

**EVALUASI IMPLEMENTASI *CLINICAL PATHWAY* APPENDICITIS
AKUT PADA UNIT RAWAT INAP BAGIAN BEDAH DI RSUD
PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL**

***THE EVALUATION OF ACUTE APPENDICITIS CLINICAL PATHWAY
IMPLEMENTATION IN SURGERY WARD AT RSUD PENAMBAHAN
SENOPATI BANTUL***

Anietya Widyanita

*Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta
Email: anietya.widyanita@gmail.com*

Merita Arini

*Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta
Email: merita.arini@yahoo.com*

Arlina Dewi

*Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta
Email: dewikoen@yahoo.com*

ABSTRACT

Background: *In exercising health rights of each individual, health services are expected to efficiently allocate resources and organization. Clinical Pathway (CP) is one of the instruments that is expected to be able to improve the efficiency and quality of health services. The incidence of appendicitis in Indonesia tops the abdomen emergency cases. This research aims to evaluating the implementation for acute appendicitis CP in surgery ward at RSUD Panembahan Senopati Bantul. **Method:** The research employed mix method with case study design. The quantitative samples included medical records of acute appendicitis which were obtained using total sampling technique (January-March 2016, n=16). The qualitative samples included the people involved in the implementation of CP which were obtained using purposive sampling. **Results and Discussion:** The achievement of CP form completeness compliance level was 25% and the CP content was 0. The content and quality of ICPAT dimension 1 (whether it is truly CP) were moderate. The content and quality of dimension 2 (documentation) and 5 (maintenance) were poor. The content of dimension 4 (implementation) was moderate and the quality was good. The content of dimension 6 (organization role) was good and the quality was moderate. The greatest obstacles occurred due to limitation of time and frequently being forgetful. **Conclusions and Suggestions:** The acute appendicitis CP implementation compliance level was poor. It is necessary to conduct regular*

evaluations, socialization and improvement in case manager's role in wards with regard to the use of CP.

Keywords: *Clinical Pathway implementation, acute appendicitis, ICPAT*

ABSTRAK

Latar Belakang: Dalam mewujudkan hak kesehatan setiap individu, pelayanan kesehatan dituntut untuk mengalokasikan sumber daya dan organisasi secara efisien. *Clinical pathway* (CP) adalah salah satu alat yang diharapkan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan. Insidensi apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatdaruratan abdomen. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi CP apendisitis akut pada unit rawat inap bagian bedah di RSUD Panembahan Senopati Bantul. **Metode:** Penelitian *mix method* dengan desain studi kasus. Sampel kuantitatif adalah rekam medis apendisitis akut secara total sampling (Januari-Maret 2016, n=16). Sampel kualitatif adalah orang-orang yang terlibat implementasi CP apendisitis akut dengan teknik *purposive* sampling. **Hasil dan Pembahasan:** Capaian tingkat kepatuhan kelengkapan formulir CP sebesar 25% dan implementasi isi CP sebesar 0. ICPAT dimensi 1 (apakah benar CP) konten dan mutu *moderate*. Dimensi 2 (dokumentasi) dan 5 (pemeliharaan) konten dan mutu kurang. Dimensi 3 (pengembangan) konten *moderate*, mutu kurang. Dimensi 4 (implementasi) konten *moderate*, mutu baik. Dimensi 6 (peran organisasi) konten baik, mutu *moderate*. Kendala terbanyak yang didapatkan karena keterbatasan waktu dan sering lupa. **Kesimpulan dan Saran:** Tingkat kepatuhan implementasi CP apendisitis akut masih kurang. Perlu dilakukan evaluasi rutin, sosialisasi dan peningkatan peran *case manager* di bangsal terkait penggunaan CP.

