

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati berdiri sejak tahun 1953 sebagai Rumah Sakit Hangeroedem dan pada tanggal 29 Maret 2003 berubah nama menjadi Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul. Rumah Sakit Panembahan Senopati merupakan penyelenggara urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang pelayanan rumah sakit yang dipimpin oleh seorang Direktur dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Tujuan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit ini berupa terwujudnya proses pelayanan yang berkualitas, kepercayaan dan kepuasan pelanggan, karyawan yang produktif dan berkomitmen, proses pelaporan dan akses informasi yang cepat dan akurat, rumah sakit sebagai jejaring pelayanan pendidikan dan penelitian dan pelayanan non fungsional untuk kepuasan pelanggan.

Dalam upaya mewujudkan tujuan terkait pelayanan berkualitas maka terdapat beberapa layanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit panembahan senopati yaitu, rawat darurat, rawat jalan pagi, rawat jalan sore, rawat inap, bedah sentral, rehabilitasi medis, dan penunjang. Fasilitas rawat inap yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati berupa bangsal VVIP, VIP, kelas utama, kelas I, kelas II, kelas III, ICU, dan perinatal. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati juga memiliki visi, misi, dan motto, sebagai berikut:

Visi

Tewujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat.

Misi

- a. Memberikan pelayanan prima pada pelanggan.
- b. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia.
- c. Melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan.
- d. Meningkatkan jalinan kerjasama dengan mitra terkait.
- e. Meningkatkan ketersediaan sarana prasarana yang berkualitas.
- f. Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang sehat untuk mendukung pertumbuhan organisasi.

Nilai-nilai

- a. Jujur.
- b. Rendah hati.
- c. Kerja sama.
- d. Profesional.
- e. Inovasi.

Motto

" Melayani sepenuh hati untuk kualitas hidup yang lebih baik "

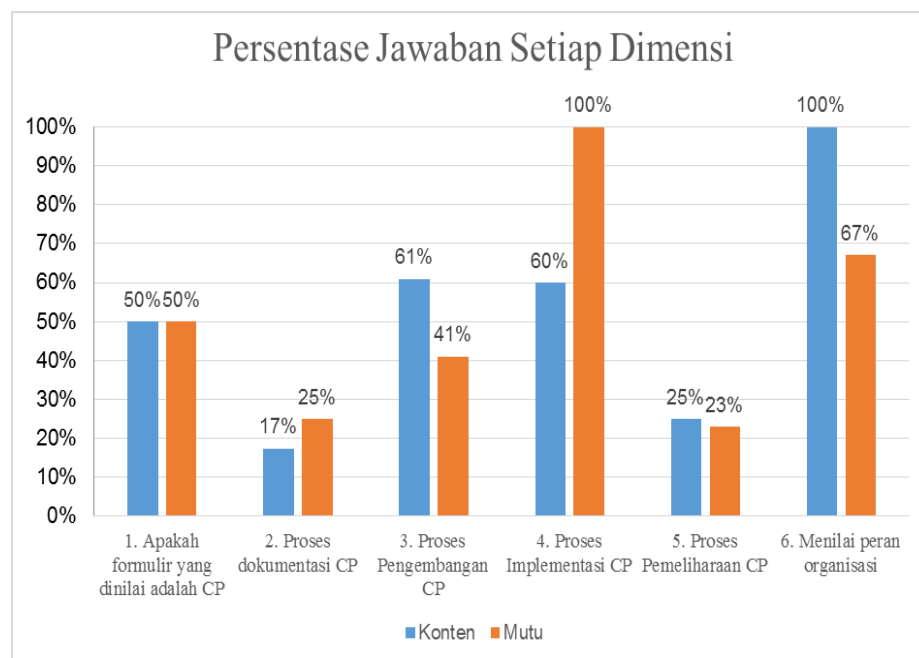
2. Data Bangsal

Ruang rawat inap di rumah sakit panembahan senopati terdiri bangsal bedah, anak, periatl, dalam, obsgyn, kelas I, utama, VIP, VVIP dan ICU. Sedangkan untuk bagian penyakit lain yang memerlukan rawat inap akan digabungkan pada bangsal yang tersedia sesuai kelas yang diinginkan, kecuali bangsal khusus obsgyn dan ginekologi.

Pada bagian bedah terdapat dua bangsal yaitu bangsal melati untuk bedah umum dan bugenvil untuk bedah ortopedi. Bangsal melati merupakan bangsal bedah umum yang terdiri dari kelas II dan kelas III. Bangsal melati terdiri dari 14 ruangan yaitu, 10 ruang kamar pasien, 1 ruang peralatan medis dan non medis, 1 ruang pertemuan, 1 ruang kepala bangsal, dan 1 ruang jaga perawat. Seluruh tempat tidur pada bangsal melati berjumlah 29 tempat tidur dimana 1 ruang terdiri dari 2 tempat tidur yang merupakan ruang kelas II dan 9 ruang terdiri dari 3 tempat tidur yang merupakan ruang kelas III. Setiap tempat tidur di ruangan dipisahkan dengan sekat gorden, untuk ruang kelas II fasilitas kamar mandi disediakan didalam ruang sedangkan untuk kelas III fasilitas kamar mandi disediakan di luar ruang.

3. Hasil Evaluasi ICPAT

Berdasarkan hasil pengisian check list lembar ICPAT oleh responden, maka penulis membuat grafik jumlah persentase hasil jawaban ya untuk konten dan mutu pada setiap dimensi pada lembar ICPAT .



Gambar 4.1 Hasil Evaluasi ICPAT

Berdasarkan literatur *Whittle et al "Assesing the content and quality of pathways"* (2008) didapatkan klasifikasi penilaian suatu ICPAT, apabila dalam penilaian tersebut didapatkan hasil persentase >75% maka formulir *clinical pathway* yang dinilai termasuk dalam kriteria baik, 50-75% *moderate*, dan <50% kurang. Dari grafik di atas didapatkan bahwa dimensi 1 *item* konten dan mutu termasuk kategori *moderate*. Dimensi 2 dan 5 *item* konten dan mutu termasuk kategori kurang. Dimensi 3 *item* konten termasuk kategori *moderate* dan mutu termasuk kategori kurang. Dimensi 4 *item* konten termasuk kategori *moderate* dan mutu termasuk kategori baik. Dimensi 6 *item* konten termasuk kategori baik dan mutu termasuk kategori *moderate*.

