

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Pengertian *Clinical Pathway***

*Clinical pathway* merupakan pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis, dan tahapan pelayanan. *Clinical pathway* menggabungkan standar asuhan setiap tenaga kesehatan secara sistemik. Tindakan yang diberikan diseragamkan dalam suatu standar asuhan, namun tetap memperhatikan aspek individu dari pasien (Hendra, 2009).

*Clinical pathway* merupakan format dokumentasi multidisiplin. Format ini dikembangkan untuk pengembangan multidisiplin (dokter, perawat, rehabilitasi, gizi, dan tenaga kesehatan lain) yang diciptakan tidak terlalu rumit dan panjang. Pada format pengkajian multidisiplin menunjukkan format pengkajian awal yang memungkinkan diisi oleh berbagai disiplin ilmu. Pengisian ini terdiri dari data riwayat pasien, pemeriksaan fisik dan pengkajian skrining lainnya yang diisi oleh multidisiplin sesuai kesepakatan (Croucher, 2005).

## 2. **Komponen *Clinical Pathway***

Empat komponen utama *clinical pathway* meliputi: kerangka waktu, kategori asuhan, kriteria hasil, dan pencatatan varian (Hendra, 2009). Kerangka waktu menggambarkan tahapan berdasarkan pada hari perawatan atau berdasarkan tahapan pelayanan. Kategori asuhan berisi aktivitas yang menggambarkan asuhan seluruh tim kesehatan yang diberikan kepada pasien. Aktivitas dikelompokkan berdasarkan jenis tindakan pada jangka waktu tertentu. Kriteria hasil memuat hasil yang diharapkan dari standar asuhan yang diberikan, meliputi kriteria jangka panjang dan jangka pendek. Lembaran varian mencatat dan menganalisa deviasi dari standar yang ditetapkan dalam *clinical pathway*. Kondisi pasien yang tidak sesuai dengan standar asuhan atau standar yang tidak bisa dilakukan harus dicatat dalam lembar varian.

## 3. **Format *Clinical Pathway***

Berbagai definisi dan *setting* pelayanan kesehatan yang ada di berbagai negara menyebabkan sangat bervariasinya isi, struktur, maupun desain. Secara umum, *clinical pathway* diharuskan memiliki format standar minimum sebagai berikut:

**Tabel 2.1. Format Generik *Clinical Pathway***

<b>Identitas Pasien</b>	Hari I	Hari II	Hari III
<b><i>Assessment</i></b>			
<b><i>Intervensi/ pelayanan</i></b>			
<b><i>Outcome</i></b>			
<b><i>Variasi</i></b>			

Sumber: Middleton & Roberts, 2000; Djasri, 2014

*Clinical pathway* juga harus memuat beberapa hal tambahan yang meliputi nomor halaman dan jumlah total halaman, paraf/ tanda tangan setiap pengisi, tanggal berlaku dan tanggal direvisi. Format tersebut di atas disesuaikan dengan *setting* masing-masing pelayanan kesehatan, khususnya ketersediaan dan kapasitas sumber daya manusia, budaya, teknologi, serta berbagai bentuk sarana dan prasarana lainnya (Middleton & Roberts, 2000).

#### **4. Tujuan *Clinical Pathway***

Tujuan *clinical pathway* adalah menjamin tidak ada aspek-aspek penting dari pelayanan yang dilupakan. *Clinical pathway* memastikan semua intervensi yang dilakukan secara tepat waktu dengan mendorong staf klinik untuk bersikap pro-aktif dalam perencanaan pelayanan. *Clinical pathway* diharapkan

dapat mengurangi biaya dengan menurunkan *length of stay* dan tetap memelihara mutu pelayanan (Hendra, 2009).

Tujuan utama implementasi *clinical pathway* menurut Depkes RI (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Memilih “*best practice*” pada saat pola praktek diketahui berbeda secara bermakna.
- b. Menetapkan standar yang diharapkan mengenai lama perawatan dan penggunaan pemeriksaan klinik serta prosedur klinik lainnya.
- c. Menilai hubungan antara berbagai tahap dan kondisi yang berbeda dalam suatu proses serta menyusun strategi untuk mengkoordinasikan agar dapat menghasilkan pelayanan yang lebih cepat dengan tahapan yang lebih sedikit.
- d. Memberikan peran kepada seluruh staf yang terlibat dalam pelayanan serta peran mereka dalam proses tersebut.
- e. Menyediakan kerangka kerja untuk mengumpulkan dan menganalisa data proses pelayanan sehingga *provider* dapat mengetahui seberapa sering dan mengapa seorang pasien tidak mendapatkan pelayanan sesuai standar.
- f. Mengurangi beban dokumentasi klinik.

