

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Profil Rumah Sakit

RS PKU Muhammadiyah Gamping merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Jalan KHA Ahmad Dahlan 20 Yogyakarta, dibuka pada tanggal 15 Februari 2009. PKU Muhammadiyah Gamping adalah milik pimpinan pusat Muhammadiyah.

Sejarah RS PKU Muhammadiyah Gamping tak bisa lepas dari sejarah berdirinya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum *dhuafa*'. H.M. Sudjak adalah inisiator berdirinya PKO, tentunya dengan dukungan K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1928 PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta. Pada tahun 1970 status berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah.

Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah maka pimpinan pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah

bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah.

Jumlah dan kualitas sumber daya manusia RS PKU Muhammadiyah Gamping terus berkembang tiap tahunnya, termasuk medis maupun non medis. Jenis pelayanannya kian beragam, mulai dari Hemodialisa, Gawat Darurat 24 jam, Klinik Spesialistik, Kamar Operasi, Maternal, Penunjang, Perinatologi dan Rawat Inap. Instalasi Kebidanan dan penyakit kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping terbagi menjadi dua bagian, yaitu kamar bayi dan kamar bersalin. Untuk bagian SMF Obsgyn RS PKU Muhammadiyah Gamping mempunyai lima tenaga dokter spesialis.

2. Hasil Evaluasi Panduan Praktik Klinis

Penelitian menggunakan metoda *mix-method*, pada tahap pertama pengambilan data secara kuantitatif dari bagian rekam medis RS PKU Muhammadiyah Gamping, data pasien dengan tindakan *sectio caesarea* pada bulan desember 2017, januari 2018, dan february 2018. Jumlah pasien dengan tindakan *sectio caesarea* selama tiga bulan adalah sebanyak 48 kasus. Evaluasi

data meliputi penegakan diagnosa yaitu pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Sedangkan evaluasi terapi dilihat dari pemberian antibiotik dan antinyeri, evaluasi lama rawat inap diklasifikasikan menjadi tiga macam.

a. Diagnosa



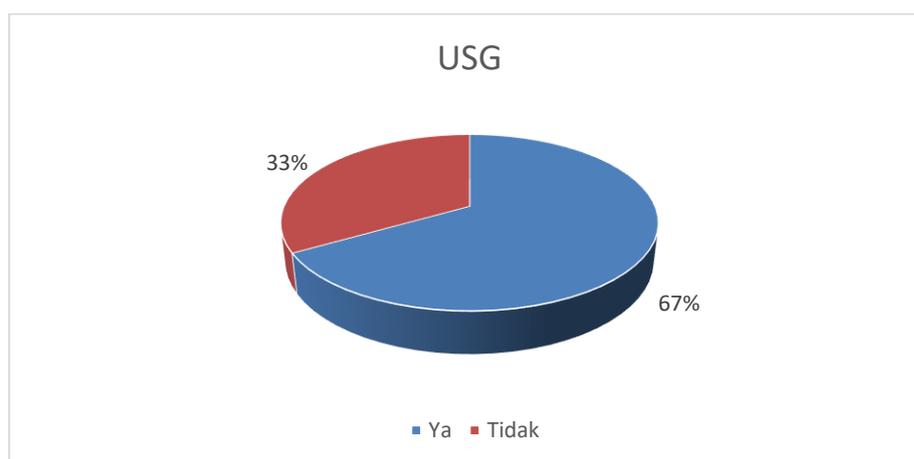
Gambar 4.1 Prosentase Pemeriksaan Fisik Pada Tindakan *Seccio Caesarea*

Dari gambar 4.1 diketahui bahwa untuk penegakan diagnosis pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh terhadap semua pasien yaitu dengan jumlah 48 pasien (100%), sedangkan jumlah pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan fisik tidak ada.



