

## EVALUASI IMPLEMENTASI *CLINICAL PATHWAY* KRISIS HIPERTENSI DI INSTALASI RAWAT INAP RS PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

**Indriana Sari<sup>1</sup>, Sri Sundari<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana,  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**Latar Belakang:** Ketatnya persaingan antar rumah sakit menuntut rumah sakit untuk melakukan perbaikan mutu dalam pemberian pelayanan. *Clinical pathway* merupakan instrumen yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Hipertensi merupakan faktor risiko nomor tiga penyebab kematian di dunia dan tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi CP krisis hipertensi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.

**Metode:** Penelitian *mix method* dengan desain studi kasus. Data kuantitatif bersifat deskriptif dari dokumentasi CP dalam rekam medis secara *total sampling* (Januari-Juni 2016, n=35) dan *checklist ICPAT*. Data kualitatif diperoleh dari *deep interview* dan observasi dengan *purposive sampling* n=6.

**Hasil dan Pembahasan:** ICPAT dimensi 1 (format CP) dan dimensi 6 (peran organisasi) konten dan mutu baik, dimensi 2 (dokumentasi) konten kurang dan mutu *moderate*, dimensi 3 (pengembangan) konten *moderate* dan mutu baik, dimensi 4 (implementasi) konten *moderate* dan mutu kurang, dimensi 5 (*maintenance*) konten dan mutu *moderate*. Tingkat kepatuhan CP dimasukkan ke dalam rekam medis hanya 28,57% dan tingkat kelengkapan pengisian CP 0%. Kendalanya adalah keterbatasan waktu dan kesadaran mengisi CP, ada terapi yang tidak sesuai CP dan penerapan hasil evaluasi belum optimal.

**Kesimpulan dan Saran:** Kepatuhan implementasi CP krisis hipertensi masih kurang. Perlu dilakukan sosialisasi, pelatihan, evaluasi rutin dan peningkatan fasilitator terkait CP.

**Kata kunci :** Evaluasi, implementasi, *clinical pathway* krisis hipertensi.

**THE EVALUATION OF HYPERTENSIVE CRISIS CLINICAL PATHWAY  
IMPLEMENTATION IN INPATIENT INSTALLATION  
PKU MUHAMMADIYAH BANTUL HOSPITAL**

**Indriana Sari<sup>1</sup>, Sri Sundari<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Management of Study Program, Magister Program,  
Muhammadiyah University of Yogyakarta

**Background:** Intense competition among hospitals require hospitals to make improvements in the service quality. Clinical pathway is instrument to improve service quality. Hypertension is third risk factor of death in the world and the leading in Yogyakarta. This study is to evaluate the implementation of hypertensive crisis CP in inpatient installation PKU Muhammadiyah Bantul hospital.

**Method:** This study use mix research method with case study design. Quantitative is descriptive from CP documentation in medical record with total sampling (January to June 2016, n = 35) and checklist ICPAT. Qualitative obtained from interviews and observations with purposive sampling n = 6.

**Results and Discussion:** The content and quality of ICPAT dimension 1 (format CP) and dimension 6 (organizational roles) were good. The content of dimension 2 (documentation) was poor and the quality was moderate. The content of dimension 3 (development) was moderate and the quality was good. The content and quality of dimension 4 (implementation) were poor. The content and quality of dimension 5 (maintenance) were moderate. The compliance CP entered into the medical record is 28.57% and completeness of CP 0%. CP implementation constraints are lack of time and consciousness filling CP, therapies that didn't match the CP and application of evaluation results isn't optimal.

**Conclusion and Suggestion:** The compliance of implementation hypertensive crisis CP was poor. It necessary to be disseminated, training, regular evaluation and improvement facilitators of CP.