- g. Meningkatkan kepuasan pasien melalui peningkatan edukasi kepada pasien, misalnya dengan menyediakan informasi yang lebih tepat tentang rencana pelayanan.

## 5. Manfaat *Clinical Pathway*

Meskipun dalam berbagai hasil penelitian disebutkan mengenai manfaat penerapan *clinical pathway* yang masih diperdebatkan, namun berbagai penelitian maupun meta-analisis menunjukkan manfaat *clinical pathway* yang diterapkan dengan baik dalam kendali mutu dan kendali biaya di RS adalah sebagai berikut:

- a. *Clinical pathway* adalah alat multiprofesi yang bermanfaat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan untuk kelompok pasien yang homogen (Currie, 2000; Bayliss et al, 2000).
- b. *Clinical pathway* membantu mencapai konsensus konsistensi dan kontinuitas pelayanan kesehatan (Kitchener et al, 1996; Hochkiss, 1997).
- c. *Clinical pathway* meningkatkan dokumentasi pelayanan pasien yang berbasis bukti dan berfokus pasien (Chambell et al, 1998; Layton et al, 1998, Overil, 1998).
- d. Mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- e. Berperan penting dalam menghadapi tuntutan hukum.
- f. Dalam studi pada The Chochrane Library (2010), penerapan *clinical pathway* memiliki manfaat sebagai berikut:
  - 1) Re-admisi (OR) 0,6 (95 % CI 0,32 s.d. 1,13)
  - 2) *Hospital costs* (OR) -0,52 ( 95 % CI -0,78 s.d. -0,26)
  - 3) *Length of stay* (OR) -1,67 hari (95 % CI - -2,73 s.d. - 0,62)
  - 4) Mortalitas (OR) 0,84 (95 % CI 0,64 s.d. 1,11)
  - 5) Komplikasi (OR) 0,58 (95 % CI 0,36 s.d. 0,94)

## 6. Pengembangan *Clinical Pathway*

Mengembangkan *clinical pathway* menurut Davis (2005)

ada 8 tahap yaitu:

- a. Keputusan untuk mengembangkan *clinical pathway*

Adanya keputusan untuk mengembangkan *clinical pathway* tergantung dari area klinis yang menjadi prioritas.

Karena untuk mengembangkan *clinical pathway* perlu kesepakatan multidisiplin.

- b. Identifikasi *stakeholder* dan pimpinan

*Stakeholder* adalah semua pihak yang terkait dengan pengembangan *clinical pathway* dan *outcomenya*.

*Stakeholder* ini bisa berupa internal *stakeholder* seperti *user* (pasien, tim multidisiplin, perawat primer) dan eksternal *stakeholder* seperti asuransi, organisasi profesi, dan lain-lain.

c. Identifikasi pimpinan dan tim yang bertanggungjawab

Membentuk tim *clinical pathway* yang mendorong dan mempertahankan proses perubahan itu penting.

d. Proses *mapping*

Proses *mapping* akan menghasilkan sebuah peta perjalanan pasien berdasarkan berbagai perspektif. Dari peta ini tim multidisiplin dapat mengkaji masalah dan langkah-langkah yang akan dipakai. Proses *mapping* merupakan tahap yang paling penting.

e. Audit awal dan pengumpulan data

Audit awal untuk *clinical pathway* harus dilakukan sebagai permulaan *project*. Hasil yang didapat tidak hanya mengidentifikasi adanya *gap* dalam pelayanan, tetapi juga sebagai evaluasi dasar *clinical pathway*.

f. Pengembangan isi *clinical pathway*

*Clinical pathway* harus berisi 4 hal yaitu kegiatan dalam bentuk elemen rencana perawatan, detail alat yang dibutuhkan seperti grafik keseimbangan cairan, hasil yang

harus dicapai misalnya dicapai dengan target hari rawat, dan pelacakan variasi sebagai elemen unik dari *clinical pathway*. Isi klinis *clinical pathway* tidak dapat didikte, hal ini akan ditentukan oleh tim dengan keahlian dalam mengelola kelompok tertentu dari pasien, dan untuk siapa dokumen ini dirancang.

g. *Pilot project* dan implementasi

Komunikasi yang kuat dan rencana pendidikan sangat penting untuk mendukung sukses proyek *clinical pathway*. Tujuan komunikasi dan pendidikan adalah untuk memastikan bahwa pesan yang tepat disampaikan kepada orang-orang yang tepat, dengan cara dan tempat yang tepat.

h. *Review clinical pathway* secara teratur

Ketika meninjau ulang (mereview) *clinical pathway* harus difokuskan kepada 3 pertanyaan utama yaitu:

1) Penyelesaian *clinical pathway*.

