rekam medis terhadap isi *clinical pathway* didapatkan tingkat kelengkapan isi lembar

clinical pathway 0%, dimana dari hasil observasi tidak satupun *clinical pathway* yang diisi secara lengkap.



Gambar 19. Kelengkapan Isi *Clinical Pathway*

Selanjutnya peneliti melakukan konfirmasi hasil observasi terkait data yang tidak ada kepada responden wawancara. Responden 4 menyatakan, bahwa

“Ya kadang ada yang ngisi ada yang enggak. Biasanya yang seperti ini nanti yang melengkapi pas MR pulang”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa data yang tidak terisi pada pelaksanaan sebenarnya dilakukan, namun lupa untuk mengisi dalam lembar rekam medis.

B. Pembahasan

Berdasarkan pada *Whittle et al “Assesing the content and quality of pathways”* (2008) diperoleh klasifikasi penilaian ICPAT, apabila

penilaian tersebut didapatkan hasil presentase <50% maka termasuk dalam kriteria kurang, presentase 50-75% menunjukkan *moderate* dan >75% maka termasuk dalam kriteria baik. Presentase tersebut didapatkan dari hasil jumlah jawaban ya pada setiap item masing-masing dimensi. Setiap dimensi terdapat bagian konten dan bagian mutu.

Pada dimensi 1 pada lembar penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yaitu apakah formulir yang dinilai benar *clinical pathway*. Konten dan mutu termasuk dalam kategori baik. Pada dimensi 1 ini memastikan bahwa yang dinilai merupakan *clinical pathway*. Karena ada banyak kesimpang-siuran pengertian dan definisi mengenai *clinical pathway* (De Luc, 2000), maka langkah pertama yang perlu dilakukan adalah untuk menilai apakah suatu *guideline* yang akan dinilai adalah *clinical pathway* atau bukan. Karena tidak adanya satu definisi tentang *clinical pathway* maka daftar pertanyaan pada dimensi 1 didapatkan dari rangkuman berbagai definisi yang dikenal dengan baik terutama di Inggris (de Chernatony dan Riley, 1998). Menurut (Cui et al., 2014) formulir *clinical pathway* digunakan untuk membuat kerangka kerja dalam proses perawatan. Sehingga format *clinical pathway* yang baik perlu dibuat untuk meningkatkan keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan medis. *Clinical pathway* adalah alat yang digunakan sebagai panduan perawatan kesehatan berbasis bukti (Kinsman et al, 2010). Salah

satu cara untuk meningkatkan kualitas adalah dengan mendesain ulang proses pelayanan kesehatan berupa *clinical pathway* (Olsson et al., 2009).

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) dimensi 2 yaitu proses dokumentasi *clinical pathway*. Bagian konten termasuk dalam kategori *moderate* dan bagian mutu termasuk dalam kategori baik. Menurut (Allen, Gillen, dan Rixson, 2009), dokumentasi *clinical pathway* berfungsi untuk mencatat pencapaian dari pengobatan dan meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) dimensi 3, bagian konten termasuk dalam kategori *moderate* dan bagian mutu termasuk dalam kategori baik. Dimensi 3 merupakan penilaian terhadap proses pengembangan *clinical pathway*. Menurut De Luc (2000), proses pengembangan *clinical pathway* sama pentingnya dengan *clinical pathway* yang dihasilkan, karena *clinical pathway* adalah sebuah alat (*tools*) yang akan juga digunakan untuk mengevaluasi pelayanan atau terapi yang telah diberikan dan untuk memperbaiki pelayanan tersebut harus melibatkan proses perubahan dalam praktek sehari-hari. Menurut (Healthcare & Iechyd, 2005), salah satu proses pengembangan *clinical pathway* adalah proses *mapping*, dengan adanya proses *mapping* akan menghasilkan sebuah peta perjalanan pasien

berdasarkan berbagai perspektif. Dari peta tersebut tim multidisiplin dapat mengkaji masalah dan langkah-langkah yang akan dipakai. Proses *mapping* merupakan tahap yang paling penting. Salah satu aspek yang mempengaruhi hasil presertase dari dimensi 3 yaitu belum adanya keterlibatan pasien terkait pengembangan *clinical pathway*. Keterlibatan pasien sangat penting dalam pengembangan suatu *clinical pathway*, salah satu hal penting diperhatikan dalam pengembangan suatu *clinical pathway* adalah transparansi terhadap pasien (Chawla et al., 2016). Kurangnya akuntabilitas pada proses pelayanan mutu dan transparansi pada pasien dapat mempengaruhi proses pengembangan *clinical pathway* (Abrahams et al., 2017).