Kata Kunci: Implementasi *clinical pathway*, apendisitis akut, ICPAT

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak fundamental setiap individu. Dalam upaya mewujudkan hak kesehatan pada setiap individu, pelayanan kesehatan saat ini dituntut untuk dapat mengalokasikan sumber daya dan organisasi yang efisien.¹ *Clinical pathway* adalah salah satu instrumen yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan mengurangi variasi dalam perawatan

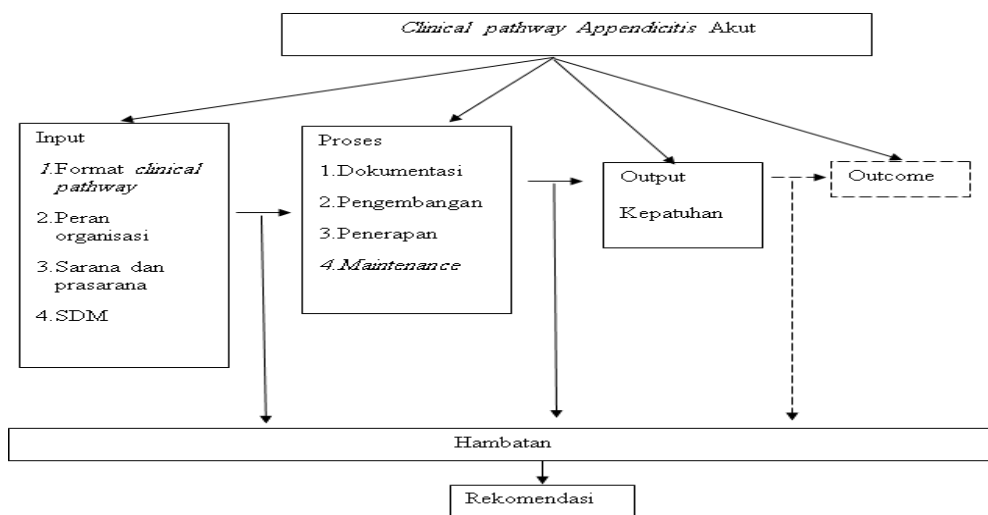
pasien, meningkatkan komunikasi antar disiplin ilmu, dan menyediakan standar pelayanan kesehatan yang jelas.² Di Indonesia penerapan *clinical pathway* versi Departemen Kesehatan RI diharapkan akan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.²

Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, apendisitis menempati

urutan tertinggi di antara kasus kegawatdaruratan abdomen. Dinkes Jateng menyebutkan pada tahun 2009 jumlah kasus apendisitis sebanyak 5.980 penderita, dan 177 diantaranya menyebabkan kematian.³ Oleh karena itu pelaksanaan *Clinical Pathway* pada pasien *Appendicitis* penting karena terkait dengan morbiditas, mortalitas, mutu pelayanan dan biaya yang berdampak pada rumah sakit.⁴ Berdasarkan data di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul, biaya klaim rawat inap jamkesmas tahun 2008 untuk kasus *Appendicitis*

sebesar Rp. 105.025.263 dengan biaya obat sebesar Rp. 38.343.579. Sedangkan diketahui jumlah kejadian *Appendicitis* pada tahun 2014 sebanyak 226 kasus dan meningkat menjadi 234 kasus pada tahun 2015. Dari seluruh kasus *Appendicitis* yang ada, kasus *Appendicitis* akut yang terbanyak setiap tahunnya. Oleh karena itu maka perlu dilakukan penelitian tentang evaluasi implementasi *Clinical Pathway Appendicitis* akut pada pasien *Appendicitis* akut unit rawat inap bagian bedah di Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul.

KERANGKA KONSEP



Gambar 1. Kerangka Konsep

Keterangan : ——— : Dilakukan penelitian

----- : Tidak dilakukan penelitian

BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian *mix method* dengan desain studi kasus. Data kualitatif diambil dengan *deep interview* dan observasi untuk mengeksplorasi implementasi *clinical pathway* terkait masalah selama pelaksanaan *clinical pathway* dan rekomendasi guna perbaikan. Data kuantitatif diambil secara deskriptif sederhana dari dokumentasi *clinical pathway* direkam medis untuk mengetahui kepatuhan dalam mengisi dan melengkapi lembar *clinical pathway*. Sampel kuantitatif adalah seluruh rekam medis kasus appendisititis akut dengan teknik pengambilan *total sampling*. Sampel kualitatif adalah Wakil Direktur, Kepala bidang mutu, Dokter SMF, Kepala Bangsal dan Perawat Pelaksana dengan teknik *purposive sampling* (n=16).