Apakah *clinical pathway* digunakan pada kasus yang tepat? Apakah ada informasi yang hilang? Apakah staf



memerlukan catatan sampingan yang tidak ada dalam *clinical pathway*?

2) Jenis variasi yang dicatat

Apakah variasi yang ada dicatat? Apakah staf paham bagaimana mencatat variasi tersebut?

3) Kepuasan staf

Dapat dilakukan menggunakan kuesioner, *trend* apa yang terlihat?

## 7. Evaluasi

Buse, *et al* (2012) mengemukakan bahwa proses penyusunan kebijakan/ program mengacu pada kebijakan/ program yang dibuat, dikembangkan, disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan, dan dievaluasi. Tahap-tahapan penyusunan sebuah kebijakan yaitu:

a. Identifikasi masalah

Tujuan identifikasi masalah adalah menemukan masalah/ isu yang dapat menjadi agenda kebijakan.

b. Perumusan kebijakan

Langkah ini dilakukan untuk menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana sebuah kebijakan dihasilkan, disetujui, dan dikomunikasikan.

c. Pelaksanaan/ implementasi

Tahap ini sering kali diabaikan, padahal tahap ini paling penting dalam penyusunan kebijakan.

d. Evaluasi

Evaluasi ini bertujuan untuk menemukan apa yang terjadi pada saat kebijakan dilaksanakan dan bagaimana pengawasannya, mengetahui pencapaian tujuan, dan hambatannya. Tahapan ini merupakan saat kebijakan dapat diubah/ dibatalkan serta membuat kebijakan yang baru. Evaluasi dapat dikatakan juga sebagai penelitian yang secara khusus dirancang untuk menilai kegiatan dan dampak program/ kebijakan sehingga dapat menentukan hasil dari program/ kebijakan tersebut dan dianggap layak untuk dikembangkan. Evaluasi implementasi kebijakan bertujuan untuk menemukan *gap* antara perencanaan dengan hasil yang didapatkan.

Pertimbangan yang dapat diambil oleh pimpinan dalam meningkatkan kualitas kebijakan ada 4 yaitu kebijakan yang

dibuat harus mempunyai tujuan dan urutan dari tujuan tersebut harus jelas, setiap kebijakan harus didukung secara implisit dan eksplisit, kebijakan harus mempunyai alokasi dana yang cukup, dan kebijakan di luar organisasi (Tachjan, 2006).

Evaluasi merupakan penilaian terhadap data yang dikumpulkan melalui kegiatan *assessment*. Evaluasi berdasarkan tujuannya yaitu sumatif dan formatif. Evaluasi sumatif adalah upaya menilai manfaat program dan mengambil keputusan. Evaluasi formatif dinyatakan sebagai upaya untuk memperoleh *feedback* perbaikan program (Lehman, 1990).

Ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu menurut Donabedian (dalam Wijono, 2000), yaitu:

a. Struktur

Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya difasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan.

b. Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilakukan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya terhadap pasien. Proses tersebut mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, dan penanganan kasus. Penilaian terproses adalah evaluasi terhadap dokter dan proses kesehatan dalam mengelola pasien. Pendekatan proses merupakan pendekatan yang terhadap mutu pelayanan kesehatan.

c. Outcome

*Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap *outcome* ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan yang positif atau negatif sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan.

## 8. Evaluasi *Clinical Pathway*

Alat yang baik untuk melakukan evaluasi terhadap *clinical pathway* harus mempunyai karakteristik sebagai berikut (Vanhaercht, 2007): adanya komitmen dari organisasi, *path project management*, persepsi mengenai konsep dari *pathway*,

format dokumen, isi *pathway*, keterlibatan multidisiplin ilmu, manajemen variasi, pedoman, *maintenance pathway*, akuntabilitas, keterlibatan pasien, pengembangan *pathway*, dukungan tambahan terhadap sistem dan dokumentasi, pengaturan operasional, implementasi, pengelolaan hasil dan keamanan. Dari kriteria tersebut saat ini ada dua instrumen yang sering digunakan untuk melakukan audit terhadap isi dan mutu *clinical pathway*. Kedua instrumen tersebut adalah *The Iclinical Pathway Key Element Checklist* dan *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT).

