

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Panduan Praktik Klinis

Panduan Praktik Klinis (PPK) adalah prosedur yang dilaksanakan oleh sekelompok profesi yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pimpinan rumah sakit (Permenkes RI, 2014). Panduan Praktik Klinis disusun dalam rangka pengendalian mutu dan biaya bagi pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien. Penyusunan isi Panduan Praktik Klinis didasarkan pada referensi yang ditetapkan oleh kolegium terkait, dalam hal ini kolegium obsgyn yang dituangkan dalam *Clinical Practice Guidelines (CPG)*. Dalam pembuatannya Panduan Praktik Klinis harus disesuaikan dengan standar tenaga maupun standar peralatan yang ada, sedangkan *CPG* sendiri dibuat dengan ilmu terkini sesuai kemajuan terbaru dan terlengkap yang ada. Jadi pada intinya Pedoman Praktik Klinis tidak harus sama dengan *CPG*, melainkan harus disesuaikan dengan kondisi rumah sakit (Permenkes RI, 2014).

Clinical practice guidelines (CPG) merupakan prinsip-prinsip dan filosofi praktik klinis yang berbasis bukti sudah banyak diterapkan dalam berbagai bidang pelayanan kesehatan di berbagai negara. Prinsip inilah yang kemudian dituangkan secara formal dan sistematis dalam suatu dokumen yang disebut dengan *clinical practice guidelines (CPG)* (Matthews & Sutherland, 2004).

Panduan Praktik Klinis atau *CPG* merupakan suatu instrumen yang menyajikan bukti-bukti ilmiah dalam format yang mudah diakses oleh para klinisi. *CPG* didefinisikan sebagai suatu pernyataan yang disusun secara sistematis dan dirancang untuk membantu para dokter dan pasien dalam pengambilan keputusan mengenai tindakan yang tepat dalam kondisi klinis yang spesifik. *CPG* disusun untuk meningkatkan kualitas perawatan (*quality of care*), khususnya dalam keadaan yang tidak pasti. Dalam pengembangannya, *CPG* disusun dari bukti-bukti ilmiah terbaik yang tersedia dari berbagai penelitian klinis. Bukti-bukti ini kemudian dikombinasikan dengan keahlian klinis dari para klinisi yang kemudian menghasilkan rekomendasi klinis, yang disebut *CPG*. Jadi, *CPG* adalah rekomendasi bagi profesi kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada seorang individu, yang didasarkan atas bukti-bukti terbaik yang tersedia, yang bersifat saran untuk membantu praktik profesi kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan keputusan klinis dan tidak untuk mengganti pengetahuan dan kemampuan mereka (Yaşar dkk, 2016).

Panduan Praktik Klinis bermanfaat baik bagi dokter maupun bagi pasiennya, karena *CPG* meningkatkan kualitas informasi yang tersedia bagi para dokter, membantu dalam pengambilan keputusan, dan oleh karenanya akan meningkatkan kualitas pelayanannya. *CPG* dapat mencakup seluruh proses tata laksana dari suatu penyakit atau kondisi, atau bagian dari tata laksana, mulai dari pencegahan dan perawatan diri, pelayanan primer, pelayanan sekunder, sampai pada pelayanan spesialisik. Jadi kondisi yang direkomendasikan dalam suatu *CPG* bisa sangat luas, atau sebaliknya, sangat spesifik. Sebagai contoh, *CPG* dapat

memberi rekomendasi tentang tatalaksana suatu gejala, misalnya rasa sakit, atau sebuah alat, misalnya kateter, atau suatu kondisi spesifik misalnya psikosis (Yaşar dkk, 2016).

Pramono (2015) menyatakan bahwa suatu *CPG* dikembangkan untuk berlaku bagi sebagian besar pasien dalam situasi klinis tertentu. Suatu *CPG* tidak selalu cocok dengan setiap situasi klinis yang terjadi. Dalam proses perawatan klinik, *CPG* dapat digunakan sebagai suatu peta jalan (*roadmaps*) yang mencegah para klinisi berjalan menjauhi jalur yang seharusnya dilalui. Jadi *CPG* bukan sebagai suatu resep masakan yang ramuannya bervariasi dan sering sukar difahami dan diimplementasikan. Dalam proses perawatan klinik, *CPG* juga berperan untuk memberikan informasi, yang akan memperkuat keputusan klinis yang diambil oleh seorang klinisi. Hasil yang lebih baik akan tercapai, karena dengan menggunakan *CPG*, dalam pengambilan keputusan klinis, akan diintegrasikan bukti-bukti terbaik dari penelitian-penelitian klinik dengan keahlian klinis dan juga dengan keinginan pasien.

Dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri suatu Panduan Praktik Klinis adalah suatu dokumen (*statement*) yang disusun secara sistematis, dikembangkan berbasis pada hasil penelitian terbaru dan terbaik, merupakan rekomendasi yang tidak mengikat, dapat mencakup seluruh proses atau bagian dari tatalaksana suatu penyakit dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Panduan Praktik Klinis bukan merupakan protokol yang bersifat kaku. Dalam penggunaannya, Panduan Praktik Klinis akan dikombinasikan dengan keahlian klinis seorang dokter serta preferensi (keinginan) pasien, bertujuan untuk mendapatkan hasil perawatan terbaik

dan termurah dari alternatif lain yang ada, berfungsi untuk mengurangi variasi dalam perawatan klinik, dan dapat diaudit (Pramono, 2015).

2. Audit Panduan Praktik Klinis

Dalam kenyataanya ada banyak manfaat dalam penggunaa Panduan Praktik Klinis, tapi tidak berhenti disitu saja dalam peneranpanya. Pihak manajemen rumah sakit senantiasa harus melakukan evaluasi Panduan Praktik Klinis dengan jalan melakukan audit intensif dalam waktu yang ditentukan. Audit Panduan Praktik Klinis dilakukan guna beberapa hal, antara lain (Davis, 2005) :

1. Mendeskripsikan prosedur pelaksanaan Panduan Praktik Klinis dan evaluasinya.
2. Memfasilitasi penerapan pedoman praktik klinis serta evaluasinya.
3. Mengurangi variasi yang tidak perlu dalam pelaksanaan praktik klinik.

Sedari awal penyusunan Panduan Praktik Klinis perlu ditentukan kriteria pasien dengan diagnosis yang sudah diterapkan. Pada tahap awal penerapannya seluruh tambahan / perbedaan dicatat terlebih dahulu sebagai variasi untuk kemudian dapat dievaluasi dan diperbaiki dalam audit selanjutnya (Djasri, 2014).

3. Variasi Pelayanan Dalam Praktik Medis

Dalam praktik sehari-hari *healt provider* atau pemberi layanan kesehatan selalu dihadapkan pada masalah-masalah klinis yang harus segera mendapatkan penanganan. Pada situasi klinis tertentu masing-masing mempunyai pertimbangan sendiri dalam pengambilan keputusanya. Sejauh tidak ada standarisasi yang baku maka keputusan tersebut dapat bervariasi. Pengambilan keputusan tersebut sangat dipengaruhi oleh keinginan pasien dan pengetahuan serta pengalaman klinis

pemberi layanan kesehatan yang diperoleh selama menjalani praktik klinik (Suharso, 2012).

Dokter memiliki otonomi dan kemampuan dalam melakukan *clinical reasoning* (penalaran klinik) dan *clinical judgement* (pertimbangan klinis) dalam pengambilan keputusan. Subjektivitas dalam pengambilan keputusan ini bisa disebut dengan *practice style factor*, tentunya subjektivitas tersebut dapat menimbulkan variasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak lebih lanjut dari keputusan variatif ini adalah dapat menimbulkan bias dalam mutu pelayanan seperti *overuse* (pelayanan yang berlebihan), *underuse* (pelayanan yang dibawah standar), dan *misuse* (kesalahan dalam pemberian pelayanan). Standarisasi kompetensi dan pelayanan kesehatan merupakan salah satu solusi agar variasi dalam pelayanan tidak terlalu bias (Suharso, 2012).

Menurut Peter J. Greco, (2003) ada enam metode untuk mengubah praktik kedokteran yaitu melalui edukasi, umpan balik, partisipasi, regulasi administratif, insentif, dan hukuman finansial. Salah satu bentuk edukasi dan regulasi administratif yang diharapkan dapat mengubah *practice style factor* adalah melalui implementasi Panduan Praktik Klinis.

4. *Sectio Caesarea (SC)*

a. Definisi

Operasi sesar atau *sectio caesarea (SC)* adalah prosedur pembedahan dimana sayatan dibuat melalui perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Sayatan dibuat baik secara horisontal maupun vertikal di

dalam rahim. Pada beberapa kondisi, kecil kemungkinannya untuk mencoba melahirkan melalui vagina di kehamilan berikutnya. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi karena kemungkinan-kemungkinan komplikasi yang dapat timbul bila persalinan tersebut berlangsung pervaginam (Thapa, Bhandari, & Adhikari, 2012).