**Keywords:** Evaluation, implementation, hypertensive crisis clinical pathway.

## **PENDAHULUAN**

*Clinical pathway* menjadi perkembangan yang populer saat ini termasuk di Indonesia. Agar *clinical pathway* yang digunakan efektif maka perlu pengawasan yang ketat dalam perkembangannya. Karenanya ada potensi variabilitas dalam isi dan kualitas *clinical pathway* yang sedang dikembangkan. Variabilitas tersebut dapat mempengaruhi dampak dan manfaat dari *clinical pathway* itu sendiri terhadap kualitas pelayanan. Hal tersebut di atas juga didukung oleh penelitian yang menunjukkan bahwa *clinical pathway* memberikan manfaat bermakna mengenai kriteria seragam klinis pengambilan keputusan pada tingkat yang berbeda dari perawatan pasien hipertensi.<sup>1</sup>

RS PKU Muhammadiyah Bantul telah menerapkan *clinical pathway* sejak tahun 2014. Jumlah *clinical pathway* yang ada yaitu sebanyak 15 daftar penyakit yang salah satunya yaitu krisis hipertensi. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan diperoleh bahwa *clinical pathway* yang diterapkan di rumah sakit belum berjalan dengan baik. Padahal diketahui bahwa krisis hipertensi merupakan kasus kegawatdarutan yang membutuhkan penanganan lebih cepat sedangkan angka kejadian dari krisis hipertensi terus meningkat.

## **BAHAN DAN CARA**

Penelitian ini merupakan penelitian campuran (*mix-method*) dengan desain studi kasus terhadap implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul. Data kuantitatif yang diambil berupa deskriptif sederhana dari dokumentasi dan pengisian *clinical pathway* di dalam rekam medis serta ICPAT. Data kualitatif diperoleh dengan cara *deep interview* dan observasi mengetahui implementasi *clinical pathway*. Penelitian ini dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Bantul selama dua bulan yakni dari November 2016 – desember 2016.

Populasi penelitian ini untuk metode kuantitatif menggunakan seluruh rekam medik pasien yang menderita krisis hipertensi pada bulan Januari 2016 hingga Juni 2016 pada instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul. Pada populasi penelitian dengan metode kualitatif menggunakan seluruh petugas yang terlibat dalam implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Sampel dan *sampling* pada penelitian ini dengan rekam medik dipilih secara *total sampling* yaitu seluruh rekam medik pasien yang menderita krisis hipertensi pada bulan Januari 2016 sampai Juni 2016. Sampel dan *sampling* pada penelitian ini dengan metode kualitatif dipilih secara *purposive sampling* yang terdiri dari dua perawat yang bertugas pada bangsal, kepala ruang bangsal, dokter spesialis, dan bagian pelayanan medis.

Kriteria Inklusi yang digunakan pada metode kuantitatif yaitu *Clinical pathway* terbaru yang digunakan di RS PKU Muhammadiyah Bantul, rekam medik pasien yang termasuk kategori kasus krisis hipertensi pada bulan Januari 2016 sampai dengan Juni 2016, *clinical pathway* tersebut telah diimplementasikan di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Kriteria eksklusi yang digunakan pada metode kuantitatif yaitu rekam medis yang sudah hilang / terdapat data yang hilang, rekam medis yang rusak tidak memungkinkan untuk dibaca dan digunakan.

Karakteristik responden untuk data kualitatif yaitu informan yang telah ditetapkan peneliti dalam penggunaan *clinical pathway* krisis hipertensi dan bersedia menjadi informan, Informan yang berkaitan langsung dengan pembuatan dan penerapan *clinical pathway*, dokter spesialis yang berkaitan dengan penyakit krisis hipertensi, dokter yang bertugas di instalasi gawat darurat, perawat yang bertugas di instalasi rawat inap bagian penyakit dalam yang menjalani *clinical pathway*, informan masih dalam masa tugas di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Analisis Kuantitatif dilakukan dengan analisis deskriptif terhadap *checklist* ICPAT dan data diolah dengan menggunakan program di komputer. Data kualitatif akan dianalisis dengan teknik analisis kualitatif dengan langkah yaitu mengolah dan mempersiapkan data, membaca keseluruhan data, menganalisis lebih detail dengan meng-*coding* data, menerapkan proses *coding*, dan hasilnya akan disajikan kembali dalam narasi atau laporan kualitatif.