4. Input

a. SDM

Berdasarkan hasil observasi bangsal melati terdiri dari 2 dokter spesialis bedah, 17 perawat, 1 asisten perawat dan 1 pada bagian administrasi. Dari 17 perawat tersebut diketahui 3 perawat dengan pendidikan S1, dan 14 perawat pendidikan D3. Dalam pemberian asuhan keperawatan bangsal Melati menggunakan Metode MPM (metode primer yang dimodifikasi) terbagi dalam 3 tim yang masing-masing bertanggung jawab terhadap 9 sampai 10 pasien.

Berdasarkan SDM yang ada di bangsal melati, kemudian peneliti melakukan wawancara terkait pemahaman terhadap *clinical pathway*, berikut merupakan hasil coding pemahaman terhadap *clinical pathway*.

Tabel 4.1 Coding Pemahaman CP

<i>Axial Coding</i>		Tema
Pengertian <i>clinical pathway</i>	<i>clinical</i>	1. <i>Clinical pathway</i> adalah panduan pelayanan klinis
- Panduan pelayanan		
- Alur klinis		
- Tolak ukur mutu		
- Resume pasien		
Fungsi <i>clinical pathway</i>		2. Fungsi <i>clinical pathway</i> untuk menyamakan standar pelayanan sebagai kendali mutu dan biaya
- Kendali mutu dan biaya		
- Standar yang sama		
Pencegahan kejadian yang tidak diinginkan		

Seluruh responden yang ada di bangsal melati menyatakan bahwa *clinical pathway* merupakan suatu pedoman dalam pelayanan klinis yang penting untuk menyamakan standar terkait pelayanan. Dengan standar yang sama diharapkan terwujud suatu kendali mutu dan biaya. Selanjutnya peneliti melakukan observasi terhadap kebutuhan tenaga.

Tabel 4.2 Data Jumlah Pasien

	Jumlah Pasien			Jumlah TT	Jumlah Lama dirawat	Jumlah Hari Perawatan	BOR	LOS
	L	P	Jumlah					
Bangsal Melati Januari 2016	69	64	133	29	665	540	60,07	5,59
Bangsal Melati Februari 2016	79	68	147	29	701	558	66,35	5,39
Bangsal Melati Maret 2016	70	88	158	29	712	628	69,86	5,27

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Dari data jumlah tenaga keperawatan yang bertugas, tenaga keperawatan yang libur dan tenaga non-keperawatan yang dimiliki di bangsal Melati, maka dapat dihitung taksiran kebutuhan tenaga keperawatan sebagai berikut.

Tabel 4.3 Jumlah Jam Perawatan

Jumlah Jam Perawatan/Efektif Pasien/Hari				
No	Kategori	Pasien/ Hari	Jam Perawatan	Jumlah
1	Askep minimal	16	2	32
2	Askep sedang	8	3.08	24,64
3	Askep agak berat	5	4.15	20.75
4	Askep maksimal	0	6.16	0
JUMLAH		54	15.39	
Jumlah Jam Perawatan / hari				77,59

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 4.4 Jumlah Perawat Bertugas

A = Jumlah Tenaga Keperawatan Yang Bertugas

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam kerja perawat/shif}} = \frac{77,59}{7} = 11 \text{ Orang}$$

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 4.5 Jumlah Perawat Libur

B = Jumlah Tenaga Keperawatan Yang Libur (Loss Day)

$$\frac{\text{Jumlah hari libur mg/thn} + \text{jml hr cuti} + \text{jml hr libur besar/th} \times A}{\text{Jumlah hari kerja efektif/thn}} = \frac{82 \times 11}{286} = 3 \text{ Orang}$$

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 4.6 Tenaga Non Keperawatan

C = Tenaga Non Keperawatan

$$(A + B) \times 25\% = 11 + 3 \times 25\% = 3,5 \text{ orang}$$

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 4.7 Kebutuhan Tenaga Keperawatan

Kebutuhan Tenaga Keperawatan Bangsal

$$\begin{aligned} (A + B + C) + 1 \text{ Kepala ruang} &= 11 + 3 + 3,5 = 17,5 \text{ orang} \\ \text{Kepala Ruang} &= 1 \text{ orang} \\ \text{Jumlah Kebutuhan Tenaga} &= 18 \text{ orang} \end{aligned}$$

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Berdasarkan dari tabel diatas didapatkan kebutuhan tenaga perawat di bangsal melati berjumlah 18 orang, sedangkan perawat yang tersedia saat ini berjumlah 17 orang. Hal tersebut didukung dengan jawaban hasil wawancara oleh responden 5 yang menyatakan bahwa

“...Jadi kadang-kadang hambatan hanya lupa saja karena pasien yang terlalu banyak”

Di mana SDM bangsal Melati sering lupa untuk melengkapi form *clinical pathway* karena keterbatasan tenaga keperawatan yang bertugas.

b. Peralatan

Dalam rangka menunjang kelancaran kerja, bangsal melati dilengkapi dengan peralatan medis keperawatan. Berdasarkan data yang didapat, sebagian besar peralatan yang diperlukan sudah tersedia sesuai standar yang ditentukan di bangsal, meskipun ada beberapa alat yang masih kurang jumlahnya dan juga mengalami kerusakan.

Tabel 4.8 Peralatan Keperawatan

No	Nama Alat	Jumlah		Kekurangan		Jumlah Kekurangan
		Ada	Standar	Baik	Rusak	
1	Alat GV:					
	a. Pinset Anatomi	18	18	18		0
	b. Pinset Cerurgis	18	18	18		0
	c. Gunting Lurus	12	12	12		0
	d. Koomp	12	12	12		0
	e. Gunting Hecting	2	6	2		4
	f. Gunting kasa	6	6	6		0
	a. Arteri klem	12	12	12		0
2	Tromol	3	3	3		0

Lanjutan Tabel 4.8 Peralatan Keperawatan

No	Nama Alat	Jumlah		Kekurangan		Jumlah Kekurangan
		Ada	Standar	Baik	Rusak	
3	Korentang	2	3	2		1
4	Tensi meter	4	4	3	1	1
5	Tempat Korentang	2	3	2		1
7	Termometer	1	3	1		2
8	Troli medikasi	1	3	1		2
9	Troli verbed	1	1	1		0
10	Tiang infus	29	29	29		0
11	Troli EKG	1	1	1		0
12	Alat EKG	2	2	2		0
13	Timbangan	1	1	1		0
14	Tabung oksigen	8	8	8		0
15	Mano meter	5	8	5		3
16	Senter	1	3	1		2
17	Tong spatel	2	3	2		1
18	Bak instrument	12	12	12		0
19	Tabung Pemadam	1	2	1		1
20	Autoklav	0	1	0		1

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

c. Dimensi 1 (Apakah Formulir yang Dinilai *Clinical pathway*)

1) *Outline* pelayanan

Diketahui bahwa persentase jawaban ya pada konten 50%, dan jawaban ya pada mutu 50%. Pada bagian konten yang belum terlaksana adalah apakah CP punya titik awal dan *clinical pathway* belum mencakup kontinuitas pelayanan/terapi selama 24 jam. Hal ini diketahui dari hasil observasi langsung pada lembar *clinical pathway*.