Subjek penelitian adalah Wakil Direktur, Kepala bidang mutu, Dokter SMF, Kepala Bangsal dan Perawat Pelaksana. Objek penelitian adalah *clinical pathway* appendisititis akut, rekam medis, dan proses implementasi *clinical pathway*

appendisititis akut di unit rawat inap bangsal bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tempat penelitian di unit rawat inap bangsal bedah. Penelitian dilaksanakan bulan Mei - Agustus 2016. Untuk mengecek keabsahan data kualitatif peneliti menggunakan teknik triangulasi yaitu *mix it up*. *Mix it up* adalah teknik mengkombinasikan beberapa data kuantitatif dengan kualitatif. Pada data kuantitatif, *form* ICPAT tidak dilakukan uji validitas dan reabilitas karena menggunakan *form* ICPAT tervalidasi yang biasa digunakan untuk penilaian *clinical pathway* di United Kingdom.⁵

ANALISA DATA

1. Analisis Kuantitatif

Dilakukan dengan analisis deskriptif terhadap *checklist* ICPAT dan data diolah dengan menggunakan program di komputer.

2. Analisis Kualitatif

a. Pengumpulan Data

Penulis melakukan pengumpulan data.

b. Reduksi Data

Data-data yang telah didapat direduksi yaitu dengan cara penggabungan dan pengelompokkan data-data yang sejenis menjadi satu bentuk tulisan sesuai dengan formatnya masing-masing dengan tahapan sebagai berikut :

- (1) *Open coding*: memberi nama dan membuat kategori
- (2) *Axial coding*: menyatukan kembali data-data setelah mengalami *open coding* dengan membuat hubungan antara kategori
- (3) *Thema*: proses memilih kategori inti secara sistematis.

c. Penarikan kesimpulan dan atau tahap verifikasi

Tahap terakhir adalah kesimpulan. Kesimpulan yang disajikan menjurus kepada jawaban dari pertanyaan penelitian yang didapat dari kegiatan penelitian tersebut.

HASIL

1. Profil Rumah Sakit

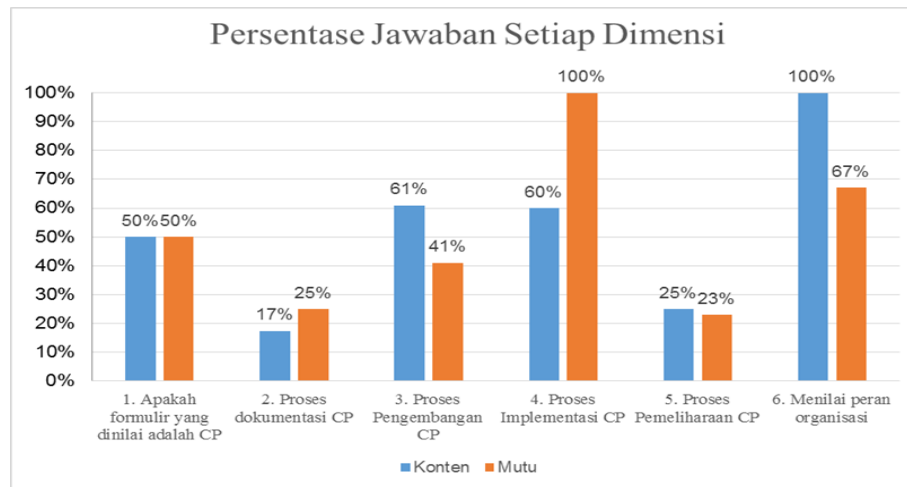
Rumah Sakit Panembahan Senopati penyelenggara urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang pelayanan rumah sakit yang dipimpin oleh seorang Direktur dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Beberapa layanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit Panembahan Senopati yaitu, rawat darurat, rawat jalan pagi, rawat jalan sore, rawat inap, bedah sentral, rehabilitasi medis, dan penunjang.