## **HASIL**

### **a. Profil Rumah Sakit**

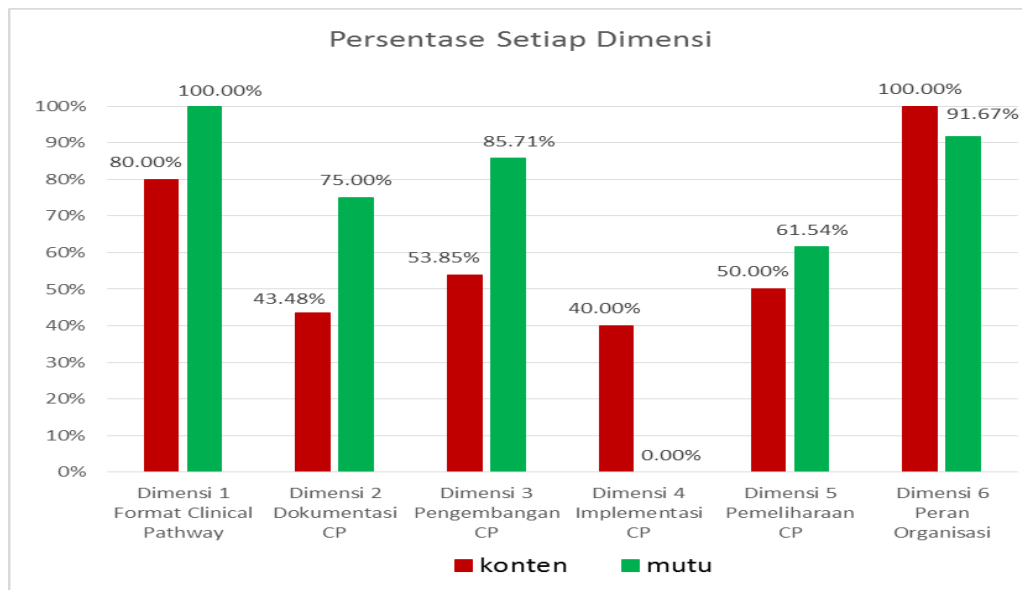
Rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebuah rumah sakit swasta yang sedang berkembang. Sejak tahun 2001, rumah sakit ini telah resmi

menjadi rumah sakit umum type C dengan jumlah tempat tidur sebanyak 104. Sampai tahun 2011 ini jumlah karyawan di RSUD 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 RSUD Muhammadiyah Bantul).

b. Data bangsal

Bangsal al-kautsar merupakan bangsal penyakit dalam yang terdiri dari kelas I dan kelas II. Tempat tidur yang terdapat pada bangsal al-kautsar berjumlah 20 tempat tidur. Bangsal al-arof juga merupakan bangsal penyakit dalam yang terdiri dari kelas VIP dan kelas III. Total tempat tidur sebanyak 31 tempat tidur.

c. Hasil evaluasi ICPAT



Gambar 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.<sup>2</sup> Dari grafik di atas diperoleh bahwa ICPAT dimensi 1 (format CP) dan dimensi 6 (peran organisasi) konten dan mutu baik, dimensi 2 (dokumentasi) konten kurang dan mutu *moderate*, dimensi 3 (pengembangan) konten *moderate* dan mutu baik, dimensi 4 (implementasi) konten *moderate* dan mutu kurang, dimensi 5 (*maintenance*) konten dan mutu *moderate*..

#### d. *Input*

Bangsai al-kautsar maupun bangsai al-arof yang merupakan bangsai penyakit dalam yang mempunyai 4 dokter spesialis dalam. Untuk keperawatan, bangsai al-kautsar mempunyai 15 perawat. Bangsai al-arof, tenaga keperawatan yang dimiliki yaitu sebanyak 27 orang terdiri.

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

Dimensi 1 (Apakah Formulir yang Dinilai *Clinical Pathway*), bagian konten mencapai 80% dan bagian mutu 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*.

*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... krisis hipertensi itu misalkan krisis hipertensi itu nanti dicari faktor resikonya apa saja disitu....”

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....”

Penilaian dimensi 6 yaitu menilai peran organisasi melalui lembar ICPAT memberikan hasil pada konten adalah 100% dan mutu sebanyak 91,67%. 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...”

#### e. Proses

Untuk dimensi 2 yaitu proses dokumentasi *clinical pathway* diketahui persentase bagian konten adalah 43,48% dan 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. 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....”*

Pada dimensi 3 (pengembangan *clinical pathway*) diketahui bahwa persentase konten sebesar 53,85% dan mutu mencapai 85,71%. 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.”*

Dimensi 4 (implementasi *clinical pathway*), bagian konten sebesar 40% dan mutu sebesar 100%. 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,...”*

Dimensi 5 (*maintenance clinical pathway*) menunjukkan persentase konten sebesar 50% dan mutu 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. 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...”*

*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.

f. *Output*

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...”*

Untuk mengetahui tingkat kepatuhan pelaksanaan setiap *item* yang terdapat pada formulir *clinical pathway*. 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%.

