

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul

Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati merupakan pendukung penyelenggaraan pemerintah daerah yang dipimpin oleh seorang direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada bupati melalui sekretaris daerah. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah bidang pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul dalam melaksanakan tugasnya mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan rumah sakit.
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan rumah sakit.
- c. Pembinaan dan pengendalian pelayanan rumah sakit.
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul berdiri sejak tahun 1953 sebagai RS hongeroedem (HO). Tahun 1956 resmi menjadi RS Kabupaten dengan 60 Tempat Tidur (TT), pada tahun 1967 menjadi 90 TT. Tanggal 1 April 1982 diresmikan Menkes RI sebagai RSUD Bantul Type D. Tanggal 26 Pebruari 1993 ditetapkan sebagai RS Type C (SK Menkes RI Nomor 202/Menkes/SK/11/1993.

Tanggal 1 Januari 2003 Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul menjadi RS Swadana dengan Perda No.8 tanggal 8 Juni 2002 dan pada tanggal 29 Maret 2003 berubah nama menjadi RSD Panembahan Senopati Bantul. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul mulai 1 September 2004 menerapkan Tarif *Unit Cost* (Perda Nomor 4 Tahun 2004). Sesuai SK Menkes No. 142/Menkes/SK/I/2007 Tanggal 31 Januari 2007 tentang Peningkatan Kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul dari Type C menjadi Kelas B Non Pendidikan. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul ditetapkan sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul sesuai Keputusan Bupati Bantul Nomor 195 Tahun 2009 tanggal 21 Juli 2009.

Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul memiliki visi, misi, nilai-nilai, dan motto yaitu:

- a. **Visi:** Tewujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat.
- b. **Misi:**
 - 1) Memberikan pelayanan prima pada pelanggan.
 - 2) Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia.
 - 3) Melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan.
 - 4) Meningkatkan jalinan kerjasama dengan mitra terkait.
 - 5) Meningkatkan ketersediaan sarana prasarana yang berkualitas.
 - 6) Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang sehat untuk mendukung pertumbuhan organisasi.

c. Nilai-nilai:

- 1) Jujur.
- 2) Rendah hati.
- 3) Kerja sama.
- 4) Profesional.
- 5) Inovasi.

d. Motto : Melayani sepenuh hati untuk kualitas hidup yang lebih baik.

Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul juga memiliki tujuan, sasaran, dan kebijakan yaitu:

a. Tujuan

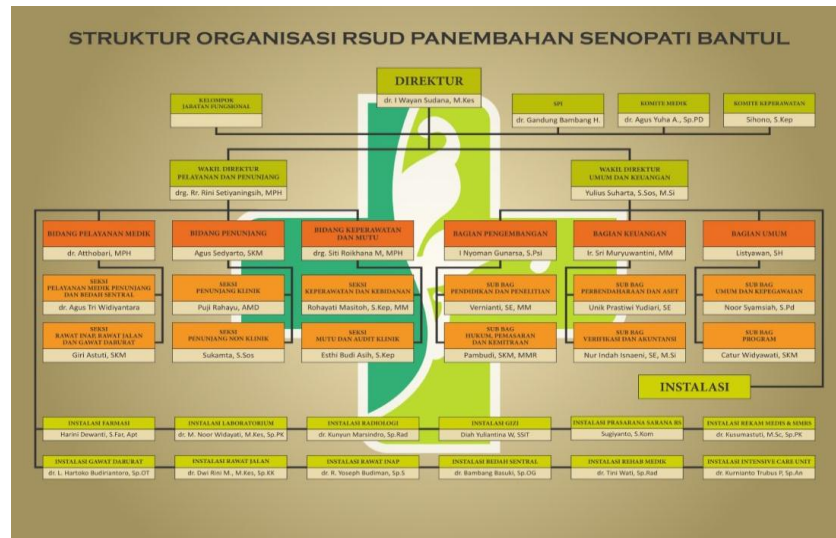
- 1) Terwujudnya proses pelayanan yang berkualitas.
- 2) Terwujudnya kepercayaan dan kepuasan pelanggan.
- 3) Terwujudnya karyawan yang produktif dan berkomitmen.
- 4) Terwujudnya proses pelaporan dan akses informasi yang cepat dan akurat.
- 5) Terwujudnya rumah sakit sebagai jejaring pelayanan pendidikan dan penelitian.
- 6) Terwujudnya pelayanan non fungsional untuk kepuasan pelanggan.

b. Sasaran

- 1) Meningkatnya kualitas dan terintegrasikannya proses pelayanan kepada pelanggan.
- 2) Meningkatnya kepercayaan dan kepuasan pelanggan.
- 3) Meningkatnya pendidikan dan pelatihan karyawan (kapabilitas karyawan) dan meningkatnya etos/ semangat kerja karyawan (komitmen karyawan).

