

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

a. Sejarah Rumah Skit

Pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 9 Dzulqodah atau bertepatan dengan tanggal 1 Maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin (RB) di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul. Sebagai sebuah karya tokoh -tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah pada waktu itu. Seiring perjalanan waktu perkembangan klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul semakin pesat ditandai adanya pengembangan pelayanan dibidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan dibidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984. Hal inilah

yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY No.503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No:4 45/4318/20 01. Saat ini RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan sertifikat ISO 9001-2018 untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu International (profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul).

Rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebuah rumah sakit swasta yang sedang berkembang. Sejak tahun 2001, rumah sakit ini telah resmi menjadi rumah sakit umum tipe C dengan jumlah tempat tidur sebanyak 104. Sampai tahun 2011 ini jumlah karyawan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul sudah mencapai 413 karyawan, diantaranya

karyawan tetap sebanyak 273 karyawan dan karyawan tidak tetap sebanyak 140 karyawan. Di dalamnya sudah termasuk karyawan medis dan non medis (Profil RSU PKU Muhammadiyah Bantul).

Sebagai rumah sakit swasta yang sedang berkembang, RSU PKU Muhammadiyah Bantul memberikan layanan terbaik bagi konsumennya salah satunya dengan menyediakan pelayanan 24 jam yang diantaranya instalasi gawat darurat, rawat inap, ICU, pelayanan operasi, ambulans, laboratorium, gizi, radiologi dan pelayanan rukti jenazah. Selain itu juga terdapat pelayanan rawat jalan yaitu Poliklinik Bedah, Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Poliklinik Tumbuh Kembang Anak, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Poliklinik Syaraf, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Anak, Poliklinik THT, Poliklinik Gigi, Poliklinik Umum, Poliklinik Fisioterapi serta Poliklinik Kosmetik Medik. Untuk rawat inap RS PKU Muhammadiyah

Bantul menyediakan bangsal VIP, bangsal kelas I, bangsal kelas II, bangsal kelas III, bangsal anak, bangsal perinatal resiko tinggi (peristi), kamar bersalin, bangsal nifas, ICU dan HDNC (Profil RSUD Muhammadiyah Bantul).

b. Visi

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

c. Misi

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

d. Falsafah

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

e. Motto

Layananku ibadahku

f. Tujuan

1. Menjadi media dakwah islam melalui pelayanan kesehatan untuk meraih ridha Allah.
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat termasuk kaum dhua'fa melalui pelayanan kesehatan yang islami dan berstandar internasional.
3. Terwujudnya pelayanan prima yang holistik sesuai perkembangan ilmu pengetahuan.
4. Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan melalui upaya pemberdayaan yang berkesinambungan.
5. Meningkatnya pendapatan melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama.
6. Menjadikan Rumah Sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

g. Nilai-nilai

Nilai-nilai dasar yang dianut dan dikembangkan dalam proses pelayanan dan tata organisasi adalah:

1. Ketaatan
2. Kebenaran
3. Amanah
4. Menyampaikan
5. Rendah hati
6. Ketaqwaan
7. Disiplin
8. Tulus ikhlas
9. Kesabaran
10. Santun
11. Lemah lembut/ramah
12. Ketenangan
13. Profesionalisme
14. Bertanggung jawab
15. Kepedulian
16. Keberkatan
17. Istiqomah
18. Kasih sayang
19. Adil

2. Data Bangsal

Untuk rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul menyediakan bangsal VIP, bangsal kelas I, bangsal kelas

II, bangsal kelas III, bangsal anak, bangsal perinatal resiko tinggi (peristi), kamar bersalin, bangsal nifas, ICU dan HDNC. Untuk bagian penyakit lain yang memerlukan rawat inap akan digabungkan pada bangsal yang tersedia sesuai kelas yang diinginkan, kecuali bangsal khusus obsgyn dan ginekologi. Untuk pasien-pasien rawat inap bagian penyakit dalam terdapat dua bangsal yaitu bangsal al-kautsar dan bangsal al-arof (Profil RSUD PKU Muhammadiyah Bantul).

Bangsal al-kautsar merupakan bangsal penyakit dalam yang terdiri dari kelas I dan kelas II. Bangsal al-kautsar terdiri dari 12 ruangan yaitu 7 ruang untuk kamar pasien, 1 ruang peralatan medis dan non medis, 1 ruang jaga perawat, 1 gudang dan 2 ruang WC/toilet. Tempat tidur yang terdapat pada bangsal al-kautsar berjumlah 20 tempat tidur. Terdapat 6 ruangan yang masing-masing terdiri dari 2 tempat tidur dipisahkan dengan sekat triplek yang merupakan ruang kelas 1 dan terdapat 1 ruangan

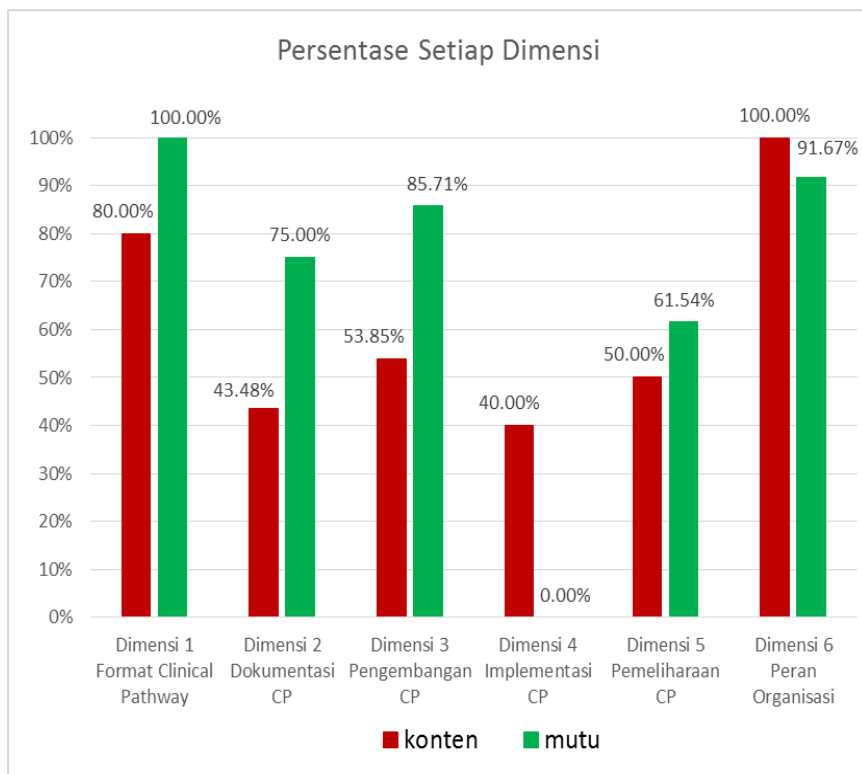
terdiri dari tempat tidur dipisahkan dengan sekat triplek dan gordien yang merupakan ruang kelas kelas II.

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

3. Hasil Evaluasi ICPAT

Hasil evaluasi *clinical pathway* menggunakan lembar *check list* ICPAT yang terdiri dari enam dimensi penilaian ditunjukkan dalam grafik persentase di bawah.

Gambar 4.1 Hasil Evaluasi ICPAT



Berdasarkan pada Whittle *et al* (2008) diperoleh klasifikasi penilaian ICPAT, apabila penilaian tersebut didapatkan hasil persentase <50% maka termasuk dalam kriteria kurang, persentase 50-75% menunjukkan *moderate* dan >75% maka termasuk dalam kriteria baik. Dari grafik di atas diperoleh bahwa dimensi 1 bagian konten dan mutu sudah termasuk dalam kategori baik. Dimensi 2 bagian konten masuk dalam kategori kurang sedangkan untuk bagian mutu sudah termasuk dalam kategori *moderate*. Untuk dimensi 3, bagian konten termasuk dalam kriteria *moderate* dan bagian mutu masuk dalam kriteria baik. Dimensi 4 yaitu dimensi proses implementasi *clinical pathway* menunjukkan pada bagian mutu memperoleh jawaban ya sebanyak 40% yang artinya masih dalam kategori kurang demikian juga untuk bagian mutu yang hanya terdiri dari satu pertanyaan yaitu penilaian resiko oleh rumah sakit telah mencukupi namun hal tersebut memperoleh jawaban tidak sehingga didapatkan hasil akhir 0% yaitu kategori kurang. Dimensi

proses pemeliharaan *clinical pathway*, bagian konten maupun mutu masuk dalam kategori *moderate*. Untuk yang terakhir yaitu dimensi 6, penilaian peran organisasi, bagian konten telah mencapai hasil yang optimal yaitu mendapatkan jawaban ya 100% yang artinya masuk dalam kategori baik, demikian pula untuk bagian mutu yang telah masuk dalam kategori baik.

4. *Input*

a. SDM

Bangsar al-kautsar maupun bangsal al-arof yang merupakan bangsal penyakit dalam yang mempunyai 4 dokter spesialis dalam. Selain pasien bagian penyakit dalam, namun tidak menutup kemungkinan untuk kedua bangsal tersebut mempunyai pasien dari bagian penyakit lainnya misalnya bagian urologi dan bagian bedah. Untuk keperawatan, bangsal al-kautsar mempunyai 15 perawat yang terdiri dari 12 orang perawat pendidikan D-3 dan 3 orang perawat dengan pendidikan S-1. Kemudian untuk bangsal al-arof, tenaga keperawatan yang dimiliki yaitu

sebanyak 27 orang terdiri dari 21 perawat yang sudah merupakan pegawai atau tenaga tetap sedangkan sisanya 6 orang masih dalam orientasi. Dari 21 orang perawat tersebut diketahui 20 perawat dengan pendidikan D-3 dan hanya 1 perawat dengan pendidikan S-1. Metode keperawatan yang digunakan di kedua bangsal tersebut yaitu metode MPM (metode primer yang dimodifikasi) terbagi dalam 2 tim yang masing-masing perawat bertanggung jawab terhadap 4 sampai 5 pasien.

Berdasarkan sumber daya manusia yang ada di bangsal penyakit dalam, kemudian peneliti melakukan wawancara untuk mengetahui pemahaman tentang *clinical pathway*, berikut merupakan hasil coding pemahaman terhadap *clinical pathway*.