2) *Peran* Profesi

Peran profesi pada pelaksanaan *clinical pathway appendicitis* tidak terlihat siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 4 bahwa

“Harusnya dokter DPJP nya yang mengisi itu, bersama dengan saling mengingatkan dengan perawat ...”

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 appendicitis akut dapat membantu menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti komorbid, faktor resiko atau masalah lain. Hal ini didukung oleh pernyataan responden 3 yaitu

“...sehingga kita bisa mengeliminasi kalau ada faktor lain seperti adanya KET, atau appendicitis akut atau PID”

Namun CP belum digunakan untuk mengingatkan para *staff*, ataupun mencatat spesifik pelayanan yang dibutuhkan pasien. Pada bagian mutu yang belum terlaksana apakah CP menggambarkan siapa saja yang berkontribusi. Hasil ini didukung dengan responden 6 yang menyatakan bahwa

“...Siapa yang melakukan tindakan operasi itu yang isi”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa belum terdapat gambaran yang jelas siapa saja yang mengisi lembar *clinical pathway*.

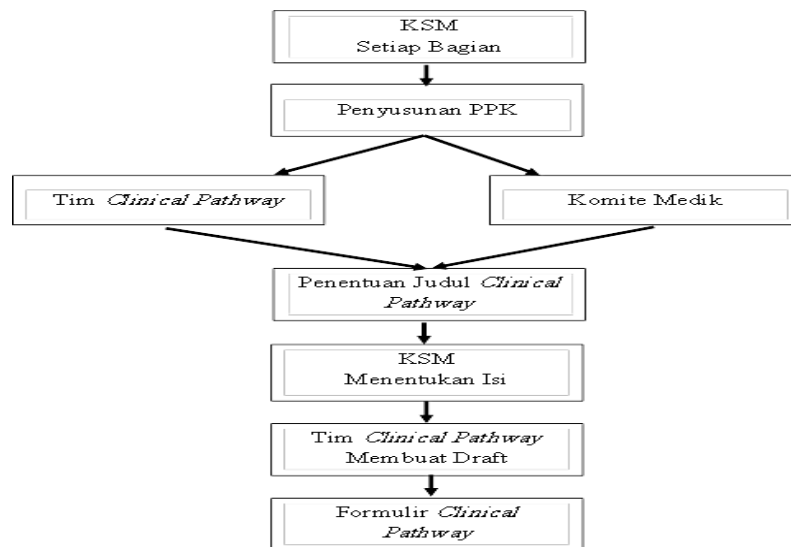
d. Dimensi 6 (Menilai Peran Organisasi)

Diketahui persentase jawaban ya pada konten 100% dan mutu sebesar 67%. Dapat disimpulkan peran organisasi dalam pelaksanaan *clinical pathway* terkait konten baik sedangkan terkait mutu *moderate*. Bagian mutu yang belum terpenuhi

terkait pedoman pendokumentasian *clinical pathway* dan belum terdapat sistem pelaporan variasi pada *clinical pathway*. Hal ini sesuai dengan pernyataan responden 5 bahwa.

“...kalau ada sesuatu perubahan yang notabene memang mengharuskan DPJP mengganti obat maka harus kita ganti ...”

Berdasarkan pernyataan tersebut belum terdapat kejelasan sistem pelaporan variasi yang terjadi. Selanjutnya untuk mempermudah memahami penyusunan *clinical pathway*, berdasarkan hasil wawancara penulis membuat diagram alur penyusunan *clinical pathway*.



Gambar 4.2 Alur Penyusunan *Clinical pathway*

Sumber: Data Primer

5. Proses

a. Dimensi 2 (Proses Dokumentasi *Clinical Pathway*)

Diketahui bahwa persentase jawaban ya pada konten sebesar 17% dan jawaban ya pada mutu sebesar 25%. Pada *item* konten dan mutu yang belum

terpenuhi yaitu, judul *clinical pathway* jelas, halaman pada setiap lembar *clinical pathway*, penulisan tanggal berlaku dan review, singkatan, contoh tanda tangan dan cara pencatatan variasi. Hal ini sesuai dengan hasil observasi lembar *clinical pathway appendicitis* akut yang digunakan di bangsal. Selanjutnya akses pasien terhadap *clinical pathway*, kondisi dimana pasien mengisi beberapa bagian *clinical pathway*, pencatatan variasi dan pernyataan persetujuan pasien terhadap pelayanan yang akan diberikan. Hal ini sesuai dengan pernyataan responden 2 bahwa.

“Oh ngga, selama ini tidak”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa pasien belum memiliki akses terhadap *clinical pathway* mereka.

b. Dimensi 3 (Proses Pengembangan *Clinical pathway*)

Diketahui bahwa persentase jawaban ya pada konten sebesar 61% dan jawaban ya pada mutu sebesar 41%. Pada *item* konten aspek yang belum terpenuhi yaitu perwakilan pasien yang ikut *me-review clinical pathway*. Sedangkan pada *item* mutu aspek yang belum terpenuhi yaitu, keterlibatan pasien dalam pengembangan *clinical pathway*, pertimbangan kebutuhan pasien yang multikultur, hasil uji coba didiskusikan dengan pasien, keterlibatan semua *staff* dan pasien dalam mengisi, mengembangkan, dan mengevaluasi *clinical pathway* saat uji coba. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden 6 bahwa

“...yang mengikutikan dokter DPJP sama tim management yang di atas”.