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

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*.

## **DISKUSI**

### **a. Input**

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.<sup>3</sup> Format *clinical pathway* yang baik dapat meningkatkan keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan medis.<sup>4</sup> Selain itu, dengan format *clinical pathway* yang baik mampu meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan, meningkatkan efisiensi kerja, keselamatan medis, dan mengurangi biaya rumah sakit.<sup>5,6</sup>

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*.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> 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.<sup>8</sup> 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-kautsar yang memiliki 15 perawat dengan jumlah tempat tidur yaitu 20 perawat. Apabila dihitung maka diperoleh 3 berbanding 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.<sup>9</sup> Selain itu, pelaksanaan formulir *clinical pathway* yang baik juga dapat meningkatkan efektifitas pekerjaan tenaga medis dan efisiensi penggunaan sumber daya.<sup>10</sup>

#### b. 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. 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.<sup>11</sup> Penyusunan *clinical pathway* memberikan koordinasi pelayanan bagi pengguna *clinical pathway* dan mampu meningkatkan komunikasi antar petugas medis maupun nonmedis.<sup>12</sup>

Dalam proses pengembangan *clinical pathway* yang dinilai pada ICPAT tidak hanya bagian yang membuat *clinical pathway*, pasien sebagai 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.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>15</sup> 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.<sup>2</sup>

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.<sup>11</sup>

c. *Output*

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.<sup>16</sup> Selain itu juga dapat meningkatkan komunikasi antar tenaga medis.<sup>17</sup>

d. 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.<sup>14</sup> Implementasi *clinical pathway* bisa mengalami hambatan seperti tenaga medis yang tidak berinisiatif untuk melihat pedoman yang ada. Keberhasilan pemeliharaan *clinical pathway* bergantung pada penyedia layanan klinis dan manajer.<sup>15</sup>

Peran organisasi yang utama adalah membentuk komitmen dan kepemimpinan klinis yang kuat salah satunya dokter.<sup>9</sup> Hal tersebut juga didukung oleh Bjurling-Sjoberg *et al* (2014) yang menyatakan bahwa salah satu penyebab gagalnya pelaksanaan *clinical pathway* adalah kurangnya keterlibatan dokter.<sup>18</sup>

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.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan aspek *input*, formulir *clinical pathway* krisis hipertensi yang dinilai adalah benar sebuah *clinical pathway* dan sudah memenuhi kategori yang baik, rumah sakit telah menunjukkan peran yang memenuhi kategori baik, jumlah sumber daya manusia untuk dokter spesialis telah melebihi standar sedangkan untuk tenaga keperawatan khususnya bangsal al-arof masih belum memenuhi standar, serta ada beberapa peralatan keperawatan yang masih kurang jumlahnya dan juga mengalami kerusakan.

Berdasarkan aspek proses, dokumentasi *clinical pathway* di bangsal sudah dimasukkan kedalam rekam medis dengan tingkat kepatuhan yaitu hanya sebesar 28,57% dikarenakan seperti belum terbiasa, kurangnya kesadaran, keterbatasan waktu, dan lupa, pengembangan *clinical pathway* telah melibatkan tim *clinical pathway*, komite medik, ksm perawat, farmasi dan profesi lainnya, namun belum optimal, proses implementasi *clinical pathway* masih terhambat karena masih belum adanya training atau pelatihan khusus terkait *clinical pathway* namun untuk tingkat kepatuhan implementasi dari isi *clinical pathway* sudah mencapai 71,93%, proses pemeliharaan *clinical pathway* dilakukan setiap tiga bulan sekali dan masih belum mampu menghasilkan umpan balik yang optimal. Dan untuk aspek *output*, kepatuhan melengkapi isi *clinical pathway* sebesar 0%.