Tabel 4.1 *Coding* Pemahaman *Clinical Pathway*

Pertanyaan	<i>Open coding</i>	<i>Axial Coding</i>	Subtema	Tema
Apakah <i>Clinical Pathway</i>	<p>Responden 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsep perencanaan pelayanan terpadu - Rangkuman setiap langkah yang diberikan - Point-point yang harus dilakukan - <i>Guideline</i> <p>Responden 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Guideline</i> - Hal minimal yang harus dilakukan <p>Responden 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengendalikan tindakan yang dilakukan <p>Responden 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur - Aturan - Standar asuhan <p>Responden 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrument - Panduan 	<p>Pengertian <i>Clinical Pathway</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instrument 2. Panduan 3. perencanaan pelayanan terpadu 4. Point-point yang harus dilakukan 	<p><i>Clinical Pathway</i> adalah sebuah <i>instrument</i> yang merupakan panduan akan perencanaan pelayanan terpadu yang berisikan <i>point-point</i> yang harus dilakukan.</p>	<p>Pemahaman para staf mengenai penerapan dan penggunaan <i>clinical pathway</i> krisis hipertensi sudah baik</p>

	Responden 6 : Alur manajemen pasien		
Apakah fungsi <i>Clinical Pathway</i>	Responden 1 : - Mengetahui banyaknya variasi - Mengendalikan mutu - Kendali biaya Responden 2 : - Kendali mutu - Kendali biaya Responden 3 : - Alat pengendali	Fungsi <i>clinical pathway</i> : 1. Kendali mutu 2. Kendali biaya 3. Pengingat 4. Mengetahui banyaknya variasi 5. Standarisasi pelayanan 6. Alur panduan	Fungsi <i>Clinical Pathway</i> sebagai alur panduan guna standarisasi pelayanan sehingga dapat mengendalikan mutu dan biaya.
	Responden 4 : - Pengendalian		
	Responden 5 : - Kendali mutu - Kendali biaya - Menstandarisasi pelayanan		
	Responden 6 : - Pengingat - Alur panduan		
Apakah pelayanan disesuaikan dengan <i>Clinical Pathway</i>	Responden 3 : - Belum 100% - Masih mengikuti dari DPJP Responden 4 : - Keperawatan	Pelaksanaan CP : - Belum sesuai - Masih mengikuti dokter	Pelayanan yang diberikan belum sesuai dengan <i>clinical pathway</i>

	sudah sesuai prosedur - Dokter sendiri memang kadang ada hal-hal yang agak terlupakan		dan masih mengikuti dokter
Apakah <i>Clinical Pathway</i> menambah beban kerja	Responden 3 : - Mungkin menambah beban kerja Responden 4 : - Menambah beban kerja Responden 5 : - Menambah pekerjaan	<i>Clinical pathway</i> menambah beban kerja perawat	Dampak penerapan <i>Clinical pathway</i> menambah beban kerja perawat
Bagaimana perbedaan sebelum dan sesudah penerapan <i>Clinical Pathway</i>	Responden 3 : - Signifikan belum kelihatan Responden 4 : Ada walaupun masih belum sesuai standar	Perbedaan sebelum dan sesudah penerapan <i>clinical pathway</i> : - Signifikan belum kelihatan - Ada walaupun masih belum sesuai dengan standar	Hasil Penerapan dari <i>clinical pathway</i> belum signifikan terlihat
Siapa yang bertugas mengisi <i>Clinical Pathway</i>	Responden 2 : - Dokter Responden 3 : - Perawat - Dokter - Petugas lab	Petugas yang mengisi CP : 1. Dokter 2. Dokter spesialis 3. Perawat 4. Petugas lab	Pengisian CP melibatkan berbagai profesi atau multidisiplin

-
- | | |
|-----------|----------------|
| - Bidan | 5. Bidan |
| - Gizi | 6. Gizi |
| - Farmasi | 7. Farmasi |
| | 8. Fisioterapi |

Responden 4 :

- Perawat penanggung jawab
- Dokter

Responden 5 :

- Dokter
- Dokter spesialis
- Perawat
- Apoteker
- Fisioterapi
- Gizi

Responden 6 :

- Tim dokter
-

Berdasarkan hasil coding di atas, menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang terdapat di bangsal penyakit dalam menyatakan bahwa *clinical pathway* adalah sebuah *instrument* yang merupakan panduan akan perencanaan pelayanan terpadu yang berisikan *point-point* yang harus dilakukan. Dengan adanya *clinical pathway* diharapkan dapat menjadi alur panduan guna standarisasi pelayanan sehingga dapat

mengendalikan mutu dan biaya. Hal tersebut menunjukkan bahwa para staf sudah memahami mengenai penerapan maupun penggunaan *clinical pathway* krisis hipertensi RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Tabel 4.2 Data Jumlah Pasien

Bangsal	Bulan	Jumlah pasien				
		Total pasien	APS	Rever	Me- ninggal <48jam	Me- ninggal >48jam
Al-kautsar	Januari 2016	178	3	-	-	1
	Februari 2016	182	3	1	-	2
	Maret 2016	160	1	-	-	-
	April 2016	176	1	-	1	1
	Mei 2016	183	1	2	1	4
	Juni 2016	157	1	2	2	2
Al-arof	Januari 2016	229	2	4	4	4
	Februari 2016	229	-	2	6	3
	Maret 2016	236	2	2	3	5
	April 2016	223	6	2	1	3
	Mei 2016	204	-	1	3	4
	Juni 2016	212	-	3	7	2

Sumber : Laporan Tahunan Bangsal Al-Kautsar dan Al-Arof
RS PKU Muhammadiyah Bantul 2016

Tabel 4. 3 Indikator Mutu Rawat Inap

Bangsal	Bulan	Indikator Mutu					
		BOR	LOS	TOI	BTO	NDR	GDR
Al-kautsar	Januari 2016	82,41	2,981	0,672	8,100	4,166	4,166
	Februari 2016	89,82	2,550	0,644	9,000	0	68,96
	Maret 2016	79,65	2,871	0,723	8,150	0	0
	April 2016	79,66	2,863	0,834	8,450	13,88	13,88
	Mei 2016	85,96	2,735	0,702	8,900	31,49	63,74
	Juni 2016	75,16	2,843	0,897	8,300	4,761	71,42
Al-arof	Januari 2016	86,36	3,362	0,805	7,645	14,76	143,7
	Februari 2016	79,89	3,041	0,775	7,774	8,372	208,3
	Maret 2016	82,62	3,412	0,662	8,129	9,946	171,2
	April 2016	78,70	3,395	0,825	7,741	11,11	44,44
	Mei 2016	82,72	3,608	0,834	7,580	13,93	110,7
	Juni 2016	72,23	3,665	1,150	7,482	8,928	242,2
		60-85	6-9	1-3	40-50		
Satuan		%	hari	hari	kali	permil	permil

Sumber : Laporan Indikator Mutur Rawat Inap Bangsal Al-Kautsar dan Al-Arof RS PKU Muhammadiyah Bantul 2016

Dari tabel diatas dapat menunjukkan tingkat mutu pelayanan rawat inap baik di bangsal al-kautsar maupaun al-arof. Untuk indikator mutu BOR (*Bed Occupancy Ratio*) pada bangsal al-kautsar yang terendah yaitu bulan Juni 2016 sebesar 75,16% dan yang tertinggi mencapai 89,82% pada bulan Februari 2016. Sedangkan untuk bangsal al-arof yang terendah yaitu 72,23% pada bulan Juni 2016 dan tertinggi 86,36% pada bulan Januari 2016. Pencapaian nilai tertinggi tersebut melebihi dari indikator atau satuan yang telah ditetapkan yaitu lebih dari 85% yang artinya tingginya tingkat pemanfaat tempat tidur di rumah sakit.

Selanjutnya untuk indikator mutu LOS (*Length of Stay*) atau rata-rata lama dirawat, bangsal al-kautsar maupun al-arof tidak ada yang melebihi satuan yang ditetapkan yaitu 3 sampai 6 hari. Demikian pula dengan indikator mutu TOI (*Turn Over Internal*), kedua bangsal tersebut tidak melebihi dari satuan yang

ditetapkan yaitu 1-3 hari dimana tempat tidur kosong tidak terisi. Pada indikator mutu BTO (*Bed Turn Over*) kedua bangsal memiliki kisaran angka yang sama yaitu berkisar dari 6 hingga 9 kali tempat tidur digunakan dalam sebulan sedangkan satuannya tempat tidur digunakan 40-50 kali dalam satu tahun artinya apabila angka temuan perbulan tersebut dikalikan untuk mendapatkan angka penggunaan dalam satu tahun maka yang dihasilkan akan bisa lebih dari satuan yang ditetapkan. Indikator mutu NDR (*Nett Death Ratio*) dan GDR (*Gross Death Ratio*) hanya menunjukkan angka kematian pasien dalam 1000 pasien yang keluar yaitu kematian yang terjadi dalam waktu kurang dari 48 jam untuk NDR dan total jumlah kematian yang terjadi untuk indikator GDR.

b. Peralatan

Dalam rangka menunjang kelancaran kerja, bangsal al-arof 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. 4 Peralatan Keperawatan

No	Nama Alat	Standar rumah sakit tipe C	Bangsal Al-Arof			
			Tersedia	Jumlah	Baik	Rusak
1	<i>Bed side monito / bed-patient monitor / patient monitor</i>	√	√	5	5	-
2	Defibrillator	√	-	-	-	-
3	EKG	√	√	1	1	-
4	<i>Emergency trolley/resuscitation crash cart</i>	√	√	1	1	-
5	ENT Examination set	√	√	1	1	-
6	Film viewer	√	√	2	2	-
7	Infusion pump	√	-	-	-	-
8	Lampu periksa	√	√	2	2	-
9	Matras dekubitus	√	-	-	-	-
10	Minor Surgery set	√	√	3	3	-
11	Nebulizer	√	√	2	2	-
12	Pen light	√	√	3	3	-
13	Saturasi oksigen	√	√	1	1	-
14	Stetoskop	√	√	5	4	1
15	<i>Suction pump portable / aspirator</i>	√	√	2	2	-
16	Syringe pump	√	-	-	-	-
17	Tempat tidur pasien elektrik	√	√	5	5	-

Lanjutan tabel 4.4 Peralatan Keperawatan

No	Nama Alat	Standar Rumah sakit tipe C	Bangsal Al-Arof			
			Tersedia	Jumlah	Baik	Rusak
18	Tempat tidur pasien manual	√	√	26	26	-
19	Tesimeter anaeroid	√	√	5	5	-
20	Tensimeter digital	√	-	-	-	-
21	Thermometer digital	√	√	5	5	-
22	Timbangan pasien	√	√	1	1	-
23	<i>Blood pressure monitor</i>	-	√	1	1	-
24	<i>Infusion warmer blood</i>	-	√	2	2	-

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

Pathway)

(1) *Outline* pelayanan

Pada dimensi itu menunjukkan bahwa persentase jawaban ya untuk bagian konten mencapai 80% dan jawaban ya untuk bagian mutu masuk dalam kategori baik yaitu hingga 100%. Pada bagian konten yang belum terlaksana yaitu apakah *clinical pathway* punya titik akhir dan apakah dokumentasi *clinical pathway* dapat

mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Hal tersebut diketahui dari hasil pengamatan langsung pada lembar *clinical pathway*.

(2) Peran Profesi

Peran profesi pada pelaksanaan *clinical pathway* krisis hipertensi tidak terlihat siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan responden 3 bahwa

“seharusnya semua perawat, semua dokter, petugas lab, lalu ada bidan terapi, ada gizi, ada farmasi, itu seharusnya ngisi, tapi belum terisi jadi terpokok di kita perawat...”

Pernyataan diatas semakin diperkuat dengan pernyataan yang diberikan oleh responden 4 yaitu

“...jadi sesuai dengan penanggung jawab, perawat penanggung jawab.”

Berdasarkan pernyataan tersebut lembar *clinical pathway* yang ada belum menunjukkan

dengan jelas pembagian peran profesi dalam melaksanakan dan mengisi lembar tersebut. Hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Chew *et al* (2007) bahwa *clinical pathway* terpadu mendasari proses rehabilitasi secara keseluruhan dan digunakan sebagai rencana perawatan interdisipliner untuk seluruh tim rehabilitasi, jadi pelaksanaan *clinical pathway* merupakan tanggung jawab bersama seluruh tim rehabilitasi. Hasil penelitian dari Zannini *et al* (2012) adalah *clinical pathway* meningkatkan beban kerja birokrasi dan masalah dapat timbul dalam hubungan antara dokter dan otoritas kesehatan daerah. Aspek manajerial harus dipertimbangkan dengan hati-hati dalam rangka eksperimen memperkenalkan *clinical pathway* dalam praktek umum, dan kelangsungan eksperimen harus dijamin untuk meningkatkan kepatuhan dan komitmen dokter.