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa belum semua perwakilan pelaksana *clinical pathway* terlibat dalam proses pengembangan.

c. Dimensi 4 (Proses Implementasi *Clinical pathway*)

Diketahui bahwa persentase jawaban ya pada konten sebesar 60% dan jawaban ya pada mutu sebesar 100%. Pada *item* konten aspek yang belum terpenuhi yaitu umpan balik pasien. Hal ini didukung dengan pernyataan responden 1 bahwa

“...pasien ya memang kan hak nya boleh mereka kalau mau melihat, ...”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa pasien dapat melihat jika meminta, namun belum terdapat adanya umpan balik pasien terkait penggunaan *clinical pathway*. Selain itu belum terdapat alokasi sumber daya untuk melaksanakan *training* penggunaan *clinical pathway*.

d. Dimensi 5 (Proses Pemeliharaan *clinical pathway*)

Diketahui bahwa persentase jawaban ya pada konten sebesar 75% dan jawaban ya pada mutu sebesar 62%. Pada *item* konten aspek yang belum terpenuhi yaitu, pelatihan rutin dan *staff* yang bertanggung jawab menjaga *clinical pathway*. Hasil tersebut didukung responden 1 yang menyatakan bahwa,

“...akan kita bentuk case manager inilah nanti yang akan memantau terus berjalannya implementasi *clinical pathway*”

Berdasarkan hal tersebut diketahui saat ini belum terdapat individu yang bertanggung jawab terhadap *clinical pathway*. Sedangkan pada *item* mutu aspek yang belum terpenuhi yaitu, isi dan dokumentasi *clinical pathway* secara rutin sudah

di-review. Hal ini berdasarkan hasil observasi bahwa kelengkapan formulir *clinical pathway* 25% dan kelengkapan isi *clinical pathway* 0%. Selain itu, bukti masukkan pasien merubah praktek, pasien terlibat me-review isi *clinical pathway*, dan perubahan kode variasi sesuai persyaratan organisasi dan daerah, pemeriksaan kode variasi yang digunakan. Hal ini berdasarkan observasi lembar *clinical pathway* di mana belum disertakan nomor *clinical pathway* pada lembar tersebut.

e. Kendala

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa *clinical pathway* dibentuk tahun 2015 oleh tim manajemen mutu, SMF, perawat, gizi, dan farmasi karena perlu adanya standarisasi pelayanan pada setiap pasien dan terkait persiapan akreditasi. Dibentuknya *clinical pathway* suatu penyakit berdasarkan pada hasil evaluasi *high risk*, *high volume*, dan *high cost* di rumah sakit Panembahan Senopati yang sudah disepakati bersama oleh tim. *Clinical pathway* akan dievaluasi setiap 6 bulan oleh tim. Dari evaluasi pelaksanaan dan formulir *clinical pathway* tersebut, apabila diperlukan revisi pada *item* dalam formulir *clinical pathway* maka akan dibentuk *draft* baru.

Pelaksanaan *clinical pathway* diawali dengan uji coba pada tahun 2015 dan dilanjutkan hingga saat ini yang berdasarkan wawancara mendalam diketahui bahwa tingkat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* masih kurang. Berikut adalah tabel coding terkait kendala yang ada dalam implementasi *clinical pathway*.

Tabel 4.9 Kendala dalam implementasi *Clinical pathway*

<i>Axial Coding</i>	Tema
1. Sikap	Responden belum terbiasa
a. Kurang kesadaran dalam mengisi formulir	sehingga lupa Keterbatasan waktu untuk mengisi formulir
b. Keterbatasan waktu	
c. Belum terbiasa	
2. Dokumentasi	
Lupa untuk mengisi atau pun melengkapi formulir	

Clinical pathway merupakan formulir yang baru di rumah sakit, sehingga sulit untuk mengubah kebiasaan di lapangan yang sebelumnya tidak menggunakan formulir *clinical pathway*. Faktor ketidakpatuhan tersebut salah satunya disebabkan karena pelaksana terbiasa menunda mengisi formulir *clinical pathway* maupun menyertakan formulir tersebut ke dalam rekam medis pasien, hal ini mengakibatkan *clinical pathway* lupa untuk dilengkapi. Dari hasil wawancara juga diketahui bahwa hambatan dalam kelengkapan *clinical pathway* juga disebabkan oleh dokter yang sibuk, dimana dokter setelah *visite* pasien harus ke poli ataupun melaksanakan operasi akibatnya *clinical pathway* tidak terisi. Dari bagian manajemen menambahkan hambatan selama ini dalam kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* karena belum ada pendamping seperti *case manager* yang bertugas khusus mengawal pelaksanaan *clinical pathway* di lapangan.

6. Output

- a. Kepatuhan Kelengkapan Formulir *Clinical pathway*



Gambar 4.3 Kepatuhan

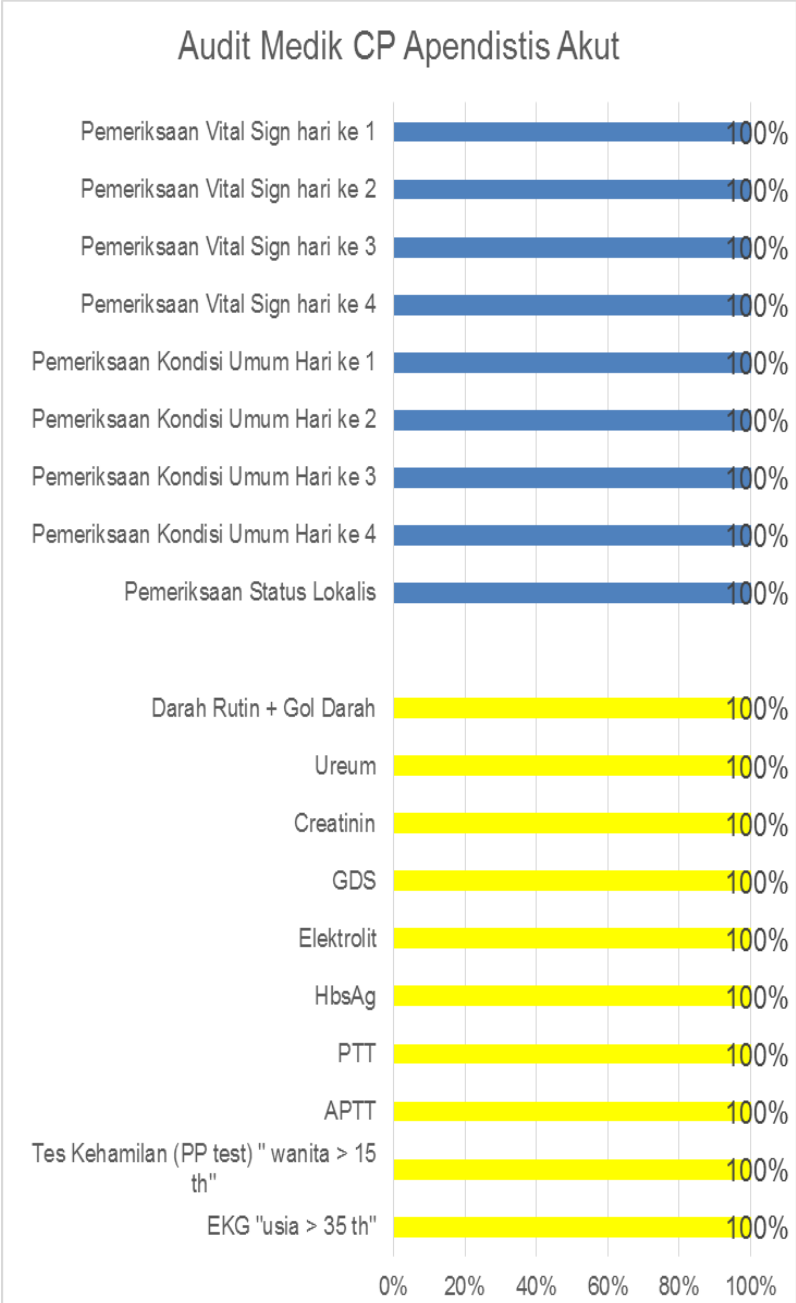
Berdasarkan observasi rekam medis diketahui bahwa distribusi kepatuhan dalam melampirkan formulir *clinical pathway* appendicitis akut, terdapat 12 rekam medis dari 16 rekam medis yang diobservasi tidak melampirkan formulir *clinical pathway appendicitis* akut. Hasil tersebut didukung oleh responden 5 yang menyatakan bahwa