Gambar 4.2 Prosentase Pemeriksaan Laboratorium pada Tindakan *Seccio Caesarea*

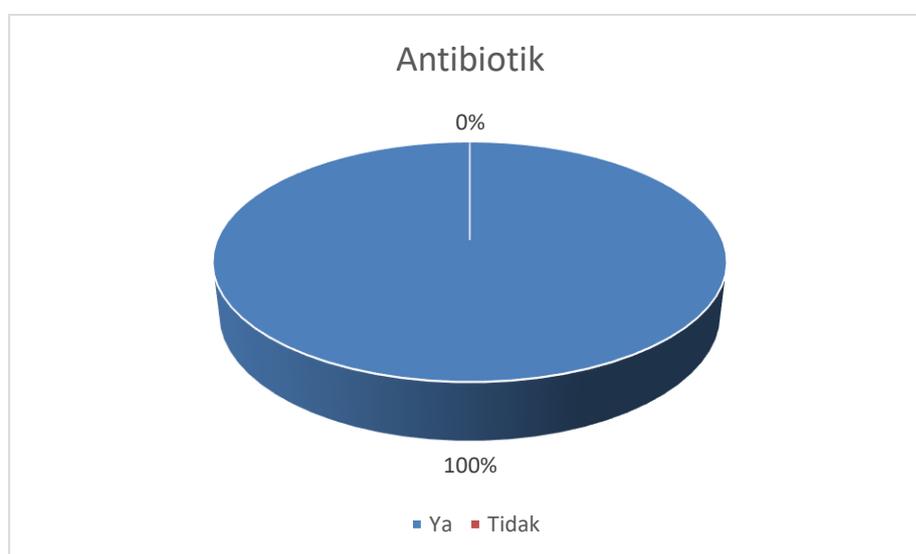
Dari gambar 4.2 diketahui bahwa untuk penegakan diagnosis pemeriksaan laboratorium dilakukan secara menyeluruh terhadap semua pasien yaitu dengan jumlah 48 pasien (100%), sedangkan jumlah pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium tidak ada.



Gambar 4.3 Prosentase Pemeriksaan USG Pada Tindakan *Seccio Caesarea*

Dari gambar 4.3 diketahui bahwa untuk penegakan diagnosis USG dilakukan pada 32 pasien (67%), sedangkan jumlah pasien yang tidak dilakukan USG adalah 16 pasien (33%). Dari ini dapat disimpulkan adanya perbedaan tindakan terhadap 48 pasien *sectio caesarea*.

b. Terapi



Gambar 4.4 Prosentase Pemberian Antibiotik Pada Tindakan *Sectio Caesarea*

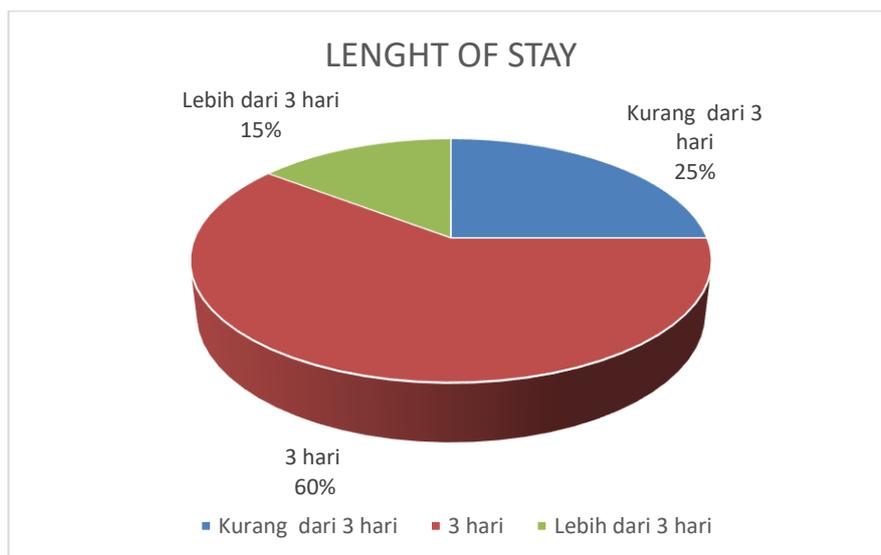
Dari gambar 4.4 diketahui bahwa untuk pemberian terapi antibiotik pada tindakan *sectio caesarea* diberikan secara menyeluruh terhadap semua pasien yaitu dengan jumlah 48 pasien (100 %), sedangkan jumlah pasien yang tidak diberikan terapi antibiotik tidak ada.