(3) *Design*

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

“...kita memang memasukkan di anamnesisnya sangat detail, tidak cuman anamnesis tok tapi ada juga yang tentang faktor resikonya, misalnya eehmmm... kiris hipertensi itu misalkan krisis hipertensi tui nanti dicari faktor resikonya apa saja disitu....”

Namun demikian *clinical pathway* belum mampu mencatat secara sepsifik pelayanan yang dibutuhkan pasien serta belum mampu digunakan untuk mengingatkan para staf walaupun pada lembar penilaian ICPAT memberikan jawaban iya namun hal tersebut tidak didukung oleh pernyataan dari responden 6 yaitu

“...kita masih mengikuti DPJP jadi apa yang kita lakukan

itu sesuai dengan DPJP biarpun mungkin beberapa ada yang mengedit oh CP seharusnya hari ini di cek cuman kadang itu tidak dilakukan dan kadang ada pemeriksaan lebih yang dilakukan, jadi belum bisa dijadikan toolnya, masih hanya sekedar ceklist....”

Selain itu, pernyataan tersebut di atas juga tidak mendukung pada bagian mutu yang memperoleh hasil mencapai 100% yang mana dokumen *clinical pathway* sudah digunakan sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan/terapi. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa *clinical pathway* belum digunakan secara optimal sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan terapi karena walaupun telah terdapat *clinical pathway* tetapi perawat masih mengikuti dokter penanggung jawab dan dokter penanggung jawab pun masih belum mengikuti tahapan yang ada di dalam *clinical pathway*. Sehingga pada akhirnya *clinical pathway* yang belum mampu memberikan efisiensi

dalam pencatatan, dimana tidak terjadi pengulangan atau duplikasi penulisan, sehingga kemungkinan salah komunikasi dalam tim kesehatan yang merawat pasien belum dapat dihindarkan. Selain itu, peran dan komunikasi dalam tim multidisiplin pun tidak berjalan optimal karena hanya terpaku pada dokter penanggung jawab. Selain itu, standarisasi *outcome* yang sudah ditetapkan pun tidak sesuai lamanya hari rawat, sehingga tidak akan tercapai *effective cost* dalam perawatan (Yasman, 2012).

Penelitian McNaughton *et al* (2003) memperlihatkan bahwa Clinical pathway lebih merupakan pengingat (*reminder*) dan perangkat evaluasi untuk kemajuan pasien. *Clinical pathway* bukan merupakan tirani bukti ilmiah dan tidak mengancam kebebasan klinik. Penyimpangan atau variasi dari *clinical pathway* masih sangat dimungkinkan sesuai dengan perkembangan

kondisi pasien. Sebuah kritik tajam yang sering dialamatkan pada penerapan clinical pathway adalah ancaman terhadap otonomi dokter (Pearson SD, Fisher DG, Lee TH, 1995). Proses yang sangat terstandar seringkali dianggap sebagai bentuk pengekangan otonomi medis. Sebagai bentuk aplikasi dari sebuah standar pelayanan medik, sebuah pathway seringkali tidak dapat menjadi strategi yang selalu sama untuk semua pasien (Timmermans S & Mauck A, 2005).

Pathway seringkali dianggap sebagai bentuk “resep masalan”, yang apabila diikuti akan memperoleh luaran yang diharapkan. Hal ini tentu saja tidaklah benar, pathway memiliki fleksibilitas untuk berubah sesuai dengan kondisi pasien. Variasi dalam pathway tentu saja harus pula sesuai dengan standar pelayanan medik yang telah disepakati bersama (Timmermans S & Mauck A, 2005).

Seperti dijelaskan di atas bahwa *clinical pathway* format yang menggabungkan multidipisiplin dalam satu tim maka dalam penilaian ICPAT dimensi satu pun bagian mutu menyebutkan bahwa *clinical pathway* menggambarkan siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Untuk *clinical pathway* krisis hipertensi yang diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Bantul sudah menggambarkan pihak yang berkontribusi dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal tersebut didukung oleh pernyataan yang diberikan oleh responden 3 yaitu

“...*semua ya, semua perawat, semua dokter, petugas lab, lalu ada bidan terapi, ada gizi, ada farmasi....*”

Hal tersebut juga semakin diperkuat oleh pernyataan responden 5 yang menyatakan bahwa

“...*semua, ada dokter, perawat, apoteker, fisioterapi*”

untuk kasus-kasus tertentu, terus gizi, dokter spesialis....”

Dengan adanya *clinical pathway* mampu menilai hubungan antara berbagai tahap kegiatan dalam *clinical pathway*, sehingga dapat dilakukan koordinasi antar multidisiplin yang terlibat berdasarkan pedoman pelayanan pasien oleh seluruh pegawai rumah sakit (Pertiwi, 2014). Kolaborasi multidisiplin dalam *clinical pathway* krisis hipertensi ini melibatkan dokter spesialis penyakit dalam, perawat, ahli gizi, dan apoteker. Pasien yang sudah terdiagnosis krisis hipertensi maka mereka akan bekerja sama dalam memberikan pelayanan kepada pasien, misalnya ada pasien krisis hipertensi maka dokter spesialis penyakit dalam sebagai dokter penanggung jawab akan berkoordinasi dengan perawat untuk memberikan perawatan, apoteker untuk memberikan obat yang sesuai, dan setiap pagi

bagian gizi datang ke bangsal untuk memantau keadaan gizi pasien tersebut.

d. Dimensi 6 (Menilai Peran Organisasi)

Penilaian dimensi 6 yaitu menilai peran organisasi melalui lembar ICPAT memberikan hasil bahwa persentase jawaban ya pada konten adalah 100% dan mutu sebanyak 91,67%. Hal tersebut menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan *clinical pathway* terkait peran organisasi baik bagian konten maupun mutu sudah termasuk dalam kriteria baik. Bagian mutu yang belum terpenuhi terkait dengan belum ada alokasi waktu yang cukup untuk mengembangkan *clinical pathway*. Hal tersebut didukung oleh pernyataan yang diberikan oleh responden 1 yaitu

“...karena kesibukan masing-masing petugas itu ya kan akhirnya kan rekomendasi-rekomendasi dari hasil evaluasi itu kan juga tidak bisa untuk ditindaklanjuti seperti itu jadi waktunya itu tidak bisa apa ya namanya artinya tidak bisa segera diperbaiki...”

Peran organisasi atau fasilitator merupakan salah satu kunci sukses implementasi *clinical pathway*. Fasilitator harus mampu menjalankan peran meningkatkan kesadaran seluruh *stakeholder*, menyiapkan pelatihan pendahuluan, *ongoing education* dan dukungan yang dibutuhkan, bertindak sebagai penghubung antar seluruh kelompok profesional yang terlibat, *set up* dan mengelola proyek *clinical pathway* tertentu, menghadiri dan memfasilitasi pengembangan *clinical pathway* dan pertemuan-pertemuan, menyiapkan dokumen *clinical pathway*, dan menyiapkan evaluasi, timbal balik dan *review*. Dari sekian banyak tugas seorang fasilitator, tugas kuncinya adalah *awareness session* guna mengoptimalkan keterlibatan staf. Staf akan memiliki kesadaran dan komitmen apabila merasa dilibatkan dan memiliki peran penting serta merasa memiliki. Semakin kuat rasa memiliki para *stakeholder* akan semakin optimal

implementasi *clinical pathway* (Midleton & Roberts, 2000).

5. Proses

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

Untuk dimensi 2 yaitu proses dokumentasi *clinical pathway* diketahui persentase jawaban ya pada bagian konten adalah 43,48% dan jawaban ya untuk bagian mutu sebesar 75%. Pada bagian konten yang belum terpenuhi adalah belum ada penjelasan mengenai keadaan dimana pasien tidak dapat menggunakan *clinical pathway* (kriteria eksklusi), mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien sebenarnya masuk dalam *clinical pathway* lain, nomor halaman di setiap halaman, jumlah total halaman di setiap halaman, tanggal rencana *review*, singkatan tidak dijelaskan dalam dokumen *clinical pathway*, tidak ada ruang untuk menuliskan nama pasien di setiap halaman, peringatan pentingnya variasi, sistem pencatatan variasi atau perkecualian tidak memuat data

antaranya jam dan tindakan yang diambil. Hal tersebut diatas sesuai dengan hasil pengamatan langsung pada lembar *clinical pathway* krisis hipertensi 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. Sama halnya dengan bagian mutu yang belum terpenuhi yaitu mengenai partisipasi pasien dalam *clinical pathway*. Hal ini sesuai dengan pernyataan responden 2 yang mengatakan bahwa

“Oh nggak, itu kan internal rumah sakit kalau pasien kan berhak untuk tahu resiko medis secara teknis....”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa pasien belum memiliki akses terhadap *clinical pathway* mereka. Hal tersebut karena *clinical pathway* merupakan bagian dari rekam medis. Sebagaimana dalam Permenkes No. 269 tahun 2008 dijelaskan bahwa, “informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat

penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan”. Secara kepemilikan, dokumen yang berisi rekam medik merupakan milik dokter atau sarana pelayanan kesehatan yang menangani pasien. Dokumen tersebut harus disimpan dan dijaga kerahasiannya oleh dokter atau penyedia sarana layanan kesehatan (Permenkes, 2008).

Adapun mengenai isi rekam medis diatur lebih khusus dalam Pasal 12 ayat (2) dan ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis . Pasal ini mengatakan bahwa isi rekam medis merupakan milik pasien yang dibuat dalam bentuk ringkasan rekam medis. Lebih lanjut, dalam Pasal 12 ayat (4) Permenkes 269/2008 dijelaskan bahwa ringkasan rekam medis

dapat diberikan, dicatat, atau di-*copy* oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Namun menurut Yasman (2012), keuntungan lain yang diperoleh dari *clinical pathway* adalah mampu meningkatkan kewenangan pasien. Jika di negara-negara maju, di samping *clinical pathway* disusun untuk manajemen rumah sakit juga dapat menyusun untuk pasien. Sehingga pasien memiliki pegangan, seperti jadwal. Jadi pasien mengerti hal-hal yang akan dikerjakan dokter, perawat maupun tenaga medis lainnya pada hari pertama, kedua dan hari-hari selanjutnya. Jadi dengan dimilikinya lembar Clinical Pathway oleh pasien, pasien itu dapat mengetahui waktu dokternya akan datang, waktu dan jenis obat diberikan dan lain sebagainya. Dengan keterlibatan pasien seperti disebutkan sebelumnya, maka pasien bisa memiliki kewenangan atau menanyakan : "Kenapa

saya belum dikunjungi oleh dokter?" artinya kewenangan pasien lebih tinggi.

Selain itu, Midleton dan Roberts (2000) menyatakan bahwa upaya yang dapat dilakukan guna meningkatkan akses pasien dalam perawatannya yaitu menggunakan *tools patient pathway*. Dengan menggunakan alat ini, pasien memperoleh "*diary of event*" yang membantu pasien dalam bertukar informasi tentang perawatannya dari hari ke hari dengan tenaga medis maupun non medis. Sehingga pasien dapat memastikan tidak adanya kesalahpahaman antara penerima dan pemberi layanan kesehatan. Selain itu, dapat juga membantu pasien dalam memahami dan memantau hal-hal yang sedang dan akan terjadi pada dirinya baik waktu, tempat dan pelaku yang memberikan perawatan. Sehingga pada akhirnya alat ini juga dapat membantu dalam mengetahui tingkat kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Alat ini memiliki format yang tidak jauh berbeda dengan *clinical pathway* sebagaimana yang dikemukakan oleh Middleton dan Robert (2000) bahwa *patient pathway* sebaiknya terdiri dari definisi dan kegunaan *patient pathway* secara singkat, panduan tentang penggunaan *patient pathway*, detail pemeliharaan *patient pathway*, informasi tentang kondisi pasien dan terapi yang akan diperoleh dari hari ke hari, informasi tentang variasi yang mungkin akan terjadi.