Untuk meningkatkan kualitas implementasi *clinical pathway* krisis hipertensi maka perlu perbaikan dalam hal format *clinical pathway* dengan melengkapi bagian-bagian yang belum tersedia sesuai dengan standar yang ada, mengoptimalkan dalam hal saling mengingatkan antar tenaga medis, peningkatan partisipasi atau ketelibatan pasien dalam hal pengisian dan *review clinical pathway*, menambah seorang perawat dan memenuhi kekurangan peralatan keperawatan. Sebaiknya dilakukan pelatihan khusus dan rutin kepada setiap staf, menambah jumlah *clinical pathway* dengan penyakit-penyakit yang tidak berdiri sendiri atau selalu memiliki penyakit penyerta lainnya, dilakukan *review* isi *clinical pathway* setiap tiga tahun, peningkatan peran dari pihak

yang lebih tinggi tingkat kewenangannya misalnya langsung melibatkan direktur pelayanan medis untuk ikut langsung dalam mengevaluasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Marica Ferri, Tom Jefferson, Assunta De Luca, Gabriella Guasticchi, Antonella Polenta, Stefania Gabriele, 2012, 'An emergency clinical pathway for eclampsia and pre-eclampsia patients in the Lazio region (Italy)', *Australasian Journal of Paramedicine*, Vol.6, Issue 1, p-6
2. Whittle C, Dunn L, McDonald P, de Luc K.,2008, 'Assessing the content and quality of pathways', In: Gray A, Degeling P, Colebatch H (eds). *Changing clinical care: experiences and lessons of systemisation*. Radclyffe Publishing Limited.
3. Djasri H, 2014, 'Pengantar pelatihan penyusunan clinical pathway', *Pre-Forum Mutu IHQN XIX*, 19 Agustus
4. Qi Cui MM, Jinhui Tian MD, Xuping Song MM, Kehu Yang MM, 2014, "Does the CONSORT checklist for abstracts improve the quality of reports of randomized controlled trials on clinical pathways?", *Journal Of Evaluation in Clinical Practice*, vol.20, issue 6, p 827-833
5. Olsson L.-E., Hansson E., Ekman I. & Karlsson J, 2009, 'A Costeffectiveness Study Of A Patient-Centred Integrated Care Pathway', *Journal Of Advanced Nursing* 65(8), 1626–1635. Doi: 10.1111/J.1365-2648.2009.05017.X
6. Wang Shan, Zhu Xiaohe, Zhao Xian, Lu yang, Yang Zhifu, Qian Xiaoliang, Li Weiwei, Ma Lixiazi, Guo Huning, Wang Jingwen, Wen Aidong, 2016, 'Drugs system improving the effects of clinical pathway: a systemic study', *Journal of Medical Systems*, vol. 40, no. 3, pp.59.
7. Middleton, Roberts, 2000, *Integration clinical pathways: a practical approach to implementation*, McGraw-Hill, USA.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014, *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*, 1 September 2014, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Jakarta.
9. Devitra A, 2011, *Analisis implementasi clinical pathway kasus stroke berdasarkan INA-CBGs di RS Bukittinggi* : Padang.
10. Li Weizi, Kecheng Liu, Hongqiao Yang, Changrui Yu, 2014, 'Integrated clinical pathway management for medical quality improvement'. *European Journal of Information Systems*, vol.23, no. 4, pp 400-417.
11. Roymeke Tobias, Stummer Harald, 2012, 'Clinical pathways as instruments for risk and cost management in hospitals – A discussion paper', *Global Journal of Health Science*, vol.4, no.2, pp.50-59.



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. Chawla A, Westrich K, Matter S, Kaltenboeck A, Dubois R., 2016, 'Care Pathways in US Healthcare Settings: Current Successes and Limitations, and Future Challenges,' *The American Journal Of Managed Care. America.*
14. Yasman Y, 2012, Penerapan integrated care pathways (ICP) sebagai bagian sistem informasi manajemen keperawatan di rumah sakit, *Tesis Universitas Indonesia, Jakarta.*
15. Evans Lacko, Manuela Jarrett, Paul McCrone, Graham Thornicroft, 2010, 'Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways,' *BMC Health Services Research 2010, 10:182.*
16. 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.*
17. Mater Wasef, Ibrahim Roliana, 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.*
18. Bjurling-Sjöberg, P., Jansson, I., Wadensten, B., Engström, G., Pöder, U. (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*  
<http://dx.doi.org/10.1111/jep.12078>