Gambar 4.5 Prosentase Pemberian Antinyeri Pada Tindakan *Sectio Caesarea*

Dari gambar 4.5 diketahui bahwa untuk pemberian terapi antinyeri pada pasien *sectio caesarea* dilakukan secara menyeluruh terhadap semua pasien yaitu dengan jumlah 48 pasien (100%), sedangkan jumlah pasien yang tidak diberikan terapi antinyeri tidak ada.

c. *Lenght of stay*



Gambar 4.6 Prosentase Lama Rawat Inap (*leght of stay*) Pada Tindakan *Sectio Caesarea*

Dari gambar 4.6 diketahui bahwa lama rawat inap 48 pasien *sectio caesarea* berbeda, pasien dengan lama rawat inap kurang dari tiga hari sebanyak tujuh pasien (15%), sedangkan pasien dengan lama rawat inap tiga hari sebanyak 29 pasien (60%), dan pasien dengan lama rawat inap lebih dari tiga hari sebanyak 7 pasien (15%).

Dari data dapat disimpulkan terdapat adanya variasi pada tindakan penegakan diagnosis dengan USG serta lama rawat inap pasien dengan tindakan *sectio caesarea*, sedangkan pada penegakan diagnosis dengan pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis dengan pemeriksaan laboratorium, pemberian terapi antibiotik, dan pemberian atinyeri tidak didapatkan variasi.

3. Pelaksanaan *Focus Grup Discussion*

Penelitian menggunakan metoda *mix-method*, pada tahap ini penelitian bersifat kualitatif yaitu pengumpulan data dengan *focus grup discussion* dengan subjek yang disebut dengan informan. Peneliti menggunakan metode *focus grup discussion* dimaksudkan untuk mempersingkat waktu, dimana informan merupakan orang dengan jadwal padat sehingga butuh usaha keras untuk mengatur jadwal. Selain itu *focus grup discussion* dapat digunakan untuk menggali kebiasaan, keyakinan, dan penilaian sebuah kelompok (Notoatmojo, 2010).

a. Karakteristik Responden

1) Responden Satu

Perempuan umur 46 tahun, agama islam, pendidikan profesi perguruan tinggi, pekerjaan kepala SMF obsgyn, responden telah lama bekerja di RS PKU Muhammadiyah Gamping. FGD dilakukan tanggal 13 April 2018, pukul 07.30 WIB sampai pukul 08.00 WIB. Sebelum mengadakan FGD, responden diberi penjelasan terlebih dahulu tentang : topik yang akan dibahas, asas kesukarelaan dalam penelitian, tujuan, prosedur, kewajiban partisipan, kontrak waktu, resiko efek samping, kompensasi, dan alat yang digunakan dalam FGD. Proses penjelasan dilakukan selama lima menit, akhirnya responden menyatakan persetujuannya dengan menandatangani *inform consent* penelitian.

2) Responden Dua

Laki-laki umur 36 tahun, agama islam, pendidikan profesi perguruan tinggi, pekerjaan dokter spesialis obsgyn serta dosen pengajar FKIK UMY. FGD dilakukan tanggal 13 April 2018, pukul 07.30 WIB sampai pukul 08.00 WIB. Sebelum mengadakan FGD, responden diberi penjelasan terlebih dahulu tentang : topik yang akan dibahas, asas kesukarelaan dalam penelitian, tujuan, prosedur, kewajiban partisipan, kontrak waktu, resiko efek samping, kompensasi, dan alat yang digunakan dalam FGD. Proses penjelasan dilakukan selama lima menit, akhirnya responden menyatakan persetujuannya dengan menandatangani *inform consent* penelitian.