Konsep *patient pathway* belum banyak diterapkan di rumah sakit di Indonesia. Rumah sakit umumnya masih berkonsentrasi pada bagaimana agar *clinical pathway* diimplementasikan secara optimal. Meskipun demikian, kedua alat ini sesungguhnya dapat digunakan secara beriringan. Penggunaan *patient pathway* dengan sendirinya dapat mengawali implementasi *clinical pathway* (Arini, 2015).

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

Pada dimensi ini diketahui bahwa persentase jawaban ya pada bagian konten sebesar 53,85% dan jawaban ya pada bagian mutu mencapai 85,71%. Pencapaian bagian konten dan mutu yang berbeda. Bagian konten menunjukkan hasil masih *moderate* sedangkan bagian mutu sudah masuk dalam kategori baik. Pada bagian konten aspek yang belum terpenuhi yaitu perwakilan pasien yang ikut *me-review clinical pathway*. Sedangkan pada bagian mutu aspek yang belum terpenuhi yaitu, keterlibatan pasien dalam pengembangan *clinical pathway*, hasil uji coba didiskusikan dengan pasien, keterlibatan semua staf dan pasien dalam mengisi, mengembangkan, dan mengevaluasi *clinical pathway* saat uji coba. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden 6 bahwa

“...masih terpokok di kita perawat sama tim CP, tim CP nya.”

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa belum semua perwakilan pelaksana *clinical*

pathway terlibat dalam proses pengembangan. Hal tersebut disebabkan oleh *clinical pathway* krisis hipertensi yang ada di RS PKU Muhammadiyah Bantul tidak memberikan transparansi pada pasien seperti pasien tidak memiliki akses pada *clinical pathway* mereka, pasien tidak mengisi beberapa bagian dari *clinical pathway*, tidak ada perwakilan pasien yang turut mereview *clinical pathway*, pasien tidak dilibatkan dalam pengembangan *clinical pathway*, pendapat pasien tidak dikumpulkan saat uji coba, dan hasil uji coba tidak didiskusikan dengan pasien. Pengembangan *clinical pathway* yang terpenting yaitu transparansi terhadap pasien (Chawla *et al*, 2016). Seharusnya pasien dilibatkan dalam *clinical pathway* seperti isi dari ICPAT dimensi 2 (dokumentasi *clinical pathway*) dan dimensi 3 (pengembangan *clinical pathway*). Pengembangan *clinical pathway* menurut Davis (2005) dalam tahap *review* harus difokuskan pada penyelesaian *clinical pathway*, jenis variasi yang

dicatat, dan kepuasan staf. Cara indikasi dan perencanaan pengembangan prosedur terkait, *clinical pathway* membantu dokter, perawat, dan terapis sebagai alat untuk sosialisasi dan evaluasi proses pengobatan (Roymeke & Stummer, 2012). Upaya pengembangan *clinical pathway* kiris hipertensi yang sudah dilakukan oleh RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah menetapkan literatur yang sesuai dengan isi *clinical pathway* dan adanya *review* isi *clinical pathway*. Proses pengembangan ini cukup optimal karena *clinical pathway* di-*review* tiap tiga bulan.

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

Dimensi proses implementasi *clinical pathway* memberikan hasil jawaban ya pada bagian konten sebesar 40% dan jawaban tidak pada mutu sebesar 100%. Kedua bagian tersebut masuk dalam kriteria kurang. Pada bagian konten, aspek yang belum terpenuhi yaitu belum ada bukti bahwa RS pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko

yang dapat terjadi karena penggunaan *clinical pathway* sebelum digunakan, belum ada program pelatihan penggunaan *clinical pathway* untuk para staf dan belum ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan pelatihan penggunaan *clinical pathway*. Hal ini didukung dengan pernyataan responden 5 bahwa

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

Berdasarkan pernyataan tersebut diketahui bahwa belum terdapat program pelatihan penggunaan *clinical pathway* maupun alokasi sumber daya untuk melaksanakan *training* penggunaan *clinical pathway*.

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

Dimensi ini menunjukkan persentase jawaban ya pada konten sebesar 50% dan jawaban ya pada mutu sebesar 61.54%. Kedua baian tersebut yaitu konten dan mutu masuk dalam kategori *moderate*. Aspek yang belum terpenuhi pada bagian konten yaitu, pelatihan

bagi para staf saat ada perubahan isi atau format dari *clinical pathway* dan pelatihan secara rutin penggunaan *clinical pathway* untuk para staf baru yang terlibat. Hasil tersebut didukung responden 5 yang menyatakan bahwa,

“...sosialisasinya kalo pas rapat CP, tim CP itu kan ga cuma dokter sama perawat saja. Disitu ada apoteker, terus gizi kita juga pernah undang fisioterapi. Mungkin sosialisasinya baru itu sih, kalo yang membuat seminar khusus itu baru akan direncanakan tahun depan, akhir tahun 2017. Sosialisasi secara khusus seminar gitu baru tahun depan, kalau sementara sih sekarang baru sedikit baru perwakilan saja perbagian untuk sosialisasi masalah CPnya...”

Hal tersebut semakin diperkuat dengan pernyataan yang diberikan oleh responden 6 yaitu

“...belum semua ya, belum semua. Untuk sosialisasi khusus gitu belum pernah ya...”

Berdasarkan hal tersebut diketahui saat ini belum terdapat sosialisasi atau bahkan program pelatihan penggunaan *clinical pathway*. Sedangkan

pada bagian mutu aspek yang belum terpenuhi yaitu, isi dan dokumentasi *clinical pathway* secara rutin sudah di-*review*. Selain itu, bukti masukkan pasien merubah praktek, pasien terlibat me-*review* isi *clinical pathway*. Hal ini berdasarkan observasi lembar *clinical pathway* di mana belum disertakan secara detail variasi atau perkecualian yang timbul misalnya dari jam dan tindakan yang diambil. Evaluasi pengawasan dalam pelaksanaan *clinical pathway* dilakukan secara berkala dan berkelanjutan. Seperti hasil penelitian dari Roymeke dan Stummer (2012) bahwa untuk manajemen bisnis dari rumah sakit, *clinical pathway* menyajikan instrument manajemen strategis yang juga berfungsi sebagai instrument untuk terus-menerus pengendalian biaya, dan dapat berkontribusi untuk transparansi dalam penyediaan layanan.

e. Kendala

Untuk mendukung pelaksanaan *clinical pathway* maka pihak rumah sakit membentuk tim

clinical pathway yang terdiri dari profesi dokter, perawat, farmasi, laboratorium dan bagian keuangan guna membantu dalam pembuatan *clinical pathway*. Dibentuknya *clinical pathway* suatu penyakit berdasarkan pada hasil evaluasi kasus 10 terbanyak, kasus biaya terbanyak dan kasus dengan variasi terbanyak di RS PKU Muhammadiyah Bantul yang sudah disepakati bersama oleh tim. *Clinical pathway* akan dievaluasi setiap 3 bulan ataupun sesuai kebutuhan oleh tim. Dari evaluasi pelaksanaan dan formulir *clinical pathway* tersebut, apabila diperlukan revisi pada *item* dalam formulir *clinical pathway* maka akan dibentuk *draft* baru.

Berdasarkan wawancara diketahui bahwa tingkat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* masih kurang. Berikut adalah tabel koding terkait kendala yang ada dalam implementasi *clinical pathway*.

Tabel 4.5 Kendala dalam Implementasi *Clinical Pathway*

Pertanyaan	<i>Open Coding</i>	<i>Axial Coding</i>	Subtema	Tema
Bagaimana kendala pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i>	<p>Responden 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesibukan masing-masing tugas - Rekomendasi hasil evaluasi tidak bisa ditindaklanjuti - Masih menganggap sebagai persyaratan akreditasi atau administratif - Orientasi belum benar-benar ke pasien <p>Responden 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sisi pembuatan - Lupa memasukkan ke dalam rekam medis - Diagnosis awal masuk dan akhir yang berbeda - Evaluasi tidak bisa maksimal <p>Responden 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada - Masih terpaku dengan dokter 	<p>Kendala pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisi pembuatan 2. Lupa memasukka n ke dalam rekam medis 3. Belum terbiasa 4. Masih mengangga p syarat administrasi 5. Dokter sibuk 6. Kurang jalannya saling mengingatk an 7. Diagnosis awal masuk dan diagnosis akhir yang berbeda 8. Evaluasi tidak bisa maksimal 	<p>Kepatuhan dalam pelaksanaan CP masih kurang yang disebabkan oleh para staf hanya menganggapnya sebagai syarat administratif, dokter sibuk, belum terbiasa, lupa memasukkan ke dalam rekam medis yang mana masih kurangnya dalam hal saling mengingatkan antar staf sehingga pemeriksaan kelengkapan formulir <i>clinical pathway</i> belum maksimal, berbedanya diagnosis awal masuk dengan diagnosis akhir serta evaluasi yang dilakukan pun tidak bisa maksimal.</p>	<p>Masih terdapat beberapa kendala yang harus dihadapi para staf dalam pelaksanaan <i>clinical pathway</i>.</p>

-
- Tidak bisa focus dengan CP
 - Belum patuh mengisi

Responden 4 :

- Tidak ada

Responden 5 :

- Banyak resistensi
- Dokter spesialis sangat sulit diajak rapat CP

Responden 6 :

- Belum berjalan pengingat mengingatkan
 - Evaluasi agak sulit
-

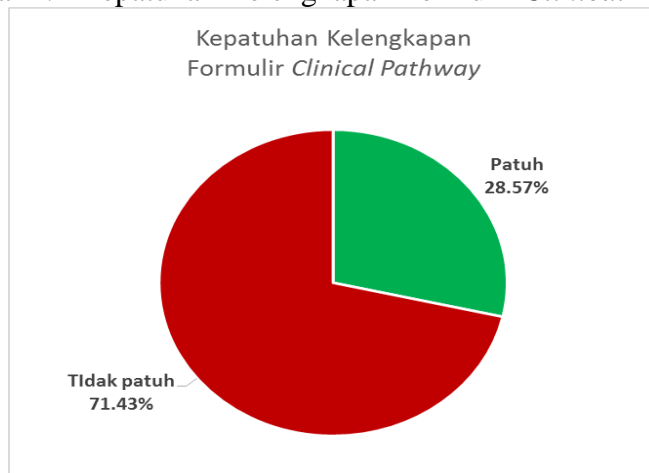
Clinical pathway merupakan hal yang masih baru berlaku di RS PKU Muhammadiyah Bantul sehingga masih sulit mengubah kebiasaan yang sebelumnya tidak menggunakan formulir *clinical pathway*. Selain itu, para staf atau karyawan masih menganggap *clinical pathway* hanya merupakan syarat administratif dan lupa untuk memasukkan lembar

formulir *clinical pathway* ke dalam rekam medis serta dokter yang sibuk akibatnya *clinical pathway* tidak terisi. Selain itu, juga diketahui bahwa belum optimalnya saling mengingatkan antar tenaga medis. Dari segi evaluasi yang dilakukan pun memiliki kendala yaitu proses maupun hasil evaluasi yang belum optimal.