Operasi *sectio caesarea* dapat dilakukan atas permintaan pasien dengan pertimbangan tenaga medis. Pada umumnya operasi dilakukan bila persalinan tidak dapat dilakukan melalui vagina. Disproporsi sefalopelvik, sudah pernah melakukan operasi sebelumnya, gawat janin, dan prolaps tali pusar adalah beberapa indikasi umum dari *sectio caesarea* (Shamna, Kalaichelvan, & Marickar, 2014).

b. Epidemiologi

Sectio caesarea makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan persalinan. Indikasi yang banyak dikemukakan adalah persalinan lama sampai persalinan macet, ruptur uteri iminens, gawat janin, dan janin besar. Sejak tahun 1986 di Amerika satu dari empat persalinan diakhiri dengan *sectio caesarea*. Di Inggris angka kejadian *sectio caesarea* di rumah sakit pendidikan relatif stabil yaitu antara 11-12 %, di Italia pada tahun 1980 sebesar 3,2%-14,5%, pada tahun 1987 meningkat menjadi 17,5%. Dari tahun 1965 sampai 1988, angka persalinan *sectio caesarea* di Amerika Serikat meningkat progresif dari hanya 4,5% menjadi 25%. Sebagian besar peningkatan ini terjadi sekitar tahun 1970-an dan tahun 1980-an di seluruh negara barat. Pada tahun 2002 mencapai 26,1%, angka tertinggi yang pernah tercatat di Amerika Serikat (Cunningham *dkk.*, 2006).

c. Indikasi

Keputusan untuk melakukan *SC* didasarkan pada pertimbangan keamanan. Pada kondisi tertentu, *sectio caesarea* lebih aman untuk ibu dan bayi daripada persalinan normal. Beberapa pertimbangan sehingga dokter memutuskan untuk melakukan operasi, yaitu (Sitio, 2015) :

- 1) Persalinan normal tidak berjalan dengan lancar.
- 2) Bayi tidak mendapatkan cukup oksigen.
- 3) Bayi berada dalam posisi yang abnormal.
- 4) Bayi kembar, kembar tiga atau lebih.
- 5) Ada masalah dengan plasenta pasien.
- 6) Ada masalah dengan tali pusar.
- 7) Ibu memiliki masalah kesehatan, seperti penyakit jantung yang tidak stabil atau tekanan darah tinggi, dan infeksi yang dapat ditularkan kepada bayi selama persalinan pervaginam seperti herpes genital atau HIV.
- 8) Bayi memiliki masalah kesehatan, misalnya hidrosefalus.
- 9) Riwayat *SC* sebelumnya.

d. Komplikasi

Risiko yang mungkin terjadi setelah persalinan dengan *sectio caesarea* adalah infeksi. Infeksi pada atau di sekitar lokasi sayatan umum terjadi pasca operasi, termasuk *sectio caesarea*. Infeksi pasca *sectio caesarea* dapat berupa infeksi endometritis yang merupakan peradangan dan infeksi pada selaput yang melapisi rahim (Sitio, 2015).

e. Variasi Dalam *Sectio Caesarea*

Pada dasarnya setiap perbedaan dalam pelayanan *sectio caesarea* adalah variasi, mulai dari pasien datang dengan penegakan diagnosis berupa anamnesa ataukah dengan pemeriksaan fisik sampai pada pilihan terapi yang digunakan. Sesuai dengan dokumen Panduan Pelayanan Klinis, variasi dapat terjadi pada anamnesa, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, disgnosis banding, pemeriksaan penunjang, edukasi, terapi, maupun hasil yang diakibatkannya. Kerugian yang dapat ditimbulkan dari banyaknya variasi seperti total biaya perawatan dan *overused* terapi (Sitio, 2015).

B. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan penulis adalah:

1. Bekmezian, A, Fee, C, & Weber, E 2015 dengan judul *Clinical pathway improves pediatrics asthma management in the emergency department and reduces admissions*. Penelitian ini meneliti tentang penggunaan *clinical pathway* pada kasus asma anak, hasilnya menunjukkan hal yang positif. Lama rawat inap menurun dan pendapatan rumah sakit meningkat pada kasus emergensi tersebut. Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan desain prospektif, mengikuti hasil akhir pasien. Persamaanya yaitu sama-sama meneliti penerapan Panduan Praktik Klinis.
2. Tantawi H., dkk. (2015) dengan judul *Clinical pathway versus Traditional Care Plan method for Caring of Postoperative Children*