- 4) SIM RS yang terintegrasi untuk seluruh unit.
 - 5) Terlaksananya pelayanan pendidikan dan penelitian bagi institusi dan perorangan.
 - 6) Terlaksananya pelayanan non fungsional.
- c. Kebijakan
- 1) Pelayanan prima.
 - 2) *Business Process Reengineering* (BPR).
 - 3) Pembangunan kemitraan dengan pelanggan.
 - 4) Peningkatan layanan pelanggan.
 - 5) Pengembangan SDM.
 - 6) Pengembangan SIM.
 - 7) Pengembangan jejaring pelayanan pendidikan dan penelitian.
 - 8) Sumber pendapatan non fungsional.

Struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul adalah sebagai berikut:



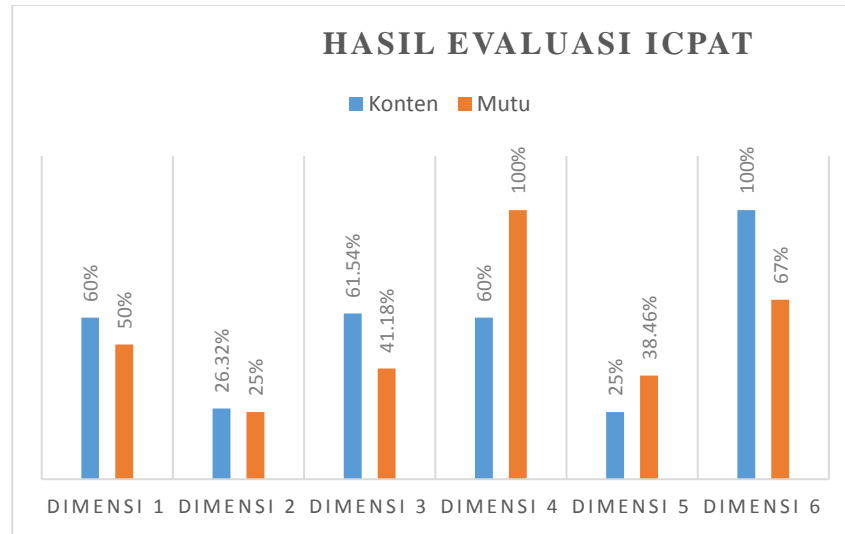
Gambar 4. 1. Struktur Organisasi RSUD Panembahan Senopati Bantul

2. Data Bangsal

Bangsal Angrek adalah bangsal anak yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang memberikan pelayanan dengan tingkat pelayanan perawatan kelas II dan III serta HCU (*High Care Unit*). Bangsal Angrek berkapasitas 30 TT (kelas 2 terdiri dari 10 TT, kelas 3 terdiri dari 18 TT, dan HCU terdiri dari 2 TT) yang terbagi dalam 10 ruang perawatan biasa dan 1 ruangan HCU.

3. Hasil Evaluasi ICPAT

Peneliti melakukan penelitian berdasarkan hasil pengisian *checklist* oleh responden dan diperoleh hasil sebagai berikut:



Gambar 4. 2. Grafik Hasil Evaluasi ICPAT

Grafik di atas menunjukkan persentase konten dan mutu dari 6 dimensi pada ICPAT. Berdasarkan literatur *Whittle et al "Assesing the content and quality of pathways"* (2008) kategori baik jika nilai $>75\%$, moderat $50-75\%$, dan kurang $<50\%$. Dimensi 1 (apakah benar sebuah *clinical pathway*?) memiliki konten dan mutu yang moderat, dimensi 2 (dokumentasi) dan 5 (*maintenance*) memiliki konten dan mutu yang kurang, dimensi 3 (pengembangan) memiliki konten yang moderat dan mutu yang kurang, dimensi 4 (implementasi) memiliki konten yang moderat dan mutu yang baik, dan dimensi 6 (peran organisasi) memiliki konten yang baik dan mutu yang moderat.