2. Data Bangsal

Bagian rawat inap bedah terdapat dua bangsal yaitu melati untuk bedah umum dan bugenvil untuk bedah ortopedi. Bangsal melati terdiri dari kelas II dan kelas III dengan 29 tempat tidur.

3. Hasil Evaluasi ICPAT

Peneliti melakukan evaluasi untuk menilai konten dan mutu pada *clinical pathway* apendisitis akut, berdasarkan hasil pengisian checklist ICPAT oleh responden, didapatkan hasil:



Gambar 2. Hasil Evaluasi ICPAT

Hasil pengisian *checklist* ICPAT diatas dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu persentase >75% kriteria baik, 50-75% *moderate*, dan <50% kurang⁷. Sehingga dari grafik didapatkan dimensi 1 *item* konten dan mutu *moderate*. Dimensi 2 dan 5 *item* konten dan mutu kurang. Dimensi 3 *item* konten *moderate* dan mutu kurang. Dimensi 4 *item* konten *moderate* dan mutu baik. Dimensi 6 *item* konten baik dan mutu *moderate*.

4. Input

Berdasarkan hasil observasi, bangsal melati terdiri dari 2 dokter spesialis bedah, 17

perawat, 1 asisten perawat dan 1 pada bagian administrasi. Dari 17 perawat diketahui 3 perawat pendidikan S1, dan 14 perawat pendidikan D3. Spesialis bedah yang ada di RSUD Panembahan Senopati ada 2. Berdasarkan perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan, tenaga perawat di bangsal melati memerlukan 18 orang perawat, namun saat ini berjumlah 17 orang. Sehingga dibutuhkan tambahan masing-masing 1 orang dokter dan perawat. Berikut tabel perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan.

Tabel 1. 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 2. Jumlah Perawat Bertugas

A = JUMLAH TENAGA KEPERAWATAN YANG BERTUGAS				
Jumlah jam perawatan/hari	=	$\frac{77,59}{7}$	=	11 Orang
Jam kerja perawat/shift				

Sumber: Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 3. 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 Orang

Sumber: Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 4. Tenaga Non Keperawatan

C = TENAGA NON KEPERAWATAN				
$(A + B) \times 25\%$	=	$11 + 3 \times 25\%$	=	3,5 Orang

Sumber: Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Tabel 5. Kebutuhan Tenaga Keperawatan

KEBUTUHAN TENAGA KEPERAWATAN BANGSAL				
$(A + B + C) + 1$	=	$11 + 3 + 3,5$	=	17,5 Orang
Kepala ruang				
			=	1 Orang
Jumlah Kebutuhan Tenaga			=	18 Orang

Sumber: Laporan Tahunan Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati, 2016

Selanjutnya peneliti melakukan wawancara terkait pemahaman responden terhadap *clinical pathway*.

Seluruh SDM yang ada di bangsal melati menyatakan bahwa *clinical pathway* merupakan suatu pedoman dalam

Tabel 6. *Coding* Pemahaman CP

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

pelayanan klinis yang penting untuk menyamakan standar terkait pelayanan. Dengan standar yang sama diharapkan terwujud suatu kendali mutu dan biaya.

5. Proses

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. Namun diketahui bahwa tingkat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* berdasarkan hasil observasi untuk kelengkapan formulir dan isi sebesar 25% dan 0%. Berdasarkan hasil tersebut maka peneliti melakukan *coding* hasil wawancara terkait kendala yang ada dalam implementasi *clinical pathway*.