Undergoing Cardiothoracic Surgery. Penelitian ini meneliti tentang penggunaan *clinical pathway* pada perawatan pasien postoperasi *cardiothoracic* pada anak, dalam penelitian tersebut membandingkan sistem perawatan konvensional dengan perawatan berbasis *clinical pathway*. Didapatkan hasil bahwa perawat dan residen yang sebelumnya menerapkan *clinical pathway* memiliki pengetahuan dan kinerja yang lebih baik. Hal lain terkait penerapan *clinical pathway* membuat lama rawat inap menjadi lebih cepat. Perbedaan penelitian ini terletak pada metode penelitian yang mana menggunakan *quasi experimental* yang dilakukan secara prospektif dan jenis kasus yang diamati. Persamaan adalah untuk mengetahui implementasi Panduan Praktik Klinis dan pengamatan variasi pelayanan lama rawat inap.

3. Muzzamil, Mansur M., dan Arif M. (2014) dengan judul *Variation Analysis of Appendicitis Acute Management in Wava Husada Hospital*. Peneliti melakukan penelitian melalui data catatan rekam medis terhadap pasien appendicitis akut selama 3 bulan. Penelitian tersebut menganalisa hubungan antara biaya total perawatan dengan lama perawatan menunjukkan bahwa pasien yang membayar lebih mahal bila dirawat lebih lama. Peneliti menyimpulkan variasi pelayanan pasien menyebabkan variasi pada total biaya perawatan. Perbedaan penelitian ini adalah tanpa adanya implementasi Panduan Praktik Klinis dalam penerapan kasus. Persamaan dengan penelitian ini adalah menganalisa variasi pelayanan pada suatu tindakan operasi.

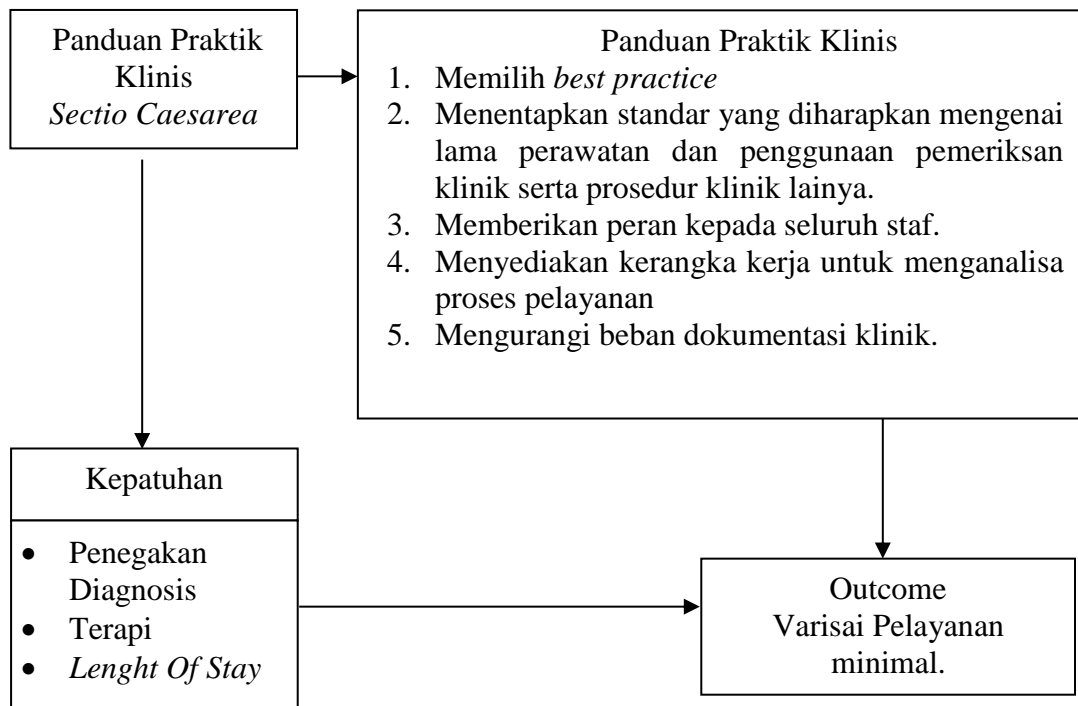
4. Aniza I., Saperi S., Aljunid. 2008 dengan judul *Clinical Pathway as a Strategy in Improving Healthcare Quality and Cost Containment*. Dalam penelitian ini peneliti mereview beberapa artikel dengan kata kunci *clinical pathway*. Hasilnya menunjukkan dengan menerapkan *clinical pathway* dirumah sakit akan mendapatkan banyak manfaat seperti menurunkan lama rawat inap, mengurangi biaya obat, meningkatkan komunikasi antar profesi dan pada akhirnya akan meningkatkan kualitas dan mengendalikan biaya. Perbedaan dengan penelitian ini adalah metode yang digunakan, sedangkan persamaan yang ada adalah sama-sama meneliti Panduan Praktik Klinis untuk mengevaluasi variasi pelayanan.