6. Output

a. Kepatuhan Kelengkapan Formulir *Clinical Pathway*

Gambar 4.2 Kepatuhan Kelengkapan Formulir *Clinical Pathway*



Berdasarkan observasi rekam medis diketahui bahwa distribusi kepatuhan dalam melampirkan formulir *clinical pathway* kasus krisis hipertensi, hanya terdapat 10 rekam medis dari 35 rekam medis yang diobservasi melampirkan formulir *clinical pathway* krisis hipertensi. Hasil tersebut didukung oleh responden 2 yang menyatakan bahwa

“...nah kalau di IGD mungkin sudah mulai jalan, nah susah kalau di bangsal kalau di poliklinik belum dikasih...”

Hal tersebut juga semakin diperkuat oleh pernyataan yang diberikan oleh responden 3 yang menyatakan bahwa

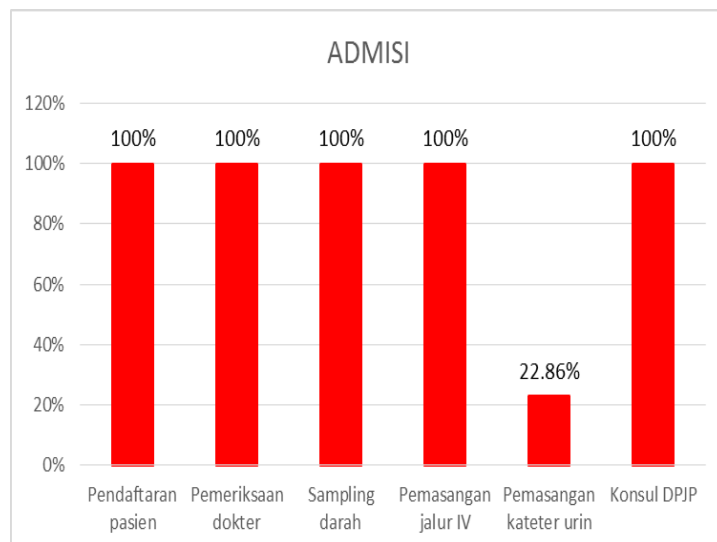
“...kalau dari IGD tidak dimasukkan jadi ya biasanya belum...”

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

b. Kepatuhan Pelaksanaan Isi *Clinical Pathway*

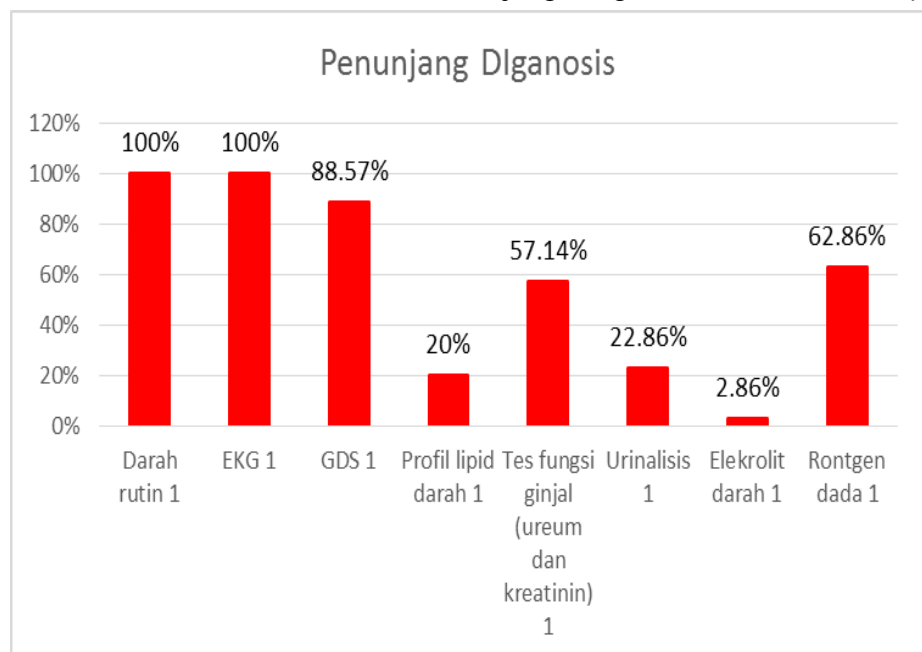
Untuk mengetahui tingkat kepatuhan pelaksanaan setiap *item* yang terdapat pada formulir *clinical pathway*, maka penulis menyajikan tabel audit medik *clinical pathway* krisis hipertensi. Hasil ini didapatkan dari melihat *check list* yang ada dalam formulir, namun jika formulir tidak ada dalam rekam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

Gambar 4.3 Hasil Audit Medik *Item* Admisi *Clinical Pathway*



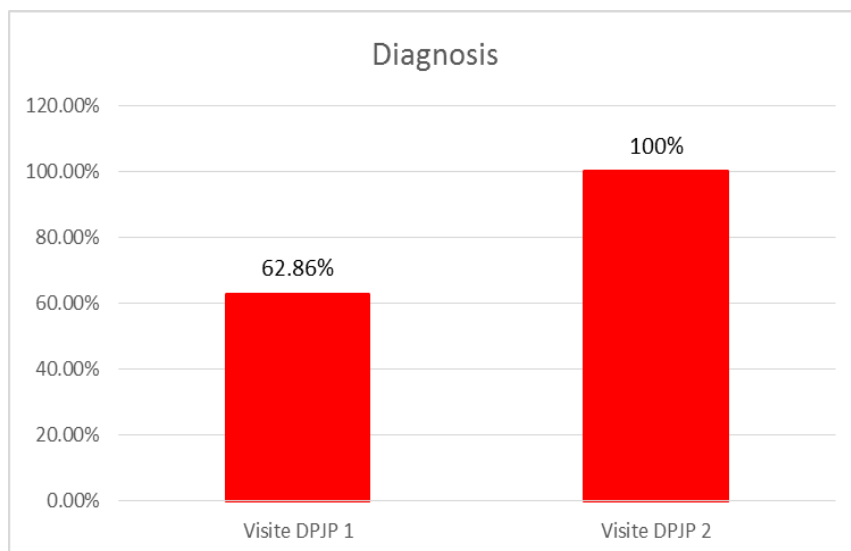
Dari gambar di atas menunjukkan bahwa untuk *item* admisi pada *clinical pathway* sebagian besar telah dilakukan hingga 100% pada kelima hal mulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan dokter, sampling darah, pemasangan jalur IV dan konsul DPJP. Namun sebaliknya, untuk pemasangan kateter belum patuh untuk dilaksanakan yaitu terbukti hanya sekitar 22,85% yang dilaksanakan.

Gambar 4.4 Hasil Audit Medik *Item* Penunjang Diagnosis *Clinical Pathway*



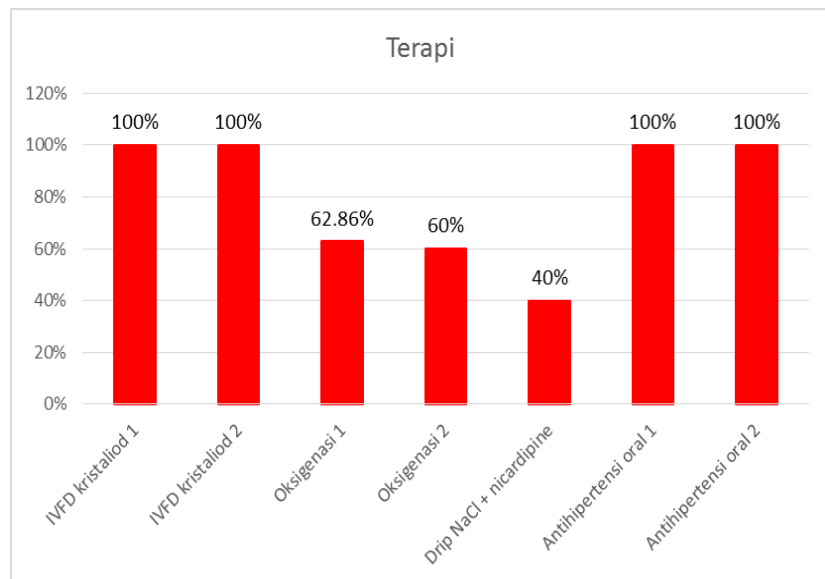
Diketahui dari gambar di atas, semua hal pada *item* penunjang diagnosis belum dilaksanakan sepenuhnya. Yang belum dilaksanakan secara optimal yaitu untuk melakukan pemeriksaan profil lipid darah, tes fungsi ginjal, urinalisis, elektrolit darah dan rontgen dada. Sedangkan untuk darah rutin dan EKG telah dipatuhi untuk dilaksanakan hingga 100%.

Gambar 4.5 Hasil Audit Medik *Item* Diagnosis *Clinical Pathway*



Pada *item* diagnosis menunjukkan bahwa dokter melakukan *visite* pasien pada hari pertama dan kedua. Dimana gambar di atas menunjukkan bahwa dokter melakukan *visite* pasien pada hari pertama hanya sekitar 62,86% dan untuk hari kedua sudah semua dokter melakukannya.

Gambar 4.6 Hasil Audit Medik *Item* Terapi *Clinical Pathway*



Berdasarkan gambar di atas diketahui bahwa untuk melakukan terapi oksigen hari pertama dan kedua serta melakukan drip NaCL tambah *Nicardipine*

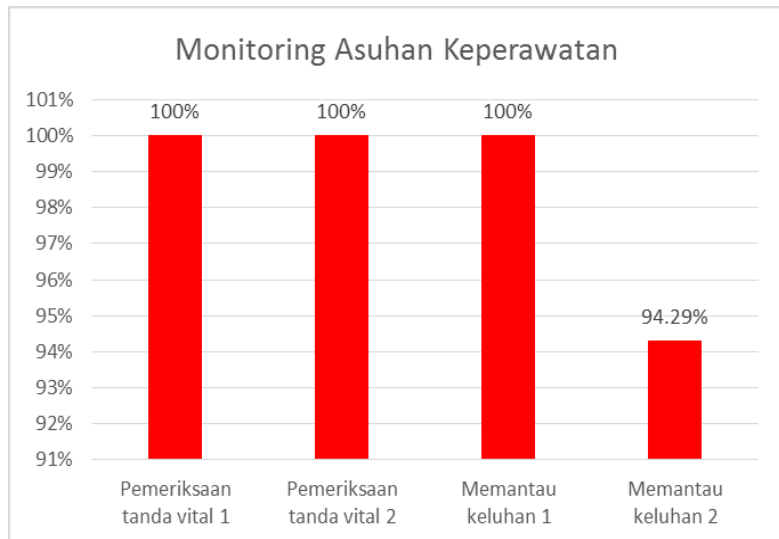
sebagaimana yang tertulis di *clinical pathway* belum optimal untuk dipatuhi pelaksanaannya. Hal tersebut patut menjadi perhatian karena diketahui bahwa krisis hipertensi merupakan situasi darurat dan mendesak yang membutuhkan manajemen yang cepat untuk mencegah kerusakan organ. Sehingga dibutuhkan pula obat antihipertensi yang mendukung untuk situasi tersebut yang juga harus cepat dalam aksi obat dan dapat diberikan secara parenteral. Nifedipine merupakan satu-satunya obat antihipertensi golongan *Calcium Channel Antagonist* yang direkomendasi oleh JNC 7, AHA 2007 dan CHEST 2007 digunakan untuk terapi krisis hipertensi. Hal tersebut disebabkan *nifedipine* yang memiliki agen anti iskemik yang membantu dalam meningkatkan suplai oksigen ke otot jantung, otak dan ginjal (Rasyid, 2016). Maka terapi yang telah ditetapkan dan tertera di *clinical pathway* pun telah sesuai dengan referensi. Hal tersebut sesuai

dengan pernyataan yang diberikan oleh responden 6
yaitu

“Sudah berdasarkan referensi.”