4. *Input*

a. ICPAT Dimensi 1 (Apakah Benar Sebuah *Clinical Pathway*?)

1) *Outline* pelayanan

Outline pelayanan merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 1. Berdasarkan hasil observasi pada lembar *clinical pathway*, didapatkan bahwa *outline* pelayanan dari *clinical pathway* pneumonia tidak memiliki titik awal

yang jelas apakah di poli, bangsal atau IGD, serta *clinical pathway* tidak mencakup kontinuitas pelayanan/ terapi selama 24 jam. *Clinical pathway* pneumonia memiliki titik akhir dan memberikan *outline* mengenai proses pelayanan yang ada.

2) Peran *profesi*

Peran profesi merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 1. Peran profesi pada *clinical pathway* pneumonia tidak terlihat secara jelas siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan. Peran profesi yang ada dalam pelayanan menjadi tidak terlihat.

3) *Design*

Design merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 1. *Clinical pathway* pneumonia dapat membantu pengambilan keputusan/ menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti komorbid, faktor risiko atau masalah lain. Sejalan dengan hasil wawancara peneliti dengan responden 6, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Eee,, sek,, kalau clinical pathway sendiri memang misalnya pasien itu sudah terdiagnosis pneumonia otomatis kita akan fokus terhadap mau apa terapinya sesuai dengan clinical pathway misalkan dengan terapi awal kita berikan kemudian, monitoringnya yang harus dilakukan itu apa, eee, apa, tindak lanjutnya bagaimana, kemudian outcomenya, yang perlu dicapai bagaimana.” (Wawancara Hari Jumat, 27 Mei 2016, Pukul 15.30 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

Kekurangan *design clinical pathway* pneumonia ini adalah formulir *clinical pathway* tidak dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien, dan dokumentasi *clinical pathway* tidak dapat mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan pasien.

Menurut responden 6 *clinical pathway* merupakan panduan atau pedoman untuk tindakan yang dilakukan pada pasien berdasarkan penyakit tertentu misalkan pneumonia dan DHF, panduan tindakan tersebut dilakukan setiap hari sehingga dapat diketahui apa yang harus diperiksa dan kemudian terapi apa yang akan diberikan yang dituliskan/ dijadikan patokan dalam terapi tersebut. Keberadaan *clinical pathway* sangatlah penting karena *clinical pathway* dapat menjadi pedoman/ standarisasi bagi para dokter dalam memberikan terapi pengobatan kepada pasien, sehingga para dokter diharapkan tidak memberikan terapi yang berbeda seperti pengalaman sebelumnya. Sejalan dengan hasil wawancara peneliti dengan responden 6, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Hem,, clinical pathway kalau menurut saya merupakan panduan atau pedoman untuk se,,e, tindakan, eee,, yang dilakukan pada pasien berdasarkan penyakit tertentu misalkan yang di Anggrek itu bronkopneumonia dan DHF jadi nanti panduan tindakan dalam hitungan tiap harinya itu nanti yang harus diperiksa apa kemudian terapinya apa, itu nanti bisa ditulis apa, dijadikan patokan dalam terapi tersebut. Ooo,, kalau misalkan, menurut pengalaman di lapangan, itu kan, misalkan beda dokter, itu sering terjadi, ee,, perbedaan terapi, bagaimana clinical pathway ini, sebagai patokan untuk, eee,, terapi, iya nanti standar, standarisasi, tindakan pada pasien dengan diagnosa yang sama, itu eee,, dimungkinkan sama pelayanannya yang sama, dan juga nanti ee,, tidak terjadi,, apa iya namanya,, eee,, perbedaan yang e,, nyata karena juga CP disesuaikan dengan teori yang ada jadi tindakan pada pasien bisa sesuai gitu.” (Wawancara Hari Rabu, 25 Mei 2016, Pukul 11.40 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

b. ICPAT Dimensi 6 (Peran Organisasi)