Tabel 7. Kendala dalam implementasi *Clinical Pathway*

<i>Axial Coding</i>	Tema
1. Sikap	Responden belum terbiasa
a. Kurang kesadaran dalam mengisi formulir	sehingga lupa
b. Keterbatasan waktu	Keterbatasan waktu untuk mengisi formulir
c. Belum terbiasa	
2. Dokumentasi	
Lupa untuk mengisi atau pun melengkapi formulir	
Berdasarkan hasil tersebut diketahui responden belum terbiasa sehingga lupa, hal ini karena pelaksanaan penggunaan <i>clinical pathway</i> baru berjalan selama satu tahun. Selain itu keterbatasan waktu untuk mengisi dapat disebabkan karena keterbatasan tenaga di mana bangsal melati kurang 1 perawat dan 1 dokter. Hal tersebut didukung dengan jawaban hasil wawancara oleh responden 5 yang menyatakan bahwa	jumlah pasien yang terlalu banyak merupakan salah satu hambatan untuk melaksanakan <i>clinical pathway</i> .
<p style="text-align: center;">“...Jadi kadang-kadang hambatan hanya lupa saja karena pasien yang terlalu banyak”</p>	6. Output
Berdasarkan jawaban tersebut menyatakan bahwa	Berdasarkan observasi rekam medis diketahui bahwa kepatuhan dalam melampirkan formulir <i>clinical pathway</i> apendisitis akut di rekam medis sebesar 25% dan kelengkapan dalam implementasi isi formulir <i>clinical pathway</i> sebesar 0%. Hasil tersebut didukung oleh responden 5 yang menyatakan bahwa.
	<p style="text-align: center;">“...sadar penuh saya mengatakan bahwa ini kita belum semuanya ...kadang-kadang</p>

ada yang lost ada yang belum kita kasi....”

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

PEMBAHASAN

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.⁵ 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*. Formulir *clinical pathway* digunakan untuk membuat kerangka kerja dalam proses perawatan.⁶ Sehingga format *clinical pathway* yang baik perlu dibuat untuk meningkatkan keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan medis. Kelalaian medis saat ini menjadi isu terbanyak dibidang kesehatan. Kelalaian medis yang terjadi dibagi menjadi empat tipe yaitu diagnosis, pengobatan, pencegahan dan terkait prosedur pelaksanaan. Kelalaian terbanyak terkait kelemahan dalam proses pengobatan.⁷ Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas dan mengurangi kelalaian medis adalah dengan *clinical pathway*.⁸ Di mana manfaat *clinical pathway* dapat meningkatkan proses dokumentasi pasien.⁹

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*. Proses dokumentasi sangat penting terutama sebagai bukti jika akan dilakukan audit penyakit yang bersangkutan, claim BPJS, dan dokumentasi *clinical pathway* juga berfungsi untuk mencatat pencapaian dari pengobatan dan meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis.¹⁰

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*. Dalam hal ini untuk dapat mengembangkan *clinical pathway* yang ada, sebaiknya keterlibatan pasien dan staf lebih ditingkatkan. Sehingga evaluasi yang dilakukan pada suatu formulir *clinical pathway* tidak hanya dilihat dari tim yang membuat tetapi juga dari pihak yang menerima tindakan, dalam hal ini pasien. Salah satu hal yang penting diperhatikan dalam pengembangan suatu *clinical pathway* adalah transparansi terhadap pasien.¹¹ Pasien perlu mengetahui pelayanan medis yang akan didapatnya, dengan transparansi yang baik maka akan mengurangi terjadinya perselisihan di kemudian 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*. Suatu *clinical pathway* penting mengurangi rata-rata lama inap, mengurangi pengeluaran rawat inap, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan.¹² Implementasi sangat penting karena pembuatan suatu *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. *Clinical pathway* dapat digunakan untuk mencapai pelayanan yang maksimal untuk meningkatkan kualitas.¹³ Implementasi *clinical pathway* yang baik dapat meningkatkan keselamatan, kepuasan dan *outcome* pasien.¹⁴ Pelaksanaan formulir *clinical pathway* yang baik juga dapat meningkatkan efektifitas pekerjaan tenaga medis dan efisiensi penggunaan sumberdaya.¹⁵ Sebelum dapat melakukan suatu implementasi *clinical pathway* yang baik, hal pertama yang perlu dilakukan adalah

meningkatkan kualitas petugas medis dengan pengetahuan terkait *clinical pathway*.¹⁶