“...sadar penuh saya mengatakan bahwa ini kita belum semuanya ...Kadang-kadang ada yang lost ada yang belum kita kasi”

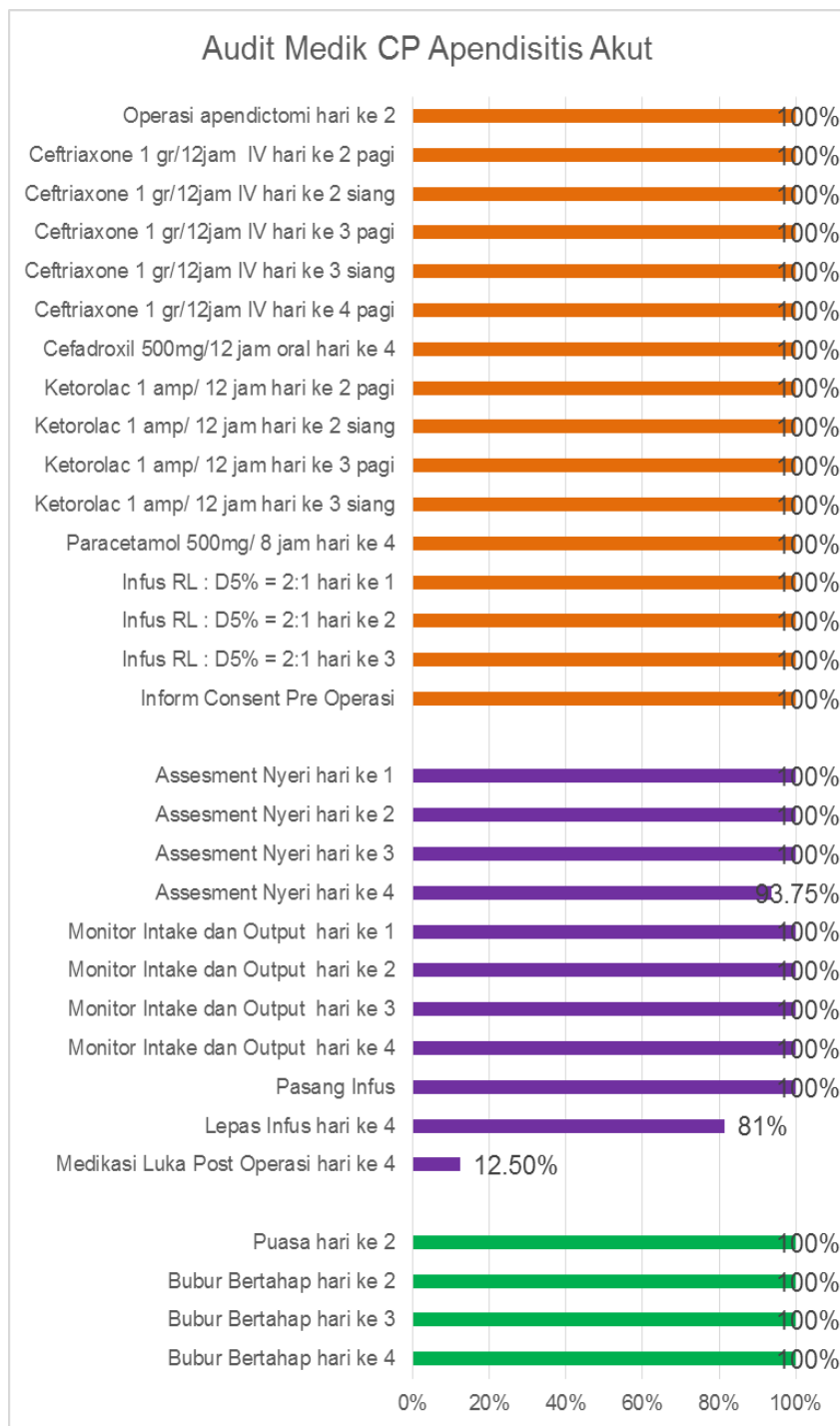
Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa lembar *clinical pathway* belum selalu dilampirkan dalam rekam medis pasien.