1) *Clinical governance*

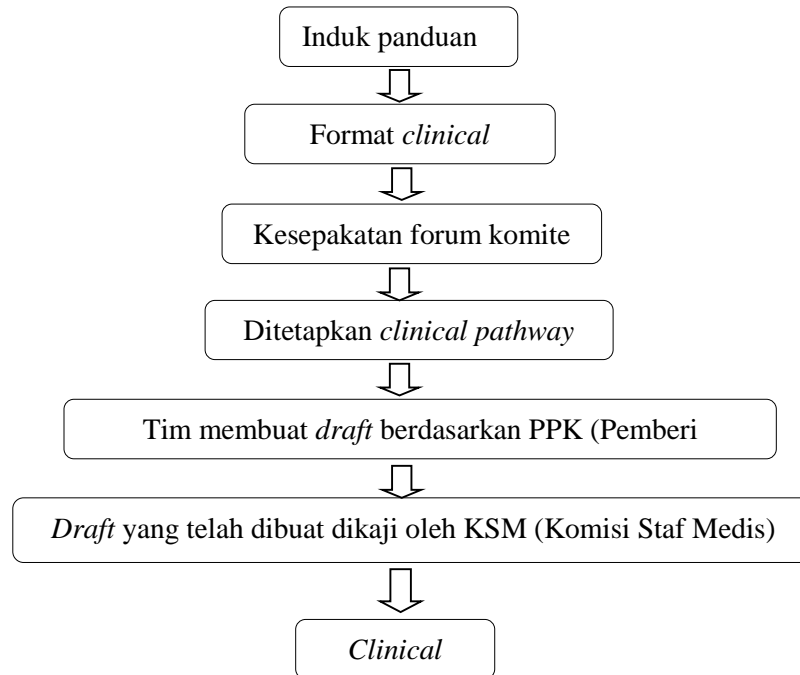
Clinical governance merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. *Clinical pathway* pneumonia telah dijadikan *clinical governance* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Clinical pathway* yang dijadikan *clinical governance* ini menunjukkan adanya peran organisasi rumah sakit.

2) Pengembangan *clinical pathway*

Pengembangan *clinical pathway* merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. Berdasarkan pemaparan manajemen RS pada saat wawancara mendalam telah ada perencanaan ditingkat RS yang memuat secara spesifik rencana untuk pengembangan *clinical pathway* pneumonia, pengembangan *clinical pathway* pneumonia didukung oleh komite medis, individu yang mengembangkan *clinical pathway* pneumonia adalah klinisi, ada tim strategi yang mereview seluruh proses pengembangan *clinical pathway* pneumonia, manajemen risiko RS telah dipertimbangkan dengan baik pada proses pengembangan *clinical pathway* pneumonia, ada pengelola untuk pengembangan *clinical pathway* pneumonia, target RS harus berupa target yang harus tercapai tetapi tidak ada alokasi waktu yang cukup untuk pengembangan *clinical pathway* pneumonia. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan responden 1, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Clinical pathway itu ditetapkan berdasarkan dari high risk, high volume, high cost ya, kemudian tiga itu ee,, itu disepakati, ee,, di forum komite medik. Jadi mereka eee,, menetapkan lima itu dari apa berdasarkan jumlah sepuluh besar penyakit itu jadinya, itu diambil dari sana, berdasarkan kesepakatan internal komite medik, di kelompok staf medik.” (Wawancara Hari Senin, 13 Juni 2016, Pukul 12.12 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa proses penyusunan *clinical pathway* adalah sebagai berikut:



Sumber : Data primer

Gambar 4. 3. Proses Penyusunan *Clinical Pathway*

3) Integrasi *clinical pathway*

Integrasi *clinical pathway* merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. Tidak ada bukti bahwa *clinical pathway* terintegrasi ke dalam inisiatif lain yang dimiliki RS. Hal ini menunjukkan peran organisasi RS yang masih kurang.

4) Komitmen rumah sakit

Komitmen rumah sakit merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. Rumah sakit menyadari bahwa *clinical pathway* melibatkan

komitmen perubahan jangka panjang. Hal ini menunjukkan adanya peran organisasi RS

5) Pedoman rumah sakit

Pedoman rumah sakit merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi

6. Tidak adanya pedoman RS untuk pendokumentasian *clinical pathway*. Hal ini menunjukkan peran organisasi RS yang masih kurang.