3) Responden Tiga

Laki-laki umur 59 tahun, agama islam, pendidikan profesi perguruan tinggi. FGD dilakukan tanggal 13 April 2018, pukul 07.30 WIB sampai pukul 08.00 WIB. Sebelum mengadakan FGD, responden diberi penjelasan terlebih dahulu tentang : topik yang akan dibahas, asas kesukarelaan dalam penelitian, tujuan, prosedur, kewajiban partisipan, kontrak waktu, resiko efek samping, kompensasi, dan alat yang digunakan dalam FGD. Proses penjelasan dilakukan selama lima menit, akhirnya responden menyatakan persetujuannya dengan menandatangani *inform consent* penelitian.

b. Pelaksanaan Penelitian

Hasil penelitian ini diperoleh dari FGD yang dilakukan pada hari jumat 13 April 2018, bertempat diruang diskusi gedung *Teaching Hospital* RS PKU Muhammadiyah Gamping. Berikut hasil *coding* FGD dengan tiga informan di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Table 4.1 Rangkuman Coding *Focus Grup Discussion* Implementasi Panduan Praktik Klinis Dalam Menurunkan Variasi Pelayanan Pada Tindakan *Seccio Caesarea* Di PKU Muhammadiyah Gamping.

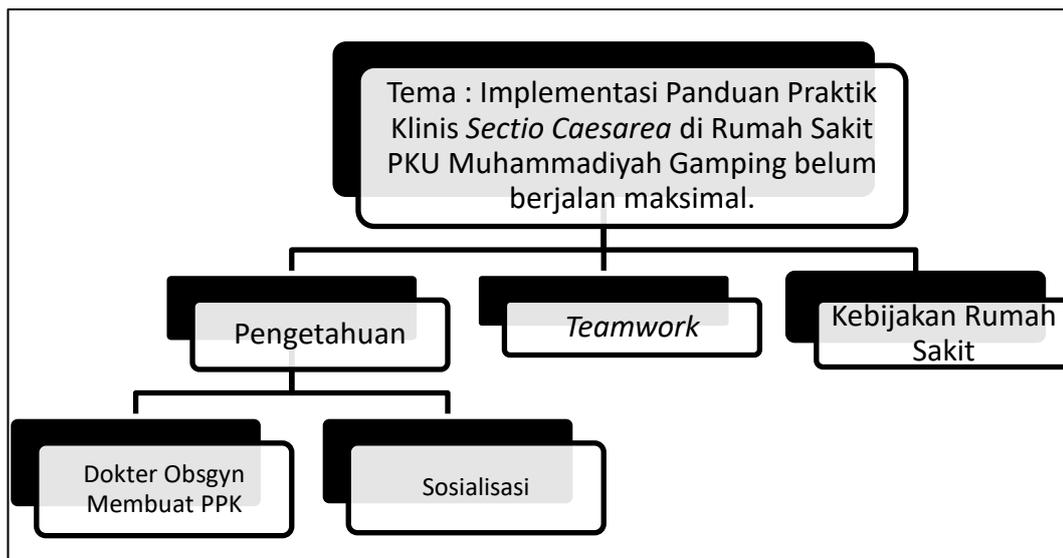
Evaluasi	Hasil FGD	Axial Coding
Apa saja kendala implementasi Panduan Praktik Klinis <i>sectio caesarea</i> di RS PKU Muhammadiyah Gamping?	Informan Satu -Perbedaan jaminan yang dipakai, memakai BPJS dan umum. -PPK yang dipakai berbeda yang membuat dan cenderung copas sehingga kurang sesuai dengan keadaan RS. -Belum pernah melihat sendiri bentuk fisik dan isi PPK.	-Sosialisasi -Teamwork -Tugas dan peran
	Informan Dua -Tidak ada sosialisasi implementasi PPK	