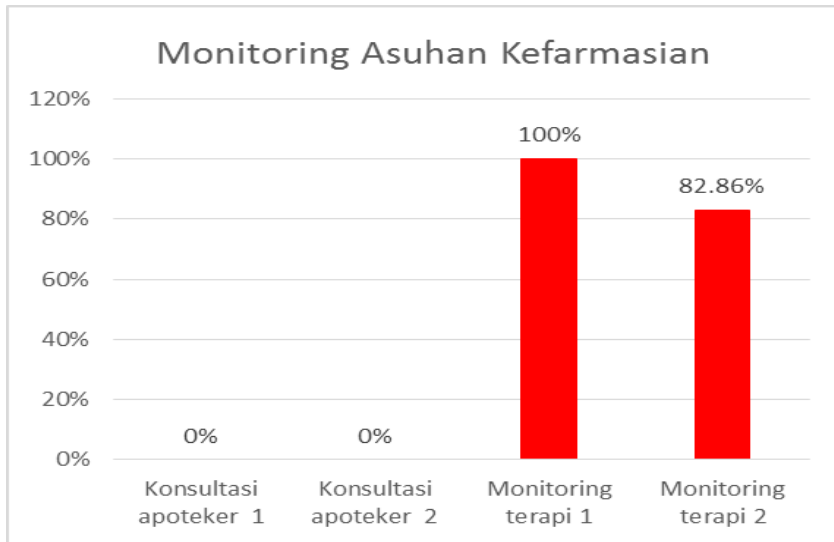
Dengan demikian, apabila penerapannya sesuai dengan yang tertera di *clinical pathway* secara optimal maka akan memberikan keuntungan yang optimal pula. Keuntungannya adalah dapat menurunkan angka komplikasi yang diderita pasien, *clinical pathway* dapat mencegah komplikasi kepada pasien yang mendapat terapi bedah, yakni mencegah 1 pasien yang terkena komplikasi dari 17 pasien yang mendapat terapi bedah pada pelayanan yang biasa digunakan oleh dokter (Rotter *et al*, 2012). Selain keuntungan itu, apakah *clinical pathway* berakibat pada menurunkan biaya rumah sakit? Menurut penelitian, tidak semua *clinical pathway* menurunkan biaya rumah sakit, namun dengan *clinical pathway* dapat mencegah terjadinya komplikasi pada pasien tanpa meningkatkan biaya yang dikeluarkan (Panella *et al*, 2003).

Gambar 4.7 Hasil Audit Medik *Item* Monitoring Asuhan Keperawatan *Clinical Pathway*



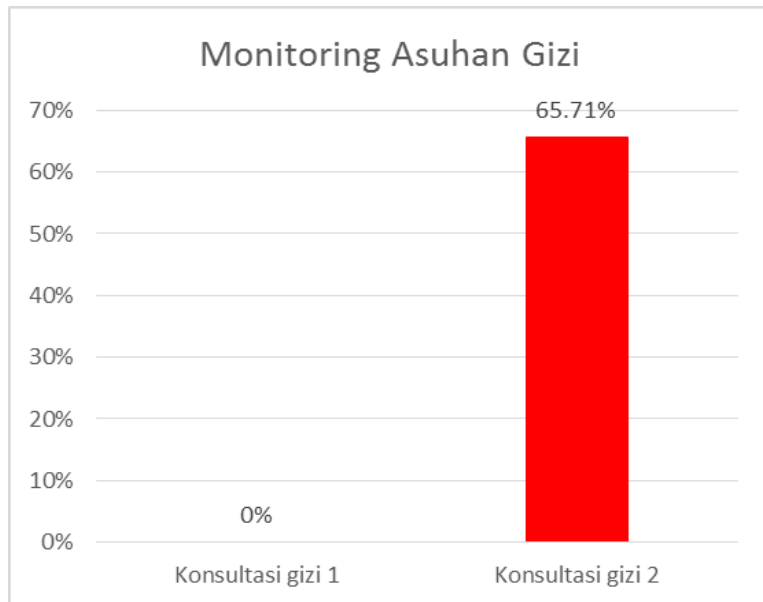
Dari gambar di atas menunjukkan bahwa monitoring yang dilakukan oleh keperawatan sudah cukup baik yaitu dari 4 unsur monitoring asuhan keperawatan, 3 unsur yaitu pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan tanda vital 2 dan memantau keluhan 1 mencapai angka 100% yang artinya telah dilakukan pada setiap pasien. Sedangkan untuk unsur 5 yaitu memantau keluhan 2 hanya memperoleh angka 94,29% yang menunjukkan bahwa hal tersebut belum dapat dilakukan pada semua pasien.

Gambar 4.8 Hasil Audit Medik *Item* Monitoring Asuhan Kefarmasian *Clinical Pathway*



Hasil audit medic *item* monitoring asuhan kefarmasian menunjukkan bahwa pihak kefarmasian hanya melakukan monitoring terapi hari pertama dan kedua yang terlihat dari hasil yang diperoleh yaitu hingga 100%. Berbeda halnya dengan unsur lainnya yaitu konsultasi apoteker hari pertama dan kedua yang memperoleh nilai 0% yang artinya tidak pernah dilakukan konsultasi apoteker baik hari maupun hari kedua.

Gambar 4.9 Hasil Audit Medik *Item* Monitoring Asuhan Gizi *Clinical Pathway*



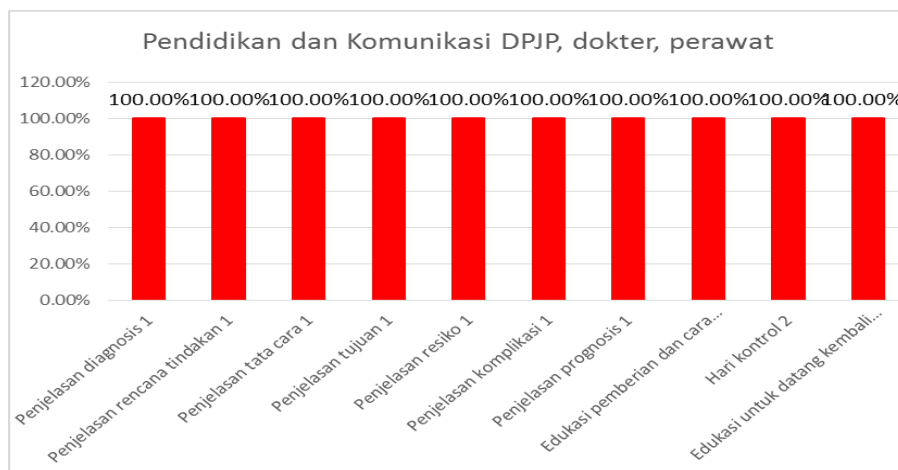
Dari gambar diatas menunjukkan monitoring yang dilakukan oleh ahli gizi belum optimal. Hasil tersebut terlihat dari hasil yang diperoleh pada unsur konsultasi gizi 1 yaitu 0% artinya bahwa tidak ada ahli gizi yang melakukan monitoring pada pasien pada hari pertama. Berbeda halnya dengan hasil yang ditunjukkan ada konsultasi hari kedua yang menunjukkan hasil hingga 100%.

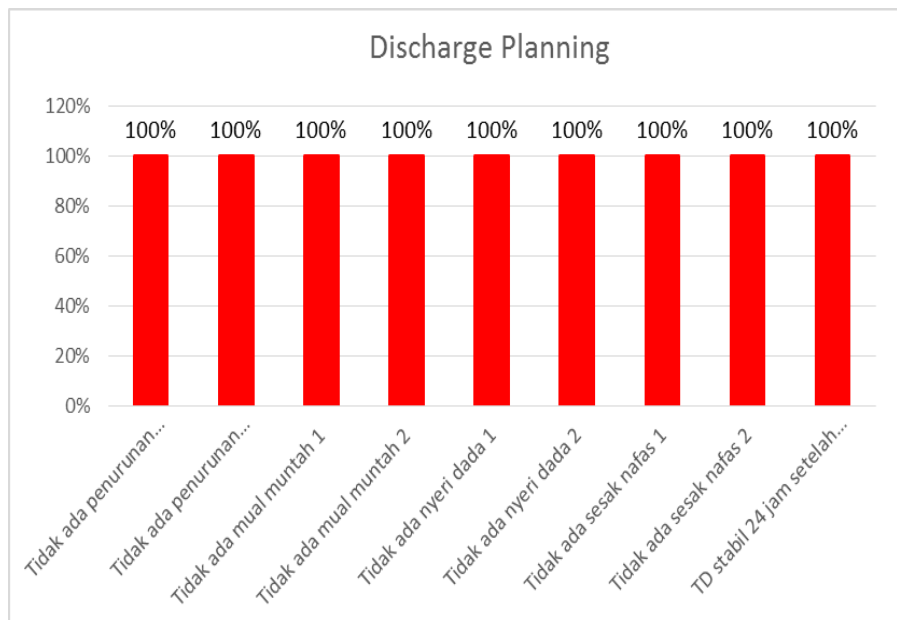
Gambar 4.10 Hasil Audit Medik *Item* Pendidikan dan Komunikasi DPJP, Dokter dan Perawat *Clinical Pathway*



Persiapan pasien pulang yaitu melakukan aff infus telah patuh dilaksanakan terbukti hasil observasi pada rekam medis hingga 100% yang menunjukkan bahwa semua pasien telah dilakukan persiapan pulang.

Gambar 4.11 Hasil Audit Medik *Item* Pendidikan dan Komunikasi DPJP, Dokter dan Perawat *Clinical Pathway*



Gambar 4.12 Hasil Audit Medik *Item* Prosedur Administrasi *Clinical Pathway*Gambar 4.13 Hasil Audit Medik *Item* *Discharge Planning Clinical Pathway*

Tiga gambar di atas untuk *item* pendidikan dan komunikasi DPJP, dokter dan perawat, *item discharge planning* dan *item* prosedur administrasi yang tercantum di lembar *clinical pathway* menunjukkan hasil yang optimal. Semua hal yang harus dilakukan pada setiap *item* menunjukkan angka hingga 100% yang artinya semua hal telah dilaksanakan.

Untuk melihat secara keseluruhan, maka peneliti kemudian mengambil rata-rata dari semua unsur atau hal di atas. sehingga persentase yang diperoleh untuk tingkat kepatuhan pelaksanaan isi *clinical pathway* yaitu mencapai 71,93%

c. Kelengkapan Isi *Clinical Pathway*

Berdasarkan hasil observasi rekam medis terhadap isi *clinical pathway* diatas didapatkan tingkat kelengkapan isi lembar *clinical pathway* 0% yang mana dari semua lembar *clinical pathway* yang diobservasi, tidak satupun diisi secara lengkap.

Sebagaimana yang ditunjukkan dalam gambar di bawah ini

Gambar 4.14 Kelengkapan Isi *Clinical Pathway*



Selanjutnya peneliti melakukan konfirmasi hasil observasi terkait data yang tidak ada kepada responden dengan wawancara. Responden 6 menyatakan

“...tidak semua yang dikerjakan dokter atau apa yang diinstruksikan tertulis di situ.... Jadi itu sebenarnya instruksi ya sesuai dengan nah itu biasanya gk ditulis secara lengkap di rekam medis...”

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*.