#### **9. *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT)**

ICPAT merupakan salah satu instrumen yang sudah divalidasi dan dapat digunakan untuk melakukan evaluasi dari isi dan mutu *clinical pathway*, yang terdiri dari 6 dimensi (Whittle, 2009) yaitu:

- a. Dimensi 1: Bagian ini memastikan apakah formulir yang dinilai adalah *clinical pathway*.
- b. Dimensi 2: Menilai proses dokumentasi *clinical pathway*.
- c. Dimensi 3: Menilai proses pengembangan *clinical pathway* sama pentingnya dengan *clinical pathway* yang dihasilkan.
- d. Dimensi 4: Menilai proses implementasi *clinical pathway*.

- e. Dimensi 5: Menilai proses pemeliharaan *clinical pathway*.
- f. Dimensi 6: Menilai peran organisasi (RS).

## 10. Kelebihan *Clinical Pathway*

Banyak rumah sakit mulai menerapkan *clinical pathway* dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien, karena penggunaan *clinical pathway* memiliki kelebihan antara lain sebagai berikut:

- a. *Clinical pathway* merupakan format pendokumentasian multidisiplin. Format ini dapat memberikan efisiensi dalam pencatatan, dimana tidak terjadi pengulangan atau duplikasi penulisan, sehingga kemungkinan salah komunikasi dalam tim kesehatan yang merawat pasien dapat dihindarkan.
- b. Meningkatkan peran dan komunikasi dalam tim multidisiplin sehingga masing-masing anggota tim termotivasi dalam peningkatan pengetahuan dan kompetensi.
- c. Terdapat standarisasi *outcome* sesuai lamanya hari rawat, sehingga akan tercapai *effective cost* dalam perawatan.
- d. Dapat meningkatkan kepuasan pasien karena pelaksanaan *discharge planning* kepada pasien lebih jelas.

## **11. Kekurangan *Clinical Pathway***

Selain mempunyai kelebihan dalam penggunaan *clinical pathway*, perlu dicermati juga kekurangan yang ditemui dalam penerapan format *clinical pathway* ini, antara lain sebagai berikut:

- a. Dokumentasi *clinical pathway* ini membutuhkan waktu yang relatif lama dalam pembentukan dan pengembangannya.
- b. Tidak terlihat proses keperawatan secara jelas karena harus menyesuaikan dengan tahap perencanaan medis, pengobatan, dan pemeriksaan penunjang lainnya.
- c. Format dokumentasi hanya digunakan untuk masalah spesifik, contoh format *clinical pathway* untuk bedah tulang tidak dapat digunakan untuk unit bedah saraf. Sehingga akan banyak sekali format yang harus dihasilkan untuk seluruh pelayanan yang tersedia.

## **12. Keberhasilan *Clinical Pathway***

Dalam sebuah penelitian panjang di Inggris yang dilaksanakan oleh *VFM Unit (NHS Wales) Project* tentang *Clinical Resource Utilization Group* selama September 1995 hingga Maret 1997 terhadap 700 orang yang terdiri dari staf klinis, manajer, serta staf operasional, didapatkan data tentang

kunci pokok yang harus dibangun guna mencapai keberhasilan *clinical pathway*. Hasil tersebut meliputi 5 tahap sekuensial yang diterapkan organisasi RS sebagai berikut:

- a. Peningkatan kesadaran dan komitmen.
- b. Menyusun sistem penerapan *clinical pathway*.
- c. Dokumentasi (dan penetapan desain).
- d. Implementasi (uji coba, penerapan, dan pengembangan).
- e. Evaluasi.

Langkah pertama merupakan langkah paling kritis. Hal ini sulit dilakukan mengingat kepadatan/ tingginya beban kerja staf klinis, faktor budaya, dan kemauan untuk berubah. Dalam hal ini dibutuhkan adanya fasilitator/ koordinator yang memiliki tugas penuh waktu guna memastikan *clinical pathway* dapat diterapkan di RS, khususnya dalam fase *awareness session*. *Clinical pathway* merupakan suatu alat yang bersifat *leader driven*, sehingga benar-benar akan berjalan bila didukung oleh *leadership* yang baik khususnya dari pimpinan RS (Midleton & Roberts, 2000; Djasri 2014).



### **13. Kegagalan *Clinical Pathway***

Midleton dan Roberts (2000) menyebutkan setidaknya terdapat 5 hal utama yang menyebabkan gagalnya penerapan *clinical pathway*:

- a. Budaya profesional.
- b. Kurangnya dukungan organisasi.
- c. Desain *clinical pathway*.
- d. Waktu dan sumber daya yang tidak adekuat.
- e. *Ad-hoc approach*.