e. Kepatuhan Kelengkapan Isi *Clinical pathway*

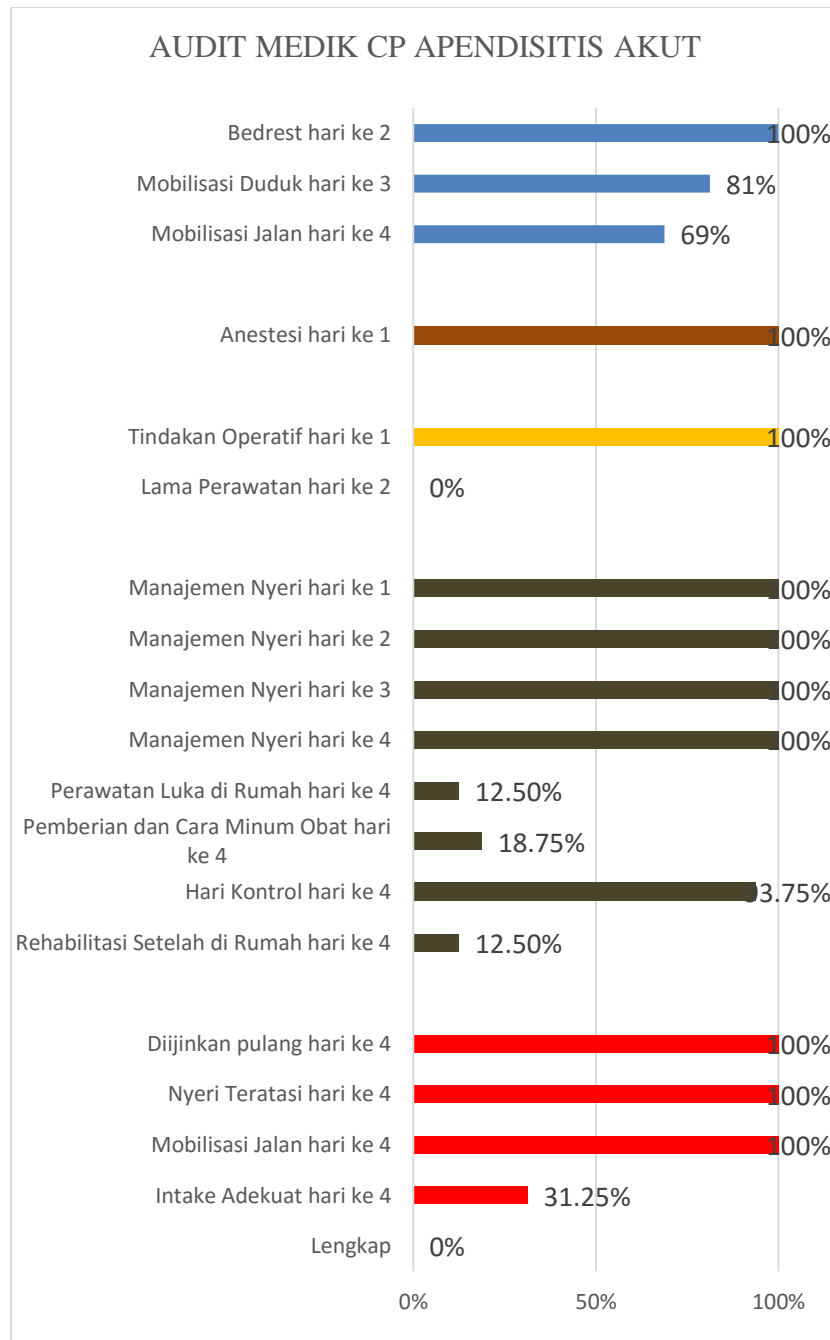
Untuk mengetahui tingkat kepatuhan pelaksanaan setiap *item* yang terdapat pada formulir *clinical pathway*, maka penulis menyajikan tabel audit medik *clinical pathway appendicitis* akut. Hasil ini didapatkan dari melihat *check list* yang ada dalam formulir, namun jika formulir tidak ada dalam rekam medis maka penulis melakukan observasi setiap *item check list clinical pathway* pada penulisan dilembar rekam medis sehari-hari. Dari observasi tersebut diketahui bahwa seluruh *check list clinical pathway* yang diaudit belum terisi dengan lengkap.