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. Beberapa keadaan yang masih kurang dalam *item* konten dan mutu yaitu *review* rutin pencapaian hasil *clinical pathway* belum dilakukan, pelatihan staf, 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 pembaharuan kode variasi *clinical pathway* yang digunakan. 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.⁵ Selanjutnya keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer.¹⁷ Keterlibatan seluruh staf yang terkait diperlukan untuk memastikan tujuan tercapai pada setiap tahap pemeliharaan.

Dari penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways 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 melakukan sosialisasi, 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. Kurangnya keterlibatan dokter merupakan salah satu alasan gagalnya implementasi *clinical pathway*.¹⁸ Peran organisasi yang utama adalah membentuk komitmen dan kepemimpinan klinis yang kuat salah satunya adalah dokter.²

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. Kepatuhan dalam implementasi *clinical pathway* dapat mengurangi kelalaian dalam diagnosis maupun pengobatan.¹⁹

Kepatuhan dalam implementasi *clinical pathway* juga dapat meningkatkan komunikasi antar tenaga medis.⁷ Sehingga penting untuk meningkatkan kepatuhan implementasi *clinical pathway*.

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 aktivitas 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 2.²⁰ Oleh karena itu perlu dilakukan

pengelolaan tenaga medis yang ada sehingga bisa dapat melaksanakan *clinical pathway* secara efektif. Sumber daya manusia merupakan salah satu kunci utama keberhasilan dalam penerapan *clinical pathway*, untuk itu diperlukan ketersediaan dan kemampuan mengelola potensi yang ada.²

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* di lapangan. Fasilitator merupakan kunci keberhasilan penerapan *clinical pathway*. Fasilitator sering disebut koordinator yang bertugas mengolaborasi seluruh pelaksana dalam suatu *clinical pathway*.

KESIMPULAN

Berdasarkan aspek input formulir yang dinilai adalah benar sebuah *clinical pathway* menurut

standar ICPAT, namun belum memenuhi kriteria yang baik. Rumah sakit ikut berperan dalam pelaksanaan *clinical pathway*. Peralatan yang diperlukan sudah tersedia meskipun ada beberapa alat yang kurang ataupun rusak. Jumlah dokter spesialis dan tenaga keperawatan di bangsal saat ini masing-masing kurang 1 orang.

Berdasarkan aspek proses dokumentasi *clinical pathway* di bangsal sudah dimasukkan kedalam rekam medis dengan tingkat kepatuhan 25%. Pengembangan *clinical pathway* telah melibatkan tim *clinical pathway*, komite medik, dan KSM namun belum optimal. Masih terdapat hambatan dalam implementasi *clinical pathway* yaitu belum terbiasa, kurangnya kesadaran, keterbatasan waktu, lupa dan belum terdapat *case manager*.

Evaluasi *clinical pathway* dilakukan setiap 6 bulan sekali, namun belum memberikan rekomendasi perbaikan yang optimal. Berdasarkan aspek output kepatuhan melengkapi isi *clinical pathway* sebesar 0%.

Dalam upaya untuk meningkatkan kepatuhan implementasi *clinical pathway* sebaiknya dilakukan pelatihan rutin kepada setiap staff terkait *clinical pathway*, dapat dipertimbangkan untuk menambah seorang dokter dan perawat, menunjuk seorang *case manager*, dan evaluasi rutin implementasi *clinical pathway* setiap bulan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Romeyke T, Stummer H, 2012, 'Clinical pathways as instruments for risk and cost management in hospitals,' *Global Journal of Health Science vol. 4 no. 2*, Austria.