B. Pembahasan

1. *Input*

Untuk menilai *input*, maka penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang dapat digunakan adalah dimensi 1 dan dimensi 6. Penilaian pada dimensi pertama berfungsi untuk mengetahui apakah suatu formulir yang dinilai adalah benar sebuah *clinical pathway*. Hasil yang ditunjukkan yaitu untuk bagian konten sebesar 80% dan bagian mutu sebesar 100%. Berdasarkan literature *Whittle et al* “*assessing the content and quality of pathways*” (2008) memberikan klasifikasi penilaian suatu formulir *clinical pathway*, apabila didapatkan hasil <50% masuk dalam kategori kurang, hasil 50-75% dikatakan hasil penilaiannya *moderate* dan >75% termasuk dalam kategori baik. Maka untuk dimensi pertama baik bagian konten maupun mutu sudah masuk dalam kategori baik. Formulir *clinical pathway* digunakan untuk membuat

kerangka kerja dalam proses perawatan (Qi Cui *et al*, 2014).

Format *clinical pathway* yang standar minimum terdiri dari identitas pasien, *assessment*, intervensi atau pelayanan, *outcome*, variasi, dan hari rawat. *Clinical pathway* juga harus memuat beberapa hal tambahan yang meliputi nomor halaman dan jumlah total halaman, paraf atau tanda tangan setiap pengisi, tanggal berlaku dan tanggal revisi. Format tersebut disesuaikan dengan *setting* masing-masing pelayanan kesehatan, khususnya ketersediaan dan kapasitas sumber daya manusia yang ada, budaya, teknologi, serta berbagai bentuk sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit (Midleton & Roberts, 2000; Djasri, 2014).

Sehingga perlu dibuat format *clinical pathway* yang baik sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan medis (Qi Cui *et al*, 2014). Selain itu, dengan format *clinical pathway* yang baik mampu meningkatkan kualitas pelayanan yang

diberikan (Currie, 2000; Bayliss *et al*, 2000; Olsson, 2009), meningkatkan efisiensi kerja, keselamatan medis, dan mengurangi biaya rumah sakit (Wang *et al*, 2016)

Selanjutnya untuk dimensi keenam yaitu dimensi peran organisasi, didapatkan hasil penilaian bagian konten sebesar 100% dan bagian mutu sebesar 83,33%. Dengan demikian, baik bagian konten maupun mutu sudah masuk dalam kategori baik yang menunjukkan bahwa dalam membantu implementasi *clinical pathway* organisasi telah menunjukkan peran yang optimal. Dari hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa rumah sakit telah membentuk tim *clinical pathway* dalam rangka membantu mengoptimalkan implementasi *clinical pathway*. Selanjutnya juga telah dilakukan sosialisasi melalui berbagai rapat yang walaupun belum ada *training* atau pelatihan khusus untuk para staf mengenai *clinical pathway*. Ditambah dengan awal mula pelaksanaan *clinical pathway* yang merupakan salah satu syarat dari akreditasi rumah sakit. Sehingga mengakibatkan

pelaksanaan *clinical pathway* belum berjalan dengan optimal ditandai dengan formulir *clinical pathway* yang tidak terisi dengan lengkap ataupun tidak disertakan di dalam rekam medis pasien.

Peran organisasi atau fasilitator merupakan salah satu kunci sukses implementasi *clinical pathway*. Fasilitator harus mampu menjalankan peran meningkatkan kesadaran seluruh *stakeholder*, menyiapkan pelatihan pendahuluan, *ongoing education* dan dukungan yang dibutuhkan, bertindak sebagai penghubung antar seluruh kelompok profesional yang terlibat, *set up* dan mengelola proyek *clinical pathway* tertentu, menghadiri dan memfasilitasi pengembangan *clinical pathway* dan pertemuan-pertemuan, menyiapkan dokumen *clinical pathway*, dan menyiapkan evaluasi, timbal balik dan *review* ((Middleton & Roberts, 2000).

Selain dari ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*), bagian *input* juga dievaluasi dari jumlah sumber daya manusia, indikator mutu rawat inap maupun

dari peralatan yang tersedia di bangsal. Berdasarkan data yang didapat, sebagian besar peralatan yang diperlukan sudah tersedia sesuai standar yang ditentukan, meskipun ada beberapa alat yang masih kurang jumlahnya dan juga mengalami kerusakan serta alat yang belum tersedia. Hal tersebut juga didukung oleh hasil tingkat BOR (*Bed Occupancy Ratio*) dan BTO (*Bed Turn Over*) yang melebihi standar yang ditentukan. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingginya tingkat pemakaian tempat tidur pasien.

Selain itu, indikator mutu lain yang dapat dinilai yaitu LOS (*Length of Stay*) atau rata-rata lama dirawat yang menunjukkan bangsal al-kautsar maupun al-arof tidak ada yang melebihi satuan yang ditetapkan yaitu 3 sampai 6 hari. Demikian pula dengan indikator mutu TOI (*Turn Over Internal*), kedua bangsal tersebut tidak melebihi dari satuan yang ditetapkan yaitu 1-3 hari dimana tempat tidur kosong tidak terisi. Hal tersebut turut mendukung hasil beberapa penelitian yang mencoba

membuktikan efektivitas *clinical pathway* dalam memperbaiki *outcome* klinis. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa rata-rata lama rawat inap lebih pendek secara bermakna pada pasien yang tata kelolanya menggunakan *clinical pathway* dibanding pasien lain dan tata kelola pada pasien penyakit ginjal kronik bermakna meningkatkan edukasi pra dialisis (74% pada pasien yang dikelola dengan menggunakan *clinical pathway* dan 50% pada pasien yang tidak dikelola tanpa *clinical pathway*) (Johnson *et al*, 2000). Dengan demikian, manfaat dari penerapan *clinical pathway* dapat mengurangi rata-rata lama inap, mengurangi pengeluaran rawat inap, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan (Hussein, 2014; Huang *et al*, 2015).

Untuk sumber daya manusia, dokter spesialis yang tersedia sebanyak 4 dokter spesialis penyakit dalam, 15 perawat bangsal al-kautsar dan 21 perawat di bangsal al-arof. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 untuk rumah sakit tipe C

pelayanan medik spesialis dasar harus ada masing-masing minimal 2 orang dokter spesialis di setiap pelayanan. Sedangkan untuk RS PKU Muhammadiyah Bantul memiliki 4 dokter spesialis penyakit dalam yang artinya sudah melebihi dari standar yang ditetapkan. Selain dokter, tenaga keperawatan juga menjadi titik perhatian dimana untuk rumah sakit tipe C jumlah kebutuhan tenaga keperawatan dihitung dengan perbandingan dua perawat untuk tiga tempat tidur (Permenkes, 2014). Di bangsal al-arof terdapat 21 perawat dengan jumlah tempat tidur sebanyak 31 tempat tidur yang artinya perbandingan yang diperoleh pun yaitu 2 perawat untuk tiga tempat tidur dan hal tersebut telah sesuai dengan standar. Namun, lain halnya dengan al-kaustar yang memiliki 15 perawat dengan jumlah tempat tidur yaitu 20 perawat. Apabila dihitung maka diperoleh 3 berbading 4 artinya belum sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dengan demikian dibutuhkan pengelolaan tenaga medis sehingga dapat melaksanakan dan menerapkan *clinical pathway* dengan

optimal. Sumber daya yang tersedia baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam menerapkan *clinical pathway*, untuk itu perlu kemampuan mengelola dan ketersediaan potensi yang ada (Devitra, 2011). Selain itu, pelaksanaan formulir *clinical pathway* yang baik juga dapat meningkatkan efektifitas pekerjaan tenaga medis dan efisiensi penggunaan sumber daya (Li, 2014).

2. Proses

Untuk mengetahui bagian proses dalam penerapan *clinical pathway*, penilaian ICPAT (*Integrated Clinical Pathways Appraisal Tools*) yang digunakan yaitu dimensi kedua, ketiga, keempat dan kelima. Diketahui untuk dimensi kedua memperoleh hasil penilaian yaitu 43,48% untuk bagian konten dan 75% untuk bagian mutu. Hal tersebut menunjukkan bahwa bagian konten masih masuk dalam kategori kurang sedangkan untuk bagian mutu sudah masuk dalam kategori *moderate*. Dimensi kedua ini berfungsi untuk menilai proses dokumentasi

clinical pathway. Dokumentasi *clinical pathway* berfungsi untuk mencatat pencapaian dari pengobatan (Allen, Gillen, & Rixson, 2009).

Dokumentasi *clinical pathway* krisis hipertensi di RS PKU Muhammadiyah Bantul telah disepakati bahwa penyimpanan *clinical pathway* di dalam rekam medis walau pendokumentasiannya belum optimal dalam penyimpanan maupun kelengkapan data. Penyusunan *clinical pathway* bagi penyedia layanan pada tingkat proses inti, *clinical pathway* akan menyederhanakan proses pengobatan, dan mencegah atau meminimalkan risiko dengan cara terstruktur dan komprehensif prosedur diagnosis dan pengobatan (Roymeke & Stummer, 2012). Penyusunan *clinical pathway* memberikan koordinasi pelayanan bagi pengguna *clinical pathway* dan mampu meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis (Allen, Gillen, & Rixson L, 2009; Huang, 2015).

Hasil penilaian untuk dimesi ketiga yaitu diperoleh angka 53,85% untuk konten dan 85,71% untuk mutu. Dengan demikian, untuk bagian konten dalam proses pengembangan *clinical pathway* masuk dalam kategori *moderate* dan untuk bagian mutu sudah menunjukkan hasil yang baik. Dalam proses pengembangan *clinical pathway* yang dinilai pada ICPAT tidak hanya bagian yang membuat *clinical pathway*, pasien sebagian pihak yang menerima perlakuan juga ternyata harus diikutsertakan dalam pengembangan *clinical pathway*. Terbukti pada bagian konten dan mutu yang masing-masing masuk dalam kategori kurang dan *moderate* karena masih tidak adanya melibatkan pasien dalam *me-review clinical pathway*. Chawla et al (2016) mengemukakan bahwa salah satu hal yang paling penting diperhatikan dalam pengembangan suatu *clinical pathway* adalah transparansi terhadap pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien mempunyai andil dalam ikut serta mengembangkan *clinical pathway*. Selain itu,

dengan dilakukannya transparansi dengan pasien maka akan membantu mengurangi perselisihan di masa yang akan datang.

Selain itu, menurut Yasman (2012), keuntungan yang sebenarnya mampu diperoleh dari *clinical pathway* adalah mampu meningkatkan kewenangan pasien. Jika di negara-negara maju, di samping *clinical pathway* disusun untuk manajemen rumah sakit juga dapat menyusun untuk pasien. Sehingga pasien memiliki pegangan, seperti jadwal. Jadi pasien mengerti hal-hal yang akan dikerjakan dokter, perawat maupun tenaga medis lainnya pada hari pertama, kedua dan hari-hari selanjutnya. Jadi dengan dimilikinya lembar *clinical pathway* oleh pasien, pasien itu dapat mengetahui waktu dokternya akan datang, waktu dan jenis obat diberikan dan lain sebagainya. Dengan keterlibatan pasien seperti disebutkan sebelumnya, maka pasien bisa memiliki kewenangan atau menanyakan : "Kenapa saya belum dikunjungi oleh dokter?" artinya kewenangan pasien lebih tinggi.