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) dimensi 4, bagian konten dan mutu termasuk dalam kategori kurang. Dimensi 4 merupakan penilaian terhadap proses implementasi *clinical pathway*. Implementasi sangat penting karena suatu pembuatan *clinical pathway* berdasarkan pada *high risk, high volume, dan high cost* sehingga diharapkan dengan pelaksanaan *clinical pathway* yang baik dapat mengurangi resiko, jumlah, dan biaya pelayanan medis (Huang, 2015). *Clinical pathway* dapat mengurangi *cost of treatment*, hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh (Rejeki, 2014) yaitu terdapat perbedaan antara *cost of treatment* berdasarkan *clinical pathway*

dibandingkan *cost of treatment* berdasarkan kondisi riil. *Clinical pathway* meningkatkan kualitas pelayanan dan mengendalikan biaya perawatan, implementasi *clinical pathway* yang baik dapat meningkatkan keselamatan, kepuasan, dan *outcome* pasien (Aljunid, 2012). Berdasarkan Standar Prosedur Operasional pengisian *clinical pathway* di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul, prosedur pengisian *clinical pathway* dimulai dari pelayanan IGD atau rawat jalan yang diisi oleh dokter dan perawat. Hal tersebut dilakukan jika kasus penyakit telah didiagnosis dari pelayanan awal, namun belum adanya prosedur yang menyatakan bahwa pengisian *clinical pathway* dapat dimulai di bangsal rawat inap jika ditemukan kasus penyakit berdasarkan *clinical pathway* yang ada. Hal ini dapat membuat kurangnya kepatuhan pengisian *clinical pathway* jika pengisian *clinical pathway* hanya dimulai dari IGD dan pelayanan rawat jalan. Berdasarkan gambar 6, yaitu model pembiayaan penyedia pelayanan kesehatan didapatkan peran dokter pelaksana terhadap implementasi *clinical pathway* kepada pasien belum memiliki hubungan yang baik. Penggunaan *clinical pathway* merupakan salah satu fasilitas untuk pelayanan yang efektif dalam hal biaya (Middleton and Roberts, 2000). Kepatuhan implementasi tidak terlepas dari keterlibatan peran dokter pelaksana terhadap *clinical pathway*. Dalam hal ini, dokter

pelaksana di rawat inap belum menggunakan *clinical pathway* dalam proses pelayanan rumah sakit sebagai kendali mutu dan kendali biaya.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) dimensi 5, pada bagian konten termasuk pada kategori *moderate* dan bagian mutu juga termasuk dalam kategori *moderate*. Dimensi 5 merupakan penilaian terhadap *maintenance clinical pathway*. Salah satu faktor sukses terpenting dalam penggunaan *clinical pathway* adalah kegiatan untuk menjaga (*maintenance*) *clinical pathway* yang mensyaratkan agar *clinical pathway* dapat berfungsi sebagai alat yang dinamis yang dapat merespon masukan dari staf, pasien, respon klinis, referensi terbaru sehingga isi dan desain dari *clinical pathway* perlu *direview* terus-menerus (De Luc, 2000). Keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer, keterlibatan staf yang terkait diperlukan untuk memastikan tujuan tercapai pada setiap tahap pemeliharaan (Evans-lacko et al., 2010).

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) dimensi 6, bagian konten dan mutu termasuk dalam kategori baik. Dimensi 6 merupakan penilaian terhadap peran organisasi untuk *clinical pathway*. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa rumah sakit telah membentuk tim *clinical pathway* yang telah disosialisaikan melalui berbagai rapat serta penyampaian pada pelayan

medis di bangsal rawat inap. Peran organisasi yang utama adalah membentuk komitmen dan kepemimpinan klinis yang kuat salah satunya dokter (Devitra, 2011). Menurut (Bjurling-sjöberg, 2014), kurangnya keterlibatan dokter merupakan salah satu alasan gagalnya implementasi *clinical pathway*.