2. Devitra A, 2011, 'Analisis implementasi clinical pathway kasus stroke berdasarkan INA-CBGs di rumah sakit stroke Bukittinggi,' *Tesis Universitas Andalas, Bukittinggi.*
3. Setyaningrum W A, 2013, Asuhan keperawatan pada sdr. Y dengan post operasi appendiktomi hari ke-1 di ruang dahlia RSUD Banyudono, *Tugas Akhir Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UMS. Surakarta.*
4. Saucier A, Huang EY, Emeremni CA, & Pershad J, 2015, 'Prospective evaluation of a clinical pathway for suspected appendicitis,' *American Academy of Pediatrics*, Memphis.
5. Whittle *et al*, 2008, 'Assessing the content and quality of pathways,' Diakses pada tanggal 22 September 2016 dari https://www.researchgate.net/publication/237821114_Assessing_the_content_and_quality_of_pathways.
6. Cui Qi *et al*, 2014, 'Effectiveness of Clinical Pathway in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis,' *Global Journal of Oncologist*, 2, 15-21, China
7. Mater W, Ibrahim R, 2015, 'Factors Supporting Teamwork Communication In Clinical Pathways: Systematic Literature Review,' *Journal of Theoretical and Applied Information Technology 30th November 2015. Vol.81. No.3*, Malaysia.
8. Olsson L E *et al*, 2009, 'A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway,' *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1626–1635, Gothenborg.
9. Hassan I S *et al*, 2014, 'The Impact of a Structured Clinical Pathway on the Application of Management Standards in Patients with Diabetic Ketoacidosis and Its Acceptability by Medical

- Residents,' *Journal of Diabetes Mellitus*, 4, 264-272, Riyadh.
10. Allen D, Gillen E, Rixson L, 2009, 'Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances?,' *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 7(2): 61-74, America. America.
 11. Chawla A et al, 2016, 'Care Pathways in US Healthcare Settings: Current Successes and Limitations, and Future Challenges,' *The American Journal Of Managed Care*, America.
 12. Huang Di, Song Xuping, Tian Jinhui, Cui Qi, Yang Kehu, 2015, 'Effect of clinical pathways in stroke management: A meta-analysis', *Neurology Asia Journal 2015*, vol.20, no.4, pp.335-342
 13. Al-Ashwal R H, Supriyanto Eko, 2016, 'Evidence for the Contemporary Clinical Pathway Quality Measures: Literature Review,' *Indian Journal of Science and Technology*, Vol 9(34), Malaysia.
 14. Ismail A et al, 2012, 'Clinical Pathways: Development and Implementation at a Tertiary Hospital in Malaysia,' *International Journal of Public Health Research Vol 2 No 2 2012*, pp (153-160), Malaysia.
 15. Li Weiz et all, 2014, 'Integrated clinical pathway management for medical quality improvement – based on a semiotically inspired systems architecture,' *European Journal of Information Systems* 23, 400–417, UK.
 16. Mater Wasef, Ibrahim Roliana, 2014, 'Delivering Quality Healthcare Services using Clinical Pathways,' *International Journal of Computer Applications (0975 – 8887) Volume 95 – No 1*, Malaysia.

17. Evans-Lacko et al, 2010, 'Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways,' *BMC Health Services Research* 2010, 10:182, London.
18. Bjurling-Sjöberg P et al, 2014, 'Prevalence and Quality of Clinical Pathways in Swedish Intensive Care Units: A National Survey,' *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 20(1): 48-57, Swedish.
19. Schrijvers G, Van Hoorn A, Huiskes N, 2012, 'Vol. 12, Special Edition Integrated Care Pathways The care pathway: concepts and theories: an introduction,' *International Journal of Integrated Care – Volume 12*, Netherlands.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014, *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*, 1 September 2014, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Jakarta