	-PPK hanya dipakai sebagai syarat administrative akreditasi.	
	Informan Tiga	
	-Terdapat deviasi / ada hambatan pada faktor pasien sehingga keluar dari protab.	
Bagaimana variasi pelayanan <i>sectio caesarea</i> di RS PKU Muhammadiyah Gamping?	Informan Satu	-Variasi wajar -Perlu kebijakan
	-Variasi bila dihitung dari pasien datang akan tinggi, kalau dari operasi sampai pulang akan relative sama.	
	-Kalau dilihat secara detail pasti akan ada variasi pada pemberian antibiotik. Seperti jenis dan nama obat.	
	Informan Dua	
	-Variasi itu wajar, tergantung sudut pandang melihat pasien.	
	-Kebijakan/peraturan bisa mengurangi variasi.	
	Informan Tiga	
	-Tergantung diagnosis pasien saat datang	
	-Variasi bisa terjadi dimana saja, seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.	
Mengapa terdapat variasi pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping?	Informan Satu	-Referensi ilmu berbeda -Kondisi pasien -Kendali biaya
	-Kondisi pasien saat datang dengan diagnosis yang berbeda, sehingga perlu tindakan yang berbeda juga.	
	-Hasil pemeriksaan penunjang yang tetap saat periksa dipoli, untuk meminimalisir biaya.	
	Informan Dua	
	-Tidak ada sosialisasi PPK, jadi staf menggunakan referensi ilmu masing-masing.	
	Informan Tiga	
	-Pasien itu bukan ilmu pasti, pasti akan berbeda dan berubah setiap saat.	
	-Tergantung diagnosis saat datang. Kalau sudah jelas tidak usah diperiksa lagi.	
	-Terdapat idikasi relative, sehingga terdapat pilihan terapi.	

Apakah solusi untuk mengurangi variasi pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping?	Informan Satu	-PPK sesuai kondisi rumah sakit -Teamwork -Kebijakan rumah sakit
	Informan Dua	-Membuat PPK yang sesuai dengan kondisi riel Rumah sakit. -PPK dibuat sendiri oleh staf obsgyn sendiri. -Pertemuan dengan sesama staf obsgyn.
	Informan Tiga	-PPK dibuat oleh staf obsgyn RS dan disosialisasikan. -Jangan <i>copy/ paste</i> PPK -Melibatkan komite medis dan manajemen untuk pembuatan.

Sumber : Hasil analisis, 2018.

Tema yang disimpulkan dari hasil *Focus Grup Discussion* yaitu Implementasi Panduan Praktik Klinis *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum berjalan maksimal. Sebab belum berjalan maksimal terdiri dari beberapa aspek, yaitu pengetahuan, *teamwork*, dan kebijakan rumah sakit.



Gambar 4.7 Tema *Focus Grup Discussion* Implementasi Panduan Praktik Klinis *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

B. Pembahasan

Panduan Praktik Klinis tindakan *sectio caesarea* adalah pedoman yang disusun oleh profesi yang ada yaitu dokter spesialis obsgyn. Panduan ini selanjutnya menjadi acuan bagi pelaksana pelayanan obsgyn dalam menerapkan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat. Panduan ini diharapkan dapat membantu pelaksana untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan sesuai bukti sah terkini yang cocok dengan kondisi pasien dan rumah sakit dengan menyediakan fasilitas pelayanan sesuai dengan kebutuhan standar pelayanan dengan diimbangi peningkatan mawas diri untuk mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan professional sesuai dengan kebutuhan (Aryani A., Sutopo P., dan Tjahjono K., 2016).

Variasi pelayanan di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping tidak akan sama dengan rumah sakit yang lain, dari data kuantitatif yang didapat melalui observasi rekam medis didapatkan variasi pada penegakan diagnosis menggunakan USG dan lama hari rawat inap. Pada penggunaan USG sebagai alat diagnosis *Section Caesarea* didapatkan variasi yaitu 33 % tidak dilakukan pemeriksaan dan 67 % dilakukian pemeriksaan USG. Menurut penelitian Farida R., Navis Y., Siti J. (2016) dalam penelitiannya tentang efisiensi biaya pelayanan menggunakan Panduan Praktik Klinis mendapatkan lama rawat inap pada kasus *appendicitis* dan *sectio caesarea* berbeda dalam rentang waktu tiga sampai empat hari. Biaya untuk penegakan diagnosis seperti pemeriksaan elektrokardiogram, laboratorium dan USG akan membebani cukup besar biaya rumah sakit yaitu 40-50% dari total

pembiayaan, untuk itu disarankan kordinasi ulang Panduan Praktik Klinis dan penerapan *Clinical Pathway* guna mengurangi variasi biyan beban tersebut.