### **14. Pneumonia**

Pneumonia adalah inflamasi yang mengenai parenkim paru yang sebagian besar disebabkan oleh mikroorganisme (virus/ bakteri) dan sebagian kecil disebabkan oleh hal lain (aspirasi, radiasi, dll). Secara klinis pada anak sulit membedakan pneumonia bakteri dengan viral. Pemeriksaan radiologis dan laboratorium tidak menunjukkan perbedaan nyata. Pneumonia bakterial awitannya cepat, batuk produktif, pasien tampak toksik, leukositosis, dan perubahan nyata pada pemeriksaan radiologis. Di negara berkembang pneumonia pada anak disebabkan oleh bakteri yaitu *S. pneumoniae*, *H. influenzae* dan *S. aureus*. Pneumonia yang disebabkan bakteri umumnya

responsif terhadap pengobatan dengan antibiotik betalaktam (Said, 2008).

Berdasarkan tempat terjadinya infeksi terdapat dua bentuk pneumonia yaitu pneumonia masyarakat yang infeksiya terjadi di masyarakat dan pneumonia RS/ nosokomial yang infeksiya di dapat di RS. Umumnya mikroorganisme penyebab pneumonia terhisap ke paru bagian perifer melalui saluran nafas. Mula-mula terjadi edema akibat reaksi jaringan yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman ke jaringan sekitarnya. Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi yaitu, terjadi serbukan sel PMN, fibrin, eritrosit, cairan edema, dan ditemukannya kuman di alveoli. Stadium ini disebut stadium hepatisasi merah. Deposisi fibrin semakin bertambah, terdapat fibrin dan leukosit PMN di alveoli dan terjadi proses fagositosis yang cepat. Stadium ini disebut stadium hepatisasi kelabu. Jumlah makrofag meningkat di alveoli, sel akan mengalami degenerasi, fibrin menipis, kuman dan debris menghilang. Stadium ini disebut stadium resolusi. Sistem bronko pulmoner jaringan paru yang tidak terkena akan tetap normal. Antibiotik yang diberikan sedini mungkin dapat memotong perjalanan penyakit (Said, 2008).

Gejala klinis pneumonia pada bayi dan anak bergantung pada berat ringannya infeksi. Gejala infeksi umum yaitu demam, sakit kepala, gelisah, malaise, penurunan nafsu makan, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, diare, kadang-kadang ditemukan gejala infeksi ekstrapulmoner. Gejala gangguan respiratori yaitu batuk, sesak nafas, retraksi dada, takipnea, nafas cuping hidung, perasaan sulit bernafas, merintih, dan sianosis. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan pekak perkusi suara nafas melemah, dan ronki (Said, 2008).

Sebagian besar pneumonia pada anak tidak perlu rawat inap. Indikasi perawatan terutama berdasarkan berat ringannya penyakit (Said, 2008). Pneumonia ringan yang dirawat jalan diberi terapi antibiotik Kotrimoksazol (4mg TMP/ kgBB/ kali) atau Amoksisilin (25mg/ kgBB/ kali) 2 kali sehari selama 3 hari. Pneumonia berat yang dirawat inapakan diberi terapi antibiotik Ampisilin/ Amoksisilin (25-50mg/ kgBB/ kali IV atau IM setiap 6 jam) yang harus dipantau dalam 24 jam selam 72 jam pertama. Bila anak memberi respon yang baik maka diberikan selama 5 hari. Selanjutnya terapi dilanjutkan di rumah/ rumah sakit dengan Amoksisilin oral (15mg/ kgBB/ kali) 3 kali sehari selama 5 hari. Bila keadaan klinis memburuk sebelum 48 jam atau terdapat

keadaan yang berat maka ditambahkan Kloramfenikol (25mg/kgBB/ kali IM atau IV setiap 8 jam). Bila pasien datang dalam keadaan klinis berat segera berikan oksigen dan pengobatan kombinasi Ampisillin-Kloramfenikol atau Ampisillin-Gentamisin dan sebagai alternatif beri Seftriakson (80-100mg / kgBB IM atau IV sekali sehari) (WHO, 2005).