5. Darer, Pronovost, Bass, 2002 dengan judul *Use and Evaluation of Critical Pathways in Hospitals*. Peneliti melakukan penelitian di dua rumah sakit berbeda, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit pendidikan. Hasilnya menerapkan *clinical pathway* dapat menurunkan *length of stay*, meningkatnya *clinical outcome*, meningkatkan *economic outcome*, mengurangi tindakan yang tidak diperlukan. Perbedaan penelitian ini terletak pada metode penelitian yang mana menggunakan *cross-sectional*. Persamaan adalah untuk mengetahui implementasi Panduan Praktik Klinis dan pengamatan variasi pelayanan lama rawat inap.

6. Arbrough, P, Kukhareva, P, Spivak, E, Hopkins, C, & Kawamoto, K 2015 dengan judul '*Evidence-based care pathway for cellulitis improves process, clinical, and cost outcomes*'. Penelitian ini bertujuan mengetahui perubahan yang terjadi setelah penerapan *clinical pathway*. Hasilnya didapatkan dengan penerapan *clinical pathway* dapat mengurangi penggunaan variasi obat antibiotik spektrum luas dan menurunkan *length of stay* pasien dengan cellulitis. Perbedaan penelitian pada desain penelitian yang prospektif, mengikuti kedepan. Persamaan dengan penelitian ini yaitu mengevaluasi fungsi Panduan Praktik Klinis untuk menurunkan lama rawat inap pasien.

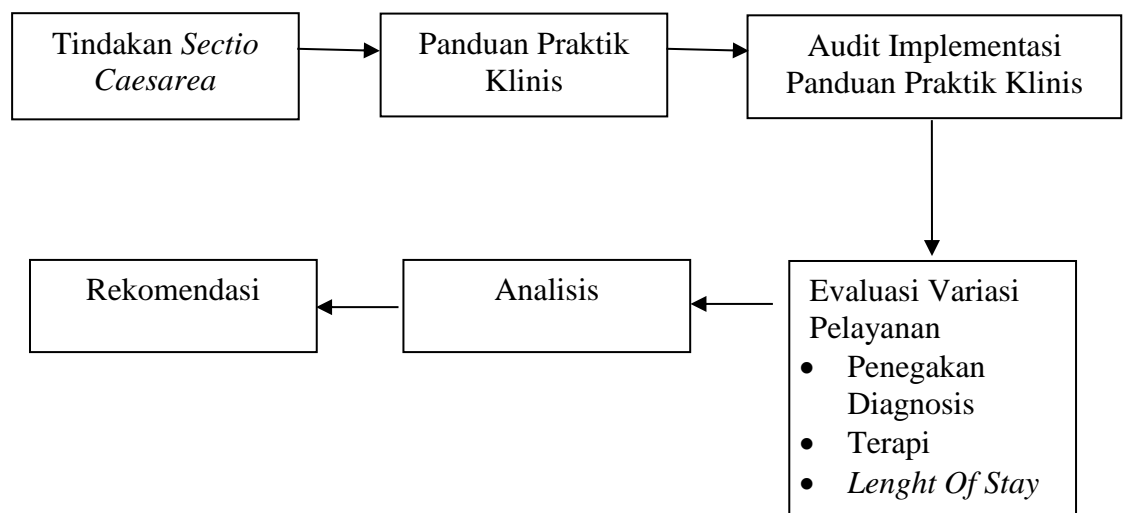
7. Panella M, Marchisio S, and Di Stanislao F., 2003 dengan judul '*Reducing Clinical Variations with Clinical Pathways*'. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur variasi pada proses perawatan dan keadaan akhir pasien, disimpulkan bahwa *clinical pathway* benar mempunyai dampak positif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Perbedaan dengan penelitian ini adalah metode yang digunakan peneliti menggunakan analisa sebelum dan sesudah perlakuan. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama mengevaluasi penerapan Panduan Praktik Klinis terhadap variasi pelayanan.

C. Landasan Teori



Gambar 2.1 Landasan Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis/Pernyataan Penelitian

Tenaga medis di PKU Muhammadiyah Gamping sudah mengimplementasikan Panduan Praktik Klinis tindakan *sectio caesarea* yang ditetapkan rumah sakit sehingga variasi pelayanan pasien minimal.