Pada penelitian yang dilakukan Geoffrey (2000) dari penggunaan *Clinical Pathway* pada pasien yang dilakukan operasi *pancreatoduodenectomy* terdapat beberapa kesimpulan bahwa dengan menerapkan Alur Klinis dapat berdampak positif dalam membangun mutu pelayanan yaitu menurunkan biaya total dan lama rawat inap. Variasi hari lama rawat inap pasien *Sectio Caesarea* di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping mempunyai variasi yang tinggi, sesuai penelitian Geoffrey diharapkan dengan penerapan Panduan Praktik Klinis *Sectio Caesarea* akan mengurangi lama rawat inap.

Focus grup discussion dapat digunakan untuk menggali kebiasaan, keyakinan, dan penilaian sebuah kelompok (Notoadmojo, 2010). Dengan metode tersebut peneliti mendapatkan data secara mendalam terhadap penerapan Panduan Praktik Klinis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Data kuanitatif yang didapat dari observasi rekam medis akan dikaji secara mendalam dengan melakukan FGD terhadap informan.

1. Kendala Implementasi Panduan Praktik Klinis *Sectio Caesarea* di RS

PKU Muhammadiyah Gamping.

Aspek yang berkaitan dengan sumber daya dalam penyusunan Panduan Praktik Klinis tindakan *sectio caesarea* adalah dokter spesialis obsgyn (Permenkes RI, 2014). Dokter spesialis obsgyn pada saat penyusunan Panduan Praktik Klinis belum berperan sehingga Panduan Praktik Klinis hanya disusun oleh tim

manajemen. Dokter spesialis obsgyn merupakan seorang ahli yang bertanggungjawab secara keseluruhan kegiatan yang ada pada pelayanan obsgyn.

Penyusunan draf Panduan Parktik Klinis *sectio caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Gamping dapat menghasilkan prosedur yang berkualitas maka dokter spesialis obsgyn harus ikut berperan serta dalam penyusunan tersebut, oleh karena itu perlu adanya surat keputusan dari direktur untuk membentuk tim penyusun Panduan Praktik Klinis.

Dari FGD didapatkan dua pokok pikiran, kendala yang pertama semua sepakat belum pernah ada sosialisasi PPK kepada dokter obsgyn itu sendiri dan bahkan informan pertama tidak tahu apa bentuk fisik dan isi dari PPK itu sendiri. Kedua PPK *sectio caesarea* sendiri tidak sesuai dengan keadaan rumah sakit karena bukan dari hasil diskusi Kelompok Staf Medis obsgyn RS PKU Muhammadiyah Gamping. Informan dua mengatakan PPK harusnya benar diaplikasikan bukan hanya sekedar syarat untuk kelengkapan dokumen adminstrasi akreditasi.

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, rumah sakit berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MenKes/Per /IX/ 2010. Dalam peraturan tersebut dipergunakan istilah Standar Pelayanan Kedokteran (SPK) yang terdiri dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan Standar Prosedur Operasional (SPO). PNPK dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh Menteri Kesehatan RI, sedangkan SPO dibuat ditingkat rumah sakit oleh profesi medis dikoordinasikan oleh Komite Medis dan ditetapkan oleh penggunaannya oleh pimpinan rumah sakit (direktur).

Sudah jelas menurut peraturan Menteri kesehatan bahwasanya pembuatan PPK harus dilakukan oleh organisasi profesi, dalam hal ini adalah kelompok staf medis obsgyn RS PKU Muhammadiyah Gamping. Untuk itu komite medis rumah sakit hendaknya memberikan kordinasi kelompok staf medis obsgyn untuk membuat PPK *sectio caesarea*, setelah disusun bersama lalu disahkan oleh direktur rumah sakit.