Selain itu, Midleton dan Roberts (2000) menyatakan bahwa upaya yang dapat dilakukan guna meningkatkan akses pasien dalam perawatannya yaitu menggunakan *tools patient pathway*. Dengan menggunakan alat ini, pasien memperoleh “*diary of event*” yang membantu pasien dalam bertukar informasi tentang perawatannya dari hari ke hari dengan tenaga medis maupun non medis. Sehingga pasien dapat memastikan tidak adanya kesalahpahaman antara penerima dan pemberi layanan kesehatan. Selain itu, dapat juga membantu pasien dalam memahami dan memantau hal-hal yang sedang dan akan terjadi pada dirinya baik waktu, tempat dan pelaku yang memberikan perawatan. Sehingga pada akhirnya alat ini juga dapat membantu dalam mengetahui tingkat kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Alat ini memiliki format yang tidak jauh berbeda dengan *clinical pathway* sebagaimana yang dikemukakan oleh Midleton dan Robert (2000) bahwa *patient pathways*

sebaiknya terdiri dari definisi dan kegunaan *patient pathways* secara singkat, panduan tentang penggunaan *patient pathways*, detail pemeliharaan *patient pathways*, informasi tentang kondisi pasien dan terapi yang akan diperoleh dari hari ke hari, informasi tentang variasi yang mungkin akan terjadi.

Dimensi keempat atau dimensi proses implentasi *clinical pathway* memperoleh hasil yaitu untuk bagian konten sebesar 40% yang masuk dalam kategori kurang dan bagian mutu sebesar 0% yang hanya masuk dalam kategori kurang. Pada bagian konten, aspek yang belum terpenuhi yaitu belum adanya bukti bahwa rumah sakit pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko yang dapat terjadi karena penggunaan *clinical pathway* sebelum digunakan, belum ada program pelatihan penggunaan *clinical pathway* untuk para staf dan belum ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan training penggunaan *clinical pathway*. Hasil yang diperoleh tersebut sesuai dengan pernyataan yang

kemukakan oleh Mater (2014) yaitu hal pertama yang perlu dilakukan sebelum dapat melakukan implementasi *clinical pathway* yang baik adalah meningkatkan kualitas petugas medis dengan pengetahuan terkait *clinical pathway*.

Dimensi kelima yaitu dimensi untuk menilai proses pemeliharaan *clinical pathway* menunjukkan hasil yang masih kurang baik atau masuk dalam kategori *moderate* untuk bagian konten dengan memperoleh angka yaitu sebesar 50% dan bagian mutu yang memperoleh angka sebesar 61,54%. Aspek yang belum terpenuhi pada bagian konten yaitu, pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi atau format dari *clinical pathway* dan pelatihan secara rutin penggunaan *clinical pathway* untuk para staf baru yang terlibat. Sedangkan pada bagian mutu aspek yang belum terpenuhi yaitu, isi dan dokumentasi *clinical pathway* secara rutin sudah di-*review*. Selain itu, bukti masukkan pasien merubah praktek, pasien terlibat *me-review* isi *clinical pathway*. Hal ini berdasarkan

observasi lembar *clinical pathway* di mana belum disertakan secara detail variasi atau perkecualian yang timbul misalnya dari jam dan tindakan yang diambil. Keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer yang mana keterlibatan seluruh pihak yang terkait sangat dibutuhkan guna memastikan tujuannya telah tercapai pada setiap tahap pemeliharannya (Evans *et al*, 2010). Di dalam tahap pemeliharaan terkadang terdapat kelemahan karena masih kurangnya perhatian akan keterlibatan pasien, kurang baiknya pelaksanaan *review* dan audit serta masih kurangnya perhatian pada perlindungan data (Whittle *et al*, 2008).

Evaluasi pengawasan dalam pelaksanaan *clinical pathway* dilakukan secara berkala dan berkelanjutan. Seperti hasil penelitian dari Roymeke dan Stummer (2012) bahwa untuk manajemen bisnis dari rumah sakit, *clinical pathway* menyajikan instrument manajemen strategis yang juga berfungsi sebagai instrument untuk

terus-menerus pengendalian biaya, dan dapat berkontribusi untuk transparansi dalam penyediaan layanan.

3. *Output*

Untuk menilai output dari pelaksanaan *clinical pathway*, maka peneliti melakukan observasi atau pengamatan langsung pada rekam medis pasien yang memiliki diagnosis krisis hipertensi. Dari observasi tersebut kemudian dinilai kepatuhan kelengkapan formulir *clinical pathway*, kepatuhan pelaksanaan isi *clinical pathway* dan kelengkapan pengisian formulir *clinical pathway*.

Dari hasil observasi, akhirnya ditemukan 35 rekam medis pasien dengan diagnosis krisis hipertensi. Namun dari 35 rekam medis tersebut, hanya 10 rekam medis yang lengkap dengan formulir *clinical pathway*. Dengan demikian, hanya 28,57% rekam medis yang lengkap terdapat formulir *clinical pathway* sedangkan

sisanya yaitu 71,43% belum dilengkapi dengan formulir *clinical pathway*. Dari 10 rekam medis yang menyertakan formulir *clinical pathway* ternyata tidak ada satupun yang diisi secara lengkap dari awal hingga akhir. Sehingga persentase yang diperoleh untuk tingkat kepatuhan pengisian formulir *clinical pathway* yaitu 0%. Dengan demikian, untuk melihat tingkat kepatuhan pelaksanaan isi *clinical pathway* maka peneliti melakukan pengamatan langsung dari tulisan pada lembar rekam medis dan diperoleh hasil yaitu 71,93%. Kepatuhan dalam pelaksanaan *clinical pathway* dapat berdampak pada berkurangnya kelalaian dalam diagnosis maupun penatalaksanaan selanjutnya (Schrijvers, Van, & Huiskes, 2012). Selain itu juga dapat meningkatkan komunikasi antar tenaga medis (Mater & Ibrahim, 2015). Dengan tingkat kepatuhan yang diperoleh tersebut di atas yang sudah cukup baik maka tidak menutup langkah untuk terus meningkatkan kepatuhan yang dilakukan dalam

pelaksanaan *clinical pathway* sehingga pelayanan yang diberikan pun semakin efektif dan berkualitas.

4. Kendala dan rekomendasi

Clinical pathway merupakan hal yang masih baru berlaku di RS PKU Muhammadiyah Bantul sehingga masih sulit mengubah kebiasaan yang sebelumnya tidak menggunakan formulir *clinical pathway*. Selain itu, awal penerapan *clinical pathway* merupakan salah satu syarat akreditasi rumah sakit, sehingga para staf atau karyawan masih menganggap *clinical pathway* hanya merupakan syarat administratif. Sehingga dibutuhkan peran organisasi atau rumah sakit dalam melakukan pelatihan khusus dan rutin terhadap para staf yang dapat dilakukan secara bertahap sehingga pada akhirnya semua staf dapat memahami dan menerapkan *clinical pathway* secara optimal.

Faktor-faktor lain yang menyebabkan ketidakpatuhan yaitu dalam hal memasukkan lembar formulir *clinical pathway* ke dalam rekam medis pasien

dan mengisi formulir tersebut. Dari hasil wawancara juga diketahui bahwa hambatan dalam kelengkapan *clinical pathway* disebabkan oleh dokter yang sibuk sebagai contoh misalnya setelah *visite* pasien dokter harus ke poli akibatnya *clinical pathway* tidak terisi. Selain itu, juga diketahui bahwa belum optimalnya saling mengingatkan antar tenaga medis yang menangani pasien mengenai lembar *clinical pathway* baik dari hal memasukkan lembar ke dalam rekam medis, pengisian lembarnya maupun dalam menjadikan lembar tersebut pengingat dalam hal melakukan tindakan ke pasien. Sehingga dibutuhkan orang yang mempunyai kekuatan untuk dapat memantau dan mengingatkan terkait pelaksanaan *clinical pathway*.

Hambatan yang dihadapi dalam implementasi *clinical pathway* krisis hipertensi di RS PKU Muhammadiyah Bantul masih kurangnya kesadaran dari seluruh pihak terkait. Menurut Yasmin (2012), faktor pertama dan utama yang harus diperhatikan adalah bahwa

clinical pathway membutuhkan kesadaran dan komitmen dari seluruh pihak terkait. Implementasi *clinical pathway* bisa mengalami hambatan seperti tenaga medis yang tidak berinisiatif untuk melihat pedoman yang ada (He & Wei, 2015). Keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer (Evans *et al*, 2010).

Dari sekian banyak tugas seorang fasilitator, tugas kuncinya adalah *awareness session* guna mengoptimalkan keterlibatan staf. Staf akan memiliki kesadaran dan komitmen apabila merasa dilibatkan dan memiliki peran penting serta merasa memiliki. Semakin kuat rasa memiliki para *stakeholder* akan semakin optimal implementasi *clinical pathway* (Midleton & Roberts, 2000). Peran organisasi yang utama adalah membentuk komitmen dan kepemimpinan klinis yang kuat salah satunya dokter (Devitra, 2011). Hal tersebut juga didukung oleh Bjurling-Sjoberg *et al* (2014) yang menyatakan bahwa salah satu penyebab gagalnya

pelaksanaan *clinical pathway* adalah kurangnya keterlibatan dokter.

Hal lain yang juga menjadi hambatan pelaksanaan *clinical pathway* yaitu diagnosis awal masuk pasien dengan diagnosis akhir yang berbeda. Hal tersebut menyebabkan *clinical pathway* yang awal sudah dilampirkan tidak dapat dilanjutkan lagi dan tidak digantikan dengan *clinical pathway* yang sesuai kondisi pasien. Kondisi lain yang juga mungkin terjadi adalah terkadang pasien juga tidak hanya memiliki satu diagnosis tetapi memiliki diagnosis penyerta atau dengan beberapa komplikasi sedangkan *clinical pathway* yang diterapkan merupakan *clinical pathway* dengan satu diagnosis utama sehingga alhasil *clinical pathway* yang awal tidak dapat digunakan. Sehingga untuk mengoptimalkan fungsi dari *clinical pathway* sebagai kendali mutu dan kendali biaya maka sebaiknya menambah jumlah *clinical pathway* yang tidak hanya *clinical pathway* dengan satu diagnosis penyakit tapi juga menambah *clinical pathway* pada

kasus-kasus penyakit yang juga memiliki penyakit penyerta dan komplikasi.

Menurut Depkes RI (2010) tujuan implementasi *clinical pathway* adalah memilih *best practice*. Tenaga medis tidak dapat memaksakan pasien harus dirawat sesuai *clinical pathway* apabila tidak memungkinkan. Efektifitas *clinical pathway* bisa ditingkatkan dengan cara rumah sakit menentukan topik *clinical pathway* berdasarkan jenis diagnosis/ tindakan medis yang spesifik dan *predictable*, menentukan kriteria inklusi dan eksklusi untuk meminimalisasi variasi yang tidak perlu, koordinasi yang efektif dengan seluruh staf terkait pelayanan kesehatan tertentu, memastikan tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung pemberian pelayanan kesehatan sesuai *clinical pathway*, dan melakukan audit secara efektif dan berkesinambungan (Pertiwi, 2014).

Dari bagian mutu juga menambahkan kendala selama ini dalam kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* yaitu karena proses maupun hasil evaluasi yang belum

optimal. Hal tersebut disebabkan karena proses evaluasi sendiri yang sedikit sulit dilakukan karena masing-masing anggota tim *clinical pathway* yang juga mempunyai tugas utama lainnya. Selain itu, setelah dilakukannya evaluasi namun hasil dari evaluasi tidak dapat langsung diterapkan atau ditindaklanjuti. Sehingga dari bagian mutu membutuhkan peran dari pihak yang lebih tinggi tingkat kewenangannya misalnya langsung melibatkan direktur pelanan medisnya untuk ikut langsung dalam mengevaluasi atau kata lain dengan metode pendekatan *top management* secara langsung dengan ketua-ketua KSM supaya lebih ada penekanan mengenai perbaikan yang dilakukan.