Gambar 4.4 Hasil Audit Medik *Clinical pathway*



Lanjutan Gambar 4.4 Hasil Audit Medik *Clinical pathway*

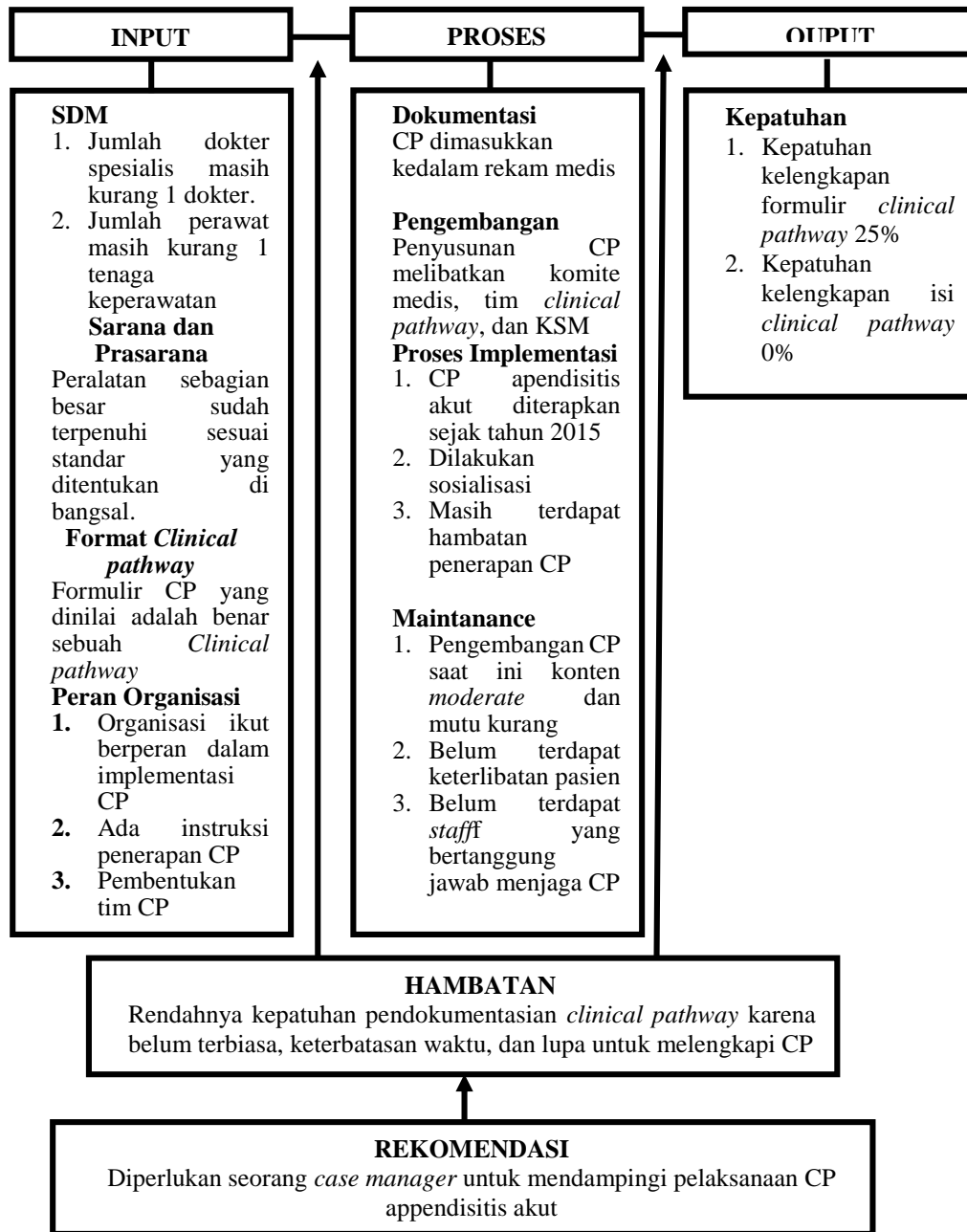


Lanjutan Gambar 4.4 Hasil Audit Medik *Clinical pathway*

Berdasarkan hasil observasi rekam medis terhadap isi *clinical pathway* diatas didapatkan tingkat kepatuhan pengisian lembar *clinical pathway* 0 %. Selanjutnya peneliti melakukan konfirmasi hasil observasi terkait data yang tidak ada kepada responden dengan wawancara. Responden 5 menyatakan

“...kalau penjelasannya tidak cuma dokumentasinya kadang-kadang kelolosan”

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



Gambar 4.5 Input, Proses, Output

B. Pembahasan

Berdasarkan literatur *Whittle et al "Assesing the content and quality of pathways"* (2008) didapatkan klasifikasi penilaian suatu formulir *clinical pathway*, apabila dalam penilaian tersebut didapatkan hasil $>75\%$ maka formulir *clinical pathway* yang dinilai termasuk dalam kriteria baik, hasil $50-75\%$ termasuk dalam kriteria *moderate*, dan hasil $<50\%$ termasuk dalam kriteria kurang. Persentase tersebut didapatkan dari perhitungan jumlah jawaban ya pada setiap *item* di masing-masing dimensi. Klasifikasi ini digunakan untuk mengetahui standar setiap *item* konten dan mutu yang ada pada formulir *clinical pathway* tersebut.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi pertama, didapatkan hasil persentase *item* konten 50% dan *item* mutu 50% . Berdasarkan hasil persentase tersebut maka klasifikasi untuk *item* konten dan mutu dimensi pertama *moderate*. Penilaian dimensi pertama berfungsi untuk mengetahui apakah suatu formulir yang dinilai adalah benar sebuah *clinical pathway*. Sehingga jika dilihat dari hasil yang didapatkan, maka formulir yang di nilai adalah benar sebuah *clinical pathway* namun belum memenuhi kriteris baik. Menurut *Hassan (2014)* manfaat *clinical pathway* dapat meningkatkan proses dokumentasi pasien. Hal ini didukung oleh *Cui Qi (2014)* formulir *clinical pathway* digunakan untuk membuat kerangka kerja dalam proses perawatan. Menurut *Mater & Ibrahim (2015)* kelalaian medis saat ini menjadi isu terbanyak di bidang kesehatan. Kelalaian medis yang terjadi dibagi menjadi empat tipe yaitu diagnosis, pengobatan, pencegahan dan terkait prosedur pelaksanaan. Kelalaian terbanyak terkait kelemahan dalam proses pengobatan. Menurut *Olsson (2009)* Salah satu cara untuk

meningkatkan kualitas adalah dengan mendesain ulang proses pelayanan kesehatan berupa *clinical pathway*. Berdasarkan dari penelitian sebelumnya maka perlu dibuat format *clinical pathway* yang baik terkait dimensi satu pada formulir yang dinilai karena penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan medis.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi kedua, didapatkan hasil persentase *item* konten sebesar 17% dan *item* mutu sebesar 25%. Berdasarkan hasil persentase tersebut maka klasifikasi untuk *item* konten dan mutu dimensi kedua adalah kurang. Dimensi kedua berfungsi untuk menilai dokumentasi *clinical pathway*. Sehingga jika dilihat dari hasil penelitian maka, proses dokumentasi pada formulir yang dinilai saat ini masih kurang. Proses dokumentasi sangat penting terutama sebagai bukti jika akan dilakukan audit penyakit yang bersangkutan, claim BPJS, dan menurut Allen, Gillen, and Rixson (2009) dokumentasi *clinical pathway* juga berfungsi untuk mencatat pencapaian dari pengobatan dan meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis. Dapat disimpulkan dengan proses dokumentasi yang kurang pada formulir yang dinilai akan berpengaruh terhadap komunikasi antar petugas, dan kurangnya bukti terkait audit medik.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi ketiga, didapatkan hasil persentase *item* konten sebesar 61% dan *item* mutu sebesar 41%. Berdasarkan hasil persentase tersebut dapat disimpulkan klasifikasi dimensi tiga untuk *item* konten *moderate* sedangkan *item* mutu kurang. Salah satu aspek yang banyak mempengaruhi hasil persentase dari dimensi tiga tersebut karena belum adanya keterlibatan pasien terkait pengembangan *clinical pathway*. Menurut Chawla A et al. (2016) salah satu hal yang penting diperhatikan dalam pengembangan suatu *clinical pathway* adalah