Penerapan PPK merupakan salah satu poin yang disebutkan dalam pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, bila diterapkan dengan baik akan membantu proses standarisasi, dengan tujuan (KARS, 2017):

- a. Melakukan standarisasi proses asuhan klinik.
- b. Mengurangi risiko dalam proses asuhan terutama yang berkaitan asuhan kritis;
- c. Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif;
- d. Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit;
- e. Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (evidence based practices) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi.

Menurut Pinzon (2009) dengan sosialisasi alur klinis dapat memperbaiki kemampuan pencatatan serta kelengkapan lembar follow up, pelacakan factor resiko, penilaian fungsi dan pemberian konsultasi. Bila PPK *sectio caesarea* sudah

ada dan sesuai dengan kesepakatan kelompok staf medis obsgyn, maka harus dilakukan sosialisasi guna meningkatkan pemahaman dan kemampuan pencatatan serta *follow up*.

2. Variasi Pelayanan dan Sebab Adanya Variasi Pelayanan *Sectio Caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Menurut Suharso (2014) 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.

Masing-masing responden ada pendapat sendiri, namun dapat ditarik kesimpulan bahwa variasi itu tetap ada ditemukan dalam suatu pelayanan klinis. Dengan menetapkan aturan baku yang disepakati variasi bisa minimal (Suharso, 2014). Dalam penelitian didapatkan variasi pelayanan ada pada pengegakan diagnosis USG dan lama rawat inap.

Informan tiga mengatakan bahwa variasi akan tetap ada, seperti pada penggunaan USG. Setiap pasien yang datang tidak harus selalu menggunakan USG untuk mengambil keputusan, misalnya pasien yang sudah ada indikasi multak seperti panggul sempit. Untuk mengetahuinya kita cukup menggunakan pemeriksaan fisik saja, dari hal tersebut juga bisa menjadi efisiensi biaya USG yaitu meminimalisir penggunaan USG yang tidak perlu. Informan satu juga tidak berbeda, kadang USG sudah cukup kita lakukan saat datang di poli, jadi pasien

datang sudah ada riwayat terdahulu. Tanpa mengambil tindakan USG kita sudah bisa membuat keputusan untuk terminasi kehamilan. Menurut Mukti (2007) dengan peningkatan mutu akan menurunkan biaya perawatan dan memperbaiki efektivitas dari pelayanan. Dengan keilmuan yang tepat dapat menciptakan suatu kendali biaya, seperti pada pertimbangan untuk tidak dilakukan USG karena pemeriksaan sebelumnya sudah dirasa cukup dan maksimal.

Variasi pelayanan dapat timbul dari berbagai sebab, diantaranya karena ketiadaan panduan yang tepat. Dalam penelitiannya Geurtzen tentang variasi pelayanan pada kelahiran bayi premature ditemukan bahwa dokter obsgyn dan anak akan memberikan respon yang baik terhadap 60% pasien setelah diberlakukan panduan klinis penanganan bayi premature. Dari penelitian ini dapat ditarik kesamaan dengan ketidak adaan panduan yang tepat akan membuat variasi pelayanan semakin tinggi (Geurtzen dkk., 2016).

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. Jadi diharapkan dengan disusunnya Panduan Praktik Klinis dalam departemen obsgyn dapat mengurangi variasi yang ada.

3. Solusi Untuk Mengurangi Variasi Pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Dari semua informan yang ada sepakat untuk menerapkan Panduan Prtaktik Klinis untuk mengurangi variasi. Selain itu informan juga menyebutkan bahwa harus ada pertemuan dokter obsgyn untuk membangun Panduan Praktik Klinis yang sesuai dengan rumah sakit. Informan dua mengatakan bahwa Panduan Praktik Klinis seperti ini tidak hanya sekedar *copy paste* dan perlu mengundang bersama komite medis dan manajemen untuk duduk bersama merumuskan hal dalam Panduan Praktik Klinis. Lehtonen telah melakukan kajian literatur dengan periode yang sangat panjang, yaitu dari tahun 1983 sampai dengan tahun 2005, untuk mengetahui mekanisme penerapan DRG dan *case-mix accounting* seperti apa yang telah sukses diterapkan di rumah sakit. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa penerapan DRG dan *case-mix accounting* di suatu rumah sakit akan sukses jika pihak manajemen rumah sakit mengikutsertakan tenaga medis (seperti dokter) dalam perumusan sistem kontrol manajemen. Sistem ini juga akan berhasil jika implementasi diterapkan secara bertahap dan ada tekanan yang intensif dari manajemen untuk menerapkan system tersebut (Lehtonen, 2007).