## B. Penelitian Terdahulu

**Tabel 2. 2. Penelitian Terdahulu**

Nama Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
Rizaldi Pinzon (2009)	Clinical Pathway dalam Pelayanan Stroke Akut: Apakah Clinical Pathway Memperbaiki Proses Pelayanan?	After-before analysis.	Data diperoleh dari 50 pasien stroke setelah pemberlakuan uji coba clinical pathway stroke. Data dibandingkan dengan pasien stroke pada periode yang sama sebelumnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbaikan dalam hal pelacakan faktor risiko stroke, penilaian	Penelitian ini akan mengevaluasi implementasi clinical pathway pneumonia pada anak. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus, di ruang rawat inap bangsal anak RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data kuantitatif yang diambil hanya bersifat deskriptif

Lanjutan Tabel 2. 2. Penelitian Terdahulu

Nama Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
			fungsi menelan, konsultasi gizi, dan pengukuran status fungsional. Tidak ada beda bermakna dalam hal lama rawat inap dan mortalitas diantara dua periode pengamatan.	sederhana. Data kualitatif diperoleh dengan cara <i>deep interview</i> dan observasi dengan tujuan untuk menganalisis pelaksanaan identifikasi pasien berdasarkan aspek <i>input, process, output</i> .
Anferi Devitra (2011)	Analisis Implementasi <i>Clinical Pathway</i> Kasus Stroke Berdasarkan INA-CBGs di RS Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2011.	Kualitatif dengan teknik pengambilan sampel secara <i>purposive</i> .	<i>Clinical pathway</i> di RS Stroke Nasional Bukittinggi telah diperkenalkan dan siap untuk di implementasikan secara bertahap. Manajemen RS telah membuat rencana <i>clinical pathway</i> , membuat tim untuk <i>clinical pathway</i> , meningkatkan motivasi para staf RS dan mensosialisasikan program kepada seluruh staf RS.	Penelitian ini akan mengevaluasi implementasi <i>clinical pathway</i> pneumonia pada anak. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus, di ruang rawat inap bangsal anak RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data kuantitatif

Lanjutan Tabel 2. 2. Penelitian Terdahulu

Nama Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
Siti Rahmawati, dkk (2010)	Sistem Kesehatan <i>Clinical Pathway, Case Mix</i> , dan INA-DRG dengan metode ABC pada Pelayanan Bedah Sesar di RS Indonesia.	Kohort prospektif dan retrospektif.	Pelayanan bedah sesar dengan sistem kesehatan berdasarkan <i>clinical pathway, case mix</i> , dan INA-DRGs dengan metode ABC dapat menurunkan <i>length of stay</i> 5-6 hari perawatan serta menghemat pembayaran biaya pasien di RS	diperoleh dengan cara <i>deep interview</i> dan observasi dengan tujuan untuk menganalisis pelaksanaan identifikasi pasien berdasarkan aspek <i>input, process, output</i> . Penelitian ini akan mengevaluasi implementasi <i>clinical pathway</i> pneumonia pada anak. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus, di ruang rawat inap bangsal anak RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data kuantitatif yang diambil

Lanjutan Tabel 2. 2. Penelitian Terdahulu

Nama Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
				hanya bersifat deskriptif sederhana. Data kualitatif diperoleh dengan cara <i>deep interview</i> dan observasi dengan tujuan untuk menganalisis pelaksanaan identifikasi pasien berdasarkan aspek <i>input, process, output</i> .

### C. Landasan Teori

Evaluasi dapat dikatakan juga sebagai penelitian yang secara khusus dirancang untuk menilai kegiatan dan dampak program/ kebijakan sehingga dapat menentukan hasil dari program/ kebijakan tersebut dan dianggap layak untuk dikembangkan. Evaluasi implementasi kebijakan bertujuan untuk menemukan gap antara perencanaan dengan hasil yang didapatkan (Buse et al, 2012).

Ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu menurut Donabedian (dalam Wijono, 2000), yaitu:

a. Struktur

Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya difasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan.

b. Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilakukan secara professional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya terhadap pasien. Proses tersebut mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, dan penanganan kasus. Penilaian terproses adalah evaluasi terhadap dokter dan proses kesehatan dalam memmanage pasien. Pendekatan proses merupakan pendekatan yang terhadap mutu pelayanan kesehatan.

c. *Outcome*

*Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap *outcome* ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan yang positif atau negatif sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan.



*Clinical pathway* merupakan pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis, dan tahapan pelayanan. *Clinical pathway* menggabungkan standar asuhan setiap tenaga kesehatan secara sistemik. Tindakan yang diberikan diseragamkan dalam suatu standar asuhan, namun tetap memperhatikan aspek individu dari pasien (Hendra, 2009).