6) Kebijakan rumah sakit

Kebijakan rumah sakit merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. Dokumentasi *clinical pathway* mencerminkan kebijakan RS dalam dokumentasi pelayanan klinik. Hal ini menunjukkan adanya peran organisasi RS.

7) Pelatihan

Pelatihan merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 6. Ada pelatihan yang komprehensif untuk mengembangkan dan menggunakan *clinical pathway* pneumonia. Sejalan dengan hasil wawancara mendalam dengan responden 6, beliau mengatakan sebagai berikut:

“... ada seminar, kemudian ada ini si perumusan pembuatan *clinical pathway* itu saja.” (Wawancara Hari Rabu, 25 Mei 2016, Pukul 11.40 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

Rumah sakit mengaktifkan *case manager* untuk mengatasi kendala dalam implementasi *clinical pathway* maka ditugaskanlah seorang *case manager* yang akan memantau dan mendampingi secara terus menerus untuk pengisian *clinical pathway* di masing-masing bagian. Ditugaskannya seorang *case manger* yang akan memantau berjalannya *clinical pathway* merupakan

hasil *benchmarking* dari beberapa rumah sakit, serta hasil evaluasi dari akreditasi. Sejalan dengan hasil wawancara peneliti dengan responden 1, beliau mengatakan sebagai berikut:

“...waktu kemudian kita mengaktifkan, membentuk case manager. Betul-betul case manager. Kemarin kan ada mispersepsi dalam kita mendefinisikan, menugaskan seorang case manager, case manager juga mengelola clinical pathway itu yang nanti akan memantau terus ee,, apa mendampingi terus untuk pengisian clinical pathway, implementasi di masing-masing bagian. Kemudian permasalahannya antara lain itu, belum ada yang ngawal terus, perawat, kepala ruang pun belum ada yang begitu peduli dengan ini ya karena mungkin kesibukan nanti kita akan bentuk case manger yang akan memantau terus ee,, apa berjalannya implementasi dari clinical pathway, rencananya itu karena ini hasil benchmarking ee,, dari beberapa rumah sakit kemarin dan hasil evaluasi dari akreditasi kemarin ternyata, ada panduan khusus untuk case manager antara lain tugasnya ini.” (Wawancara Hari Senin, 13 Juni 2016, Pukul 12.12 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

c. SDM (Sumber Daya Manusia)

1) Jumlah SDM yang ada di bangsal Anggrek adalah sebagai berikut :

SDM	Jumlah
Dokter spesialis anak	4 orang
Perawat	19 orang
Asper	2 orang
Administrasi	1 orang

Tabel di atas menunjukkan jumlah SDM yang ada di bangsal Anggrek yaitu sebanyak 26 orang dengan jumlah terbanyak adalah perawat yaitu 19 orang dengan 2 orang asisten perawat. Dokter spesialis anak yang ada di bangsal tersebut adalah 4 orang. Administrasi yang ada di bangsal tersebut adalah 1 orang.

2) Beban Kerja

Berdasarkan Permenkes No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit bahwa rumah sakit tipe B harus memiliki jumlah pelayanan medik dasar minimal 3 orang dokter spesialis dengan 1 orang sebagai tenaga tetap. Rumah sakit Panembahan Senopati Bantul memiliki 4 orang dokter spesialis anak berarti jumlah dokter spesialis anak sudah mencukupi. Berikut ini tabel data jumlah hari perawatan, BOR, dan LOS bangsal Anggrek bulan Januari-Maret pada tahun 2016:

Tabel 4. 2. Jumlah Hari Perawatan, BOR, dan LOS

Bulan	Jumlah Pasien			Jumlah Lama Dirawat	Jumlah Hari Perawatan	BOR	LOS
	L	P	Jumlah				
Januari	131	81	212	939	797	85,70	5,02
Februari	112	91	203	959	795	91,38	5,42
Maret	139	85	224	1106	881	94,73	5,61

Sumber : Rekam Medik RSUD Panembahan Senopati Bantul, 2016

Tabel di atas menunjukkan BOR 85,70% pada bulan Januari 2016, 91,38% pada bulan Februari 2016, dan 94,73% pada bulan Maret 2016 menunjukkan nilai lebih dari standar yaitu 60-65% berdasarkan Depkes RI. LOS pada bulan Januari adalah 5,02 hari, bulan Februari 5,42 hari, dan bulan Maret 5,61 hari.