Untuk sumber daya manusia pada bagian input, dokter spesialis saraf yang tersedia sebanyak 1 orang dokter spesialis saraf, 15 perawat di bangsal Al-Kautsar dan 21 perawat di bangsal Al-A'rof. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 untuk rumah sakit tipe C tenaga medis harus memenuhi 9 dokter umum, 2 dokter gigi umum, 2 dokter spesialis dasar, 1 dokter spesialis penunjang dan 1 dokter spesialis gigi dan mulut. Sedangkan untuk rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul semua tenaga medis sudah memenuhi standar dan untuk dokter spesialis saraf terdapat 1 dokter yang membantu pelayanan medis menjadi maksimal. Artinya 1 dokter spesialis tersebut telah memenuhi standar. Di bangsal al-arof terdapat 21 perawat dengan jumlah tempat tidur sebanyak 31 tempat tidur yang artinya perbandingan yang diperoleh pun yaitu 2 perawat untuk tiga tempat tidur dan hal tersebut telah sesuai dengan standar. Begitu pula dengan bangsal al-kautsar yang memiliki 15 perawat dengan jumlah tempat tidur yaitu 20 perawat. Apabila dihitung maka diperoleh 3 berbanding 4 artinya sudah

sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dengan demikian dibutuhkan pengelolaan tenaga medis sehingga dapat melaksanakan dan menerapkan *clinical pathway* dengan optimal.

Berdasarkan hasil audit asuhan kefarmasian *clinical pathway* infark cerebri didapatkan bahwa konsultasi apoteker, pelayanan informasi obat serta monitoring terapi dari hari pertama hingga keempat belum dilakukan secara optimal. Jumlah apoteker di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul sebanyak 9 orang, yakni 4 apoteker berada di bidang struktural dan 5 apoteker berada di pelayanan rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014, jumlah tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas: 1 orang apoteker sebagai kepala instansi farmasi rumah sakit, 2 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 4 orang tenaga teknis kefarmasian, 4 orang apoteker di rawat inap yang dibantu paling sedikit 8 orang tenaga teknis kefarmasian, serta 1 orang apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi, dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit. Oleh karena itu, sumber daya tenaga kefarmasian yang tersedia belum memenuhi standar peraturan kementerian kesehatan. Hal ini yang mungkin

menjadi salah satu alasan belum optimalnya pengisian *clinical pathway*. Sumber daya yang tersedia baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam menerapkan *clinical pathway*, untuk itu perlu kemampuan mengelola dan ketersediaan potensi yang ada (Devitra, 2011).

Selanjutnya peneliti melakukan observasi pada rekam medis untuk tingkat kepatuhan pengisian dan kepatuhan kelengkapan formulir *clinical pathway*. Didapatkan hanya terdapat 6 rekam medis dari 27 rekam medis yang diobservasi yang melampirkan formulir *clinical pathway*. Dari hasil presentase disimpulkan 78% tidak patuh terhadap kelengkapan formulir *clinical pathway*. Peneliti juga melakukan observasi terhadap isi *clinical pathway* didapatkan tingkat kelengkapan isi lembar *clinical pathway* 0%, dimana dari hasil observasi tidak satupun *clinical pathway* yang diisi secara lengkap. Menurut (Mater, Ibrahim, dan Ph, 2014), kepatuhan dalam implementasi *clinical pathway* juga dapat meningkatkan komunikasi antar tenaga medis.

Berdasarkan wawancara dengan responden diketahui bahwa *clinical pathway* dibentuk pada tahun 2014 oleh tim *clinical pathway* yang terdiri dari dokter, perawat, gizi, farmasi, laboratorium. *Clinical pathway* merupakan formulir yang baru di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul sehingga sulit untuk mengubah kebiasaan di lapangan yang

sebelumnya tidak menggunakan formulir *clinical pathway*. Faktor ketidakpatuhan dalam pelaksanaan *clinical pathway* masih kurang yang disebabkan oleh kesibukan masing-masing petugas sehingga tidak sempat untuk mengisi *clinical pathway*. Hal lain yang juga menyebabkan ketidakpatuhan yaitu belum terbiasa dengan *clinical pathway* sehingga lupa memasukkan di rekam medis serta adanya perbedaan diagnosis awal dan diagnosis akhir.

Dari bagian mutu juga menambahkan kendala selama ini dalam kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* yaitu karena proses maupun hasil evaluasi yang belum optimal. Hal tersebut disebabkan karena proses evaluasi sendiri yang sedikit sulit dilakukan karena masing-masing anggota tim *clinical pathway* yang juga mempunyai tugas utama lainnya.