Alat yang baik untuk melakukan evaluasi terhadap *clinical pathway* harus mempunyai karakteristik sebagai berikut (Vanhaercht, 2007): adanya komitmen dari organisasi, *path project manajement*, persepsi mengenai konsep dari *pathway*, format dokumen, isi *pathway*, keterlibatan multidisiplin ilmu, manajemen variasi, pedoman, *maintenance pathway*, akuntabilitas, keterlibatan pasien, pengembangan *pathway*, dukungan tambahan terhadap sistem dan dokumentasi, pengaturan operasional, implementasi, pengelolaan hasil, dan keamanan. Dari kriteria tersebut saat ini ada dua instrumen yang sering digunakan untuk melakukan audit terhadap isi dan mutu *clinical pathway*. Kedua instrumen tersebut adalah *The Iclinical Pathway Key Element Checklist* dan *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT).

ICPAT merupakan salah satu instrumen yang sudah divalidasi dan dapat digunakan untuk melakukan evaluasi dari isi dan mutu *clinical pathway*, yang terdiri dari 6 dimensi (Whittle, 2009) yaitu:

- a. Dimensi 1: Bagian ini memastikan apakah formulir yang dinilai adalah *clinical pathway*.
- b. Dimensi 2: Menilai proses dokumentasi *clinical pathway*.
- c. Dimensi 3: Menilai proses pengembangan *clinical pathway* sama pentingnya dengan *clinical pathway* yang dihasilkan.
- d. Dimensi 4: Menilai proses implementasi *clinical pathway*.
- e. Dimensi 5: Menilai proses pemeliharaan *clinical pathway*.
- f. Dimensi 6: Menilai peran organisasi (RS).

Pneumonia adalah inflamasi yang mengenai parenkim paru yang sebagian besar disebabkan oleh mikroorganisme (virus/ bakteri) dan sebagian kecil disebabkan oleh hal lain (aspirasi, radiasi, dll). Gejala klinis pneumonia pada bayi dan anak bergantung pada berat ringannya infeksi. Gejala infeksi umum yaitu demam, sakit kepala, gelisah, malaise, penurunan nafsu makan, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, diare, kadang-kadang ditemukan gejala infeksi ekstrapulmoner. Gejala gangguan respiratori yaitu batuk, sesak nafas, retraksi dada, takipnea, nafas cuping hidung, perasaan sulit bernafas, merintih, dan sianosis. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan pekak

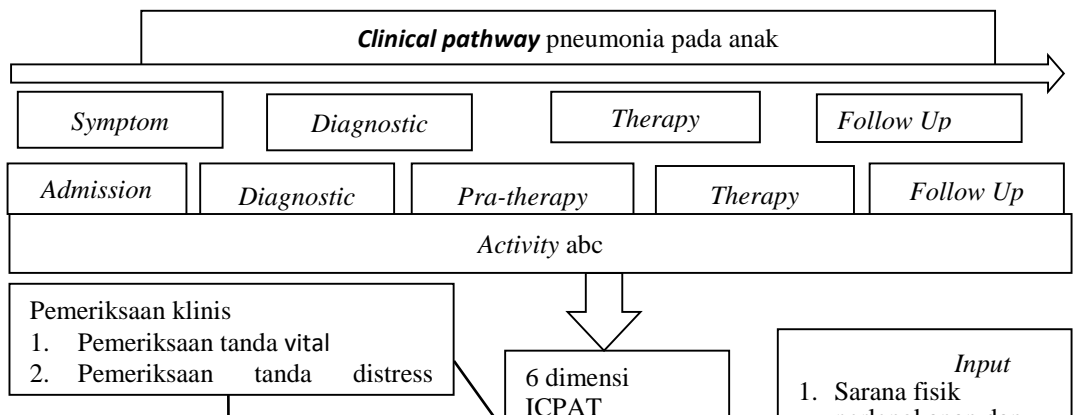
perkusi suara nafas melemah, dan ronki. Sebagian besar pneumonia pada anak tidak perlu rawat inap. Indikasi perawatan terutama berdasarkan berat ringannya penyakit (Said, 2008).

Pneumonia ringan yang dirawat jalan diberi terapi antibiotik Kotrimoksazol (4mg TMP/ kgBB/ kali) atau Amoksisilin (25mg/ kgBB/ kali) 2 kali sehari selama 3 hari. Pneumonia berat yang dirawat inapkan diberi terapi antibiotik Ampisilin/ Amoksisilin (25-50mg/ kgBB/ kali IV atau IM setiap 6 jam) yang harus dipantau dalam 24 jam selam 72 jam pertama. Bila anak memberi respon yang baik maka diberikan selama 5 hari. Selanjutnya terapi dilanjutkan di rumah/ rumah sakit dengan Amoksisilin oral (15mg/ kgBB/ kali) 3 kali sehari selama 5 hari. Bila keadaan klinis memburuk sebelum 48 jam atau terdapat keadaan yang berat maka ditambahkan Kloramfenikol (25mg/ kgBB/ kali IM atau IV setiap 8 jam). Bila pasien datang dalam keadaan klinis berat segera berikan oksigen dan pengobatan kombinasi Ampisillin-Kloramfenikol atau Ampisillin-Gentamisin dan sebagai alternatif beri Seftriakson (80-100mg / kgBB IM atau IV sekali sehari) (WHO, 2005).