Pendapat informan tersebut sejalan dengan penelitian Geoffrey, pada penelitian yang dilakukan Geoffrey menyebutkan dampak dari penggunaan alur klinis pada pasien yang dilakukan operasi *pancreatoduodenectomy* terdapat beberapa kesimpulan bahwa terjadi penurunan biaya total dari \$47,515 menjadi \$36,627, lama hari perawatan dari 16 hari menjadi 13 hari, angka mortalitas menurun dari 3% menjadi 1 %, angka readmission yang menurun dari 15% menjadi 11%. Jadi dapat disimpulkan bahwa penggunaan alur klinis memberi dampak positif dalam mutu pelayanan pasien (Geoffrey A. Porter, 2000).

Penelitian Nichol yang menyebutkan bahwa dengan adanya alur klinis maka mengurangi penggunaan sumber daya dan meningkatkan efisiensi pada pembiayaan, terutama apabila digunakan pada kasus-kasus dengan kondisi akut seperti infark miokard akut (Walls, 1997).

Menurut Permenkes RI nomor 1438 (2010) Panduan Praktik Klinis (PPK) disusun berdasarkan pendekatan *Evidence-based Medicine (EBM)* dan atau *Health Technology Assessment (HTA)* yang isinya terdiri sekurang-kurangnya dari definisi/pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis kerja, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis, dan kepastakaan.

Informan tiga memberikan masukan berupa perbaikan isi dari Panduan Praktik Klinis khususnya dibagian kriteria diagnosis, bila dihubungkan dengan Permenkes RI nomor 1438 isi memang sudah lengkap tapi hal yang diatur didalamnya sama sekali tidak sesuai dengan kenyataan yang dihadapi. Informan mengiyakan harus ada perbaikan yang dikordinasikan dengan komite medis dan administrasi rumah sakit.

Panduan Praktik Klinik *Sectio Caesarea* disusun oleh Kelompok Staf Medis obsgyn (Aryani A., Sutopo P., dan Tjahjono K., 2016). Pada kenyataanya informan yang merupakan Kelompok Staf Medis Obsgyn sebagian tidak mengetahui akan hal tersebut sehingga PPK dibuat oleh tim lain. Tim yang tidak kompeten akan membuat draf yang tidak sesuai dengan keadaan nyata rumah sakit. Diperlukan *teamwork* antara klinisi dengan manajemen akan melahirkan mutu rumahsakit yang baik. *Teamwork* dapat seperti menjaga komunikasi, pola

kepemimpinan dan adaptasi budaya kerja. Bila Panduan Praktik Klinis dibuat oleh ahlinya dan sesuai peraturan yang ada, maka akan sesuai dengan kebutuhan (Baylis & Diane, 2014).

Baylis & Diane (2014) keuntungan dari membangun *teamwork* dalam lingkup rumah sakit akan membuat motivasi kerja bertambah, kemistri kerja yang kuat, kepuasan kerja meningkat, dan menurunkan kemungkinan staf keluar. Pengamplikasian *teamwork* yang baik akan membuat mutu rumah sakit menjadi lebih baik khususnya untuk rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilaksanakan di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping oleh peneliti ini mempunyai keterbatasan karena :

1. Perbedaan jadwal praktik dan kesibukan dirumah sakit yang berbeda menjadi penyulit dalam mengumpulkan semua informan yang ada. Sangat diperlukan persiapan yang panjang dan pengaturan jadwal yang matang.
2. Tidak semua informan yang diundang datang yang memungkinkan adanya data yang terlewat.
3. Penelitian ini hanya dilakukan disatu tempat sehingga besar kemungkinan ada perbedaan bila dilakukan di tempat lain