transparansi terhadap pasien. Jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya, maka formulir yang dinilai saat ini masih perlu ditingkatkan terkait keterlibatan pasien dan *staff* dalam proses pengembangan. Sehingga evaluasi yang dilakukan pada formulir *clinical pathway* tidak hanya dilihat dari tim yang membuat tetapi juga dari pihak yang menerima tindakan, dalam hal ini pasien. Pasien perlu mengetahui pelayanan medis yang akan didapatnya, dengan transparansi yang baik maka akan mengurangi terjadinya perselisihan dikemudian hari.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi keempat, didapatkan hasil persentase item konten sebesar 60% dan *item* mutu sebesar 100%. Berdasarkan hasil persentase tersebut maka klasifikasi dimensi keempat untuk *item* konten *moderate* dan *item* mutu baik. Dimensi keempat berfungsi untuk menilai implementasi *clinical pathway*. Menurut Huang, dkk (2015) yang menyatakan bahwa suatu *clinical pathway* penting mengurangi rata-rata lama inap, mengurangi pengeluaran rawat inap, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan. Selain itu menurut Al-Ashwal (2016) *clinical pathway* dapat mencegah komplikasi. Hal ini didukung juga oleh Ismail *et al.* (2012) implementasi *clinical pathway* yang baik dapat meningkatkan keselamatan, kepuasan dan *outcome* pasien. Menurut Li Weiz (2014) pelaksanaan *clinical pathway* yang baik juga dapat meningkatkan efektifitas pekerjaan tenaga medis dan efisiensi penggunaan sumberdaya. Namun menurut Mater Wasef (2014) sebelum dapat melakukan suatu implementasi *clinical pathway* yang baik, hal pertama yang perlu dilakukan adalah meningkatkan kualitas petugas medis dengan pengetahuan terkait *clinical pathway*. Sehingga jika dihubungkan dengan hasil penelitian yang didapatkan maka proses implementasi yang dilakukan sudah baik untuk mutu, namun

konten masih perlu ditingkatkan. Hal utama yang penting dalam implementasi dengan melakukan pelatihan untuk meningkatkan kualitas petugas.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi kelima, didapatkan hasil persentase *item* konten sebesar 25% dan *item* mutu sebesar 23%. Berdasarkan hasil persentase tersebut dapat disimpulkan klasifikasi dimensi lima untuk *item* konten dan mutu kurang. Sehingga dapat disimpulkan proses evaluasi yang dilakukan pada formulir yang dinilai masih kurang. Hal ini didukung dengan literatur Whittle et al “*Assesing the content and quality of pathways*” (2008) pada evaluasi *clinical pathway* terdapat kelemahan pada proses pemeliharaan karena kurang diperhatikan keterlibatan pasien, kurang baiknya pelaksanaan *review* dan audit dan kurangnya perhatian terhadap perlindungan data. Selanjutnya menurut Evans-Lacko et al. (2010) keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer. Jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya 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 perlukan dilakukan untuk dapat meningkatkan proses pemeliharaan.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathway Appraisal Tools*) yang telah dilakukan pada dimensi keenam, didapatkan hasil persentase *item* konten sebesar 100% dan *item* mutu sebesar 67%. Berdasarkan hasil persentase tersebut maka klasifikasi untuk *item* konten baik dan mutu *moderate*. Dimensi keenam berfungsi untuk menilai peran organisasi.

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, diketahui bahwa dari bagian management sudah berusaha memlakukan soasialisasi, namun pelaksanaan *clinical pathway* hingga saat ini belum dapat berjalan dengan baik. Hal ini terjadi karena belum terdapat komitmen dari masing-masing tenaga medis untuk patuh melaksanakan *clinical pathway*, sehingga seringkali formulir *clinical pathway* tidak dilengkapi atau tidak disertakan dalam rekam medis. Menurut *Bjurling-Sjöberg et al. (2014)* kurangnya keterlibatan dokter merupakan salah satu alasan gagalnya implementasi *clinical pathway*. Hal ini didukung dengan Devitra (2011) yang menyatakan peran organisasi yang utama adalah membentuk komitmen dan kepemimpinan klinis yang kuat salah satunya adalah dokter. Jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya didapatkan kendala yang sama dalam peran organisasi rumah sakit. Hal utama yang dapat dilakukan untuk meningkatkan peran organisasi adalah dengan memperkuat komitmen setiap petugas yang terlibat.

Selanjutnya peneliti melakukan observasi rekam medis untuk tingkat kepatuhan pengisian dan kelengkapan formulir *clinical pathway*. Hasil terkait kelengkapan *check list clinical pathway*, 16 formulir *clinical pathway* yang di audit belum terisi lengkap. Persentase yang didapatkan pada setiap *check list* yang ada di bagian hasil sebagian besar dari tulisan pada lembar rekam medis. Hal ini karena dari 16 rekam medis, hanya 4 rekam medis yang menyertakan formulir *clinical pathway*. Berdasarkan observasi kelengkapan formulir *clinical pathway* direkam medis tersebut, disimpulkan sebesar 75% tidak patuh. Menurut *Schrijvers, Van Hoorn, and Huiskes N (2012)* kepatuhan dalam implementasi *clinical pathway* dapat mengurangi kelalaian dalam diagnosis maupun pengobatan. Allen, Gillen, and Rixson (2009) dokumentasi *clinical pathway* juga berfungsi untuk meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis. Maka jika dihubungkan dengan

penelitian sebelumnya, perlu ditingkatkan proses dokumentasi dan implementasi *clinical pathway* untuk mengurangi kelalaian medis.

Berdasarkan hasil tersebut, peneliti melakukan konfirmasi kepada dokter ataupun perawat dengan wawancara mendalam terkait mengapa ada data yang tidak tertulis atau pun formulir yang tidak disertakan di dalam rekam medik. Berdasarkan wawancara tersebut sebagian besar responden menyatakan lupa dan karena aktifitas yang padat. Diketahui pada pembahasan kebutuhan tenaga keperawatan di bangsal Melati sebanyak 18 orang, namun saat ini hanya terdapat 17 orang tenaga keperawatan. Selain itu berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2014 untuk rumah sakit tipe B pelayanan medik spesialis dasar masing-masing minimal 3 orang dokter spesialis, sedangkan spesialis bedah yang ada di RSUD Panembahan Senopati ada 2. Menurut Devitra (2011), sumber daya manusia merupakan salah satu kunci utama keberhasilan dalam penerapan *clinical pathway*, untuk itu diperlukan ketersediaan dan kemampuan mengelola potensi yang ada. Oleh karena itu perlu dilakukan pengelolaan tenaga medis yang ada sehingga dapat melaksanakan *clinical pathway* secara efektif.

Dari wawancara dengan bagian manajemen juga didapatkan hasil bahwa bagian management menyadari pelaksanaan *clinical pathway* saat ini belum dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu bagian manajemen berencana untuk menunjuk *case manager* yang bertugas untuk terus mendampingi pelaksanaan *clinical pathway* dilapangan. Fasilitator merupakan kunci keberhasilan penerapan *clinical pathway*. Fasilitator sering disebut koordinator yang bertugas mengkolaborasi seluruh pelaksana dalam suatu *clinical pathway*.