Dalam penelitian ini evaluasi merupakan kegiatan mengevaluasi *clinical pathway* di bangsal Anggrek. Tujuan evaluasi ini untuk mengetahui implementasi *clinical pathway* pneumonia di

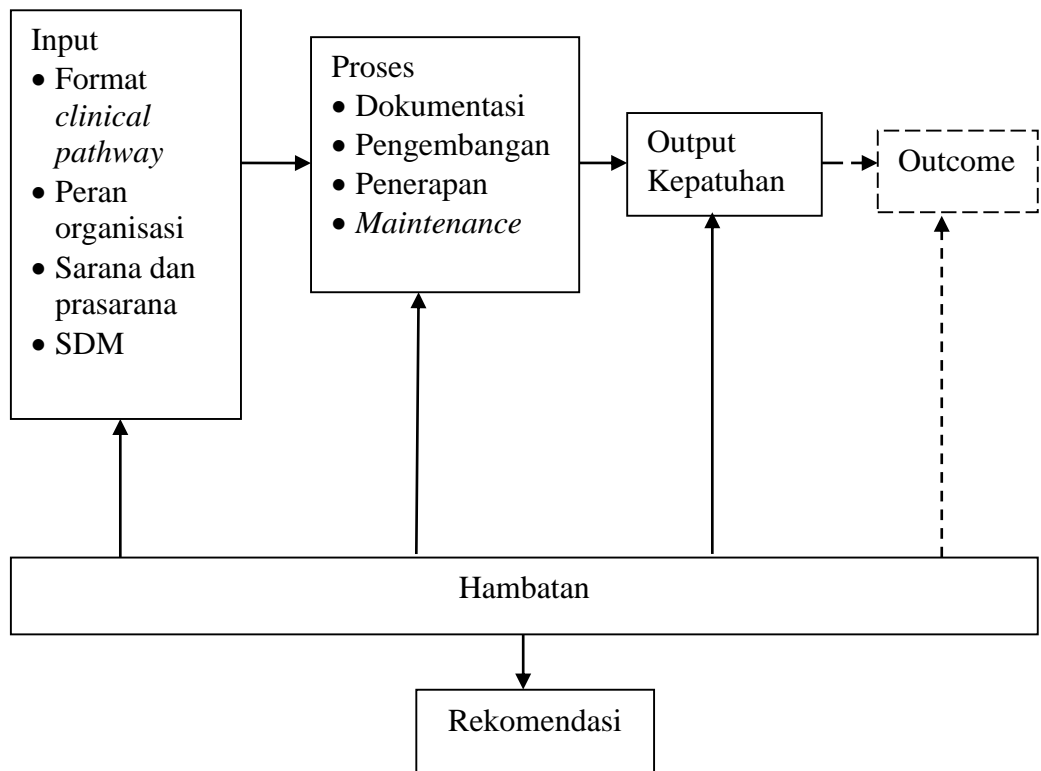
rawat inap bagian anak RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil evaluasi dijadikan sebagai dasar rekomendasi bagi rumah sakit. Rekomendasi merupakan kesimpulan, pendapat, dan saran yang disusun berdasarkan hasil evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

#### D. Kerangka Teori



**Gambar 2.1. Kerangka Teori**

## E. Kerangka Konsep



**Gambar 2.2. Kerangka Konsep**

Keterangan :

Diteliti : —→

Tidak diteliti : - -→

## **F. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana format dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
2. Bagaimana peran RS dalam *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
3. Bagaimana sarana dan prasarana dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
4. Bagaimana SDM dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
5. Bagaimana dokumentasi dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
6. Bagaimana pengembangan dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
7. Bagaimana penerapan dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
8. Bagaimana *maintenance* dari *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
9. Bagaimana kepatuhan penggunaan *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?



10. Apa saja masalah dan hambatan dalam implementasi *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?
11. Bagaimana rekomendasi dalam pelaksanaan implementasi *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul?