Tabel 4. 3. Perawatan Pasien di Bangsal Anggrek

No	Kategori	Rata-rata Jumlah Pasien/ hari	Jam Perawatan/ hari	Jumlah Jam Perawatan/ hari
1	Minimal	0	2	0
2	Intermediet	23	3,08	70,84
3	Modified	4	4,15	16,6
	Jumlah	27		87,44

Berikut ini perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan Depkes

RI :

Tenaga yang dibutuhkan : $\frac{87,44}{7} = 12,49$ orang

Faktor koreksi

1. $Loss\ day : \frac{52+12+14}{286} \times 13,05 = 3,55$ orang

2. $\frac{jumlah\ tenaga\ perawat+loss\ day}{100} \times 25 = 3,99$ orang

Jadi kebutuhan tenaga perawat di bangsal Anggrek adalah $12,49 + 3,55 + 3,99 = 20,03$ orang

Jumlah tenaga perawat di bangsal Anggrek belum terpenuhi, masih diperlukan 2 orang perawat agar terpenuhi.

3) Metode Asuhan Keperawatan

Metode asuhan keperawatan di setiap rumah sakit pasti berbeda-beda. Bangsal Anggrek yang merupakan bangsal anak tentu memiliki metode asuhan keperawatan tersendiri. Metode asuhan keperawatan di bangsal Anggrek adalah model keperawatan MPM (Metode Primer Modifikasi).

4) Persepsi

Persepsi para staf yang terlibat dalam *clinical pathway* pneumonia di bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 4. Persepsi para Staf Bangsal Anggrek

<i>Axial Coding</i>	<i>Sub Tema</i>	<i>Tema</i>
<p><i>Clinical pathway</i> membantu pada fokus terapi walau belum ada penelitian.</p> <p>Pentingnya <i>clinical pathway</i> dalam pelayanan kesehatan adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melihat mutu pelayanan. • Patokan untuk terapi. <p>Pemberian pelayanan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian pelayanan kesehatan sudah sesuai <i>clinical pathway</i> tapi beberapa ada yang belum. • Pemberian antibiotik sesuai <i>clinical pathway</i>. <p><i>Clinical pathway</i> dalam beban kerja perawat adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sementara ini <i>clinical pathway</i> tidak menambah beban kerja tapi mempermudah kerja perawat. • Perawat berperan dalam mengingatkan pengisian blangko. <p>Perbedaan sebelum dan sesudah ada <i>clinical pathway</i> adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada perubahan saat sebelum dan sesudah adanya <i>clinical pathway</i>. • Saat sebelum ada <i>clinical pathway</i> ada perbedaan dalam pemberian terapi. 	<p><i>Clinical pathway</i> membantu dalam pengambilan keputusan untuk fokus terapi yang diberikan kepada pasien.</p> <p><i>Clinical pathway</i> sangat penting dalam pelayanan kesehatan.</p> <p>Pemberian pelayanan kesehatan beberapa sudah sesuai <i>clinical pathway</i> dalam hal terapi.</p> <p><i>Clinical pathway</i> sementara ini tidak menambah beban kerja perawat.</p> <p>Ada perubahan saat ada <i>clinical pathway</i>.</p>	<p>Persepsi staf terhadap penggunaan <i>clinical pathway</i> pneumonia sudah baik.</p>

Persepsi dari para staf yang terlibat dalam *clinical pathway* berbeda-beda. Setiap profesi memiliki persepsi masing-masing tentang *clinical pathway*. Persepsi ini menunjukkan *clinical pathway* itu apa dan seperti apa dinilai dari sudut pandang yang berbeda-beda.

d. Peralatan Medis Bangsal Anggrek

Peralatan medis di bangsal Anggrek termasuk kategori cukup baik dari segi kuantitas maupun kualitas menurut tenaga kesehatan yang ada di bangsal Anggrek.

Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 5. Peralatan Medis di Bangsal Anggrek

No	Alat	Jumlah
1	Termometer	4
2	Nebulizer	1
3	Oksimeter	2
4	Tensimeter	3
5	Stetoskop	5
6	Lampu	1
7	<i>Syringe pump</i>	2
8	Animec	1
9	Monitor EKG	2
10	<i>Infus pump</i>	1
11	<i>Suction</i>	1
12	Timbangan	3
13	EKG	1
14	Ambubag	2
15	<i>Trolley emergency</i>	1

Tabel di atas menunjukkan peralatan medis yang ada di bangsal Anggrek.

Alat-alat itu berfungsi dalam menunjang perawatan yang dilakukan di bangsal Anggrek.

5. Proses

a. ICPAT Dimensi 2 (Dokumentasi)

1) Petunjuk teknis

Petunjuk teknis merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 2. Judul *clinical pathway* memuat secara jelas jenis penderita/ penyakit, ada instruksi penggunaan formulir *clinical pathway*, namun tidak ada penjelasan mengenai keadaan di mana pasien tidak dapat menggunakan *clinical pathway* ini, tidak ada mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien sebenarnya masuk dalam *clinical pathway* lain, tidak ada instruksi penggunaan *clinical pathway* tidak dicantumkan dengan jelas, dan tidak ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien.

2) *Outline* dokumen

Outline dokumen merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 2. *Outline clinical pathway* pneumonia tidak ada nomor disetiap halaman, tidak ada jumlah total halaman disetiap halaman, tidak ada nomor versi/ revisi dari formulir *clinical pathway*, tidak ada tanggal kapan *clinical pathway* tersebut dikembangkan/ berlaku pada formulir *clinical pathway*, tidak ada tanggal rencana *review* dokumen *clinical pathway*, tidak semua singkatan/ istilah dijelaskan dalam dokumen *clinical pathway*, tidak ada ruang untuk menuliskan nama pasien disetiap halaman, tidak ada contoh tanda tangan (paraf) untuk setiap staf/ klinisi yang akan mengisi formulir *clinical pathway*, tidak ada instruksi tentang bagaimana cara mencatat variasi/ perkecualian, tidak ada peringatan akan pentingnya melengkapi variasi/ perkecualian, tidak ada sistem pencatatan variasi/ perkecualian memuat data, ada sistem pengingat bahwa harus ada justifikasi professional sewaktu akan memberikan pelayanan/ terapi yang diminta/ dibutuhkan oleh pasien, *clinical pathway* tidak memasukkan

pernyataan persetujuan pasien terhadap pelayanan/ terapi yang diberikan, isi *clinical pathway* berdasar referensi, tidak ada penjelasan dimana tempat membuat catatan tambahan dalam dokumentasi *clinical pathway*, tidak ada penjelasan dimana *clinical pathway* disimpan saat digunakan, ada sistem dokumentasi *clinical pathway* memenuhi standar dokumentasi RS dan nasional, *outcome*/ tujuan untuk pasien ditetapkan dengan jelas, Menurut responden 4 isi dari *clinical pathway* sesuai dengan referensi bagian anak. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan responden 4 sebagai berikut :

“...kalau khusus untuk anak iya misalnya pneumonia kita ambil dari, dari SBM IDAI dan WHO.” (Wawancara Hari Jumat 27 Mei 2016, Pukul 15.30 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

3) Keterlibatan pasien

Keterlibatan pasien merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 2. Pasien tidak mengisi beberapa bagian dari *clinical pathway*, tidak ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam *clinical pathway*, dan pasien tidak memiliki akses kepada *clinical pathway* mereka. Sejalan dengan hasil wawancara mendalam dengan responden 2, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Oh,,,gak, ...” (Wawancara Hari Senin 13 Juni 2016, Pukul 12.04 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

b. ICPAT Dimensi 3 (Proses Pengembangan)

1) *Outline* pengembangan *clinical pathway*

Outline pengembangan *clinical pathway* merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 3. Dalam notulen pertemuan terdapat daftar absensi

staf yang terlibat dalam proses penyusunan *clinical pathway*, ada catatan mengenai keputusan-keputusan yang diambil terkait isi dari *clinical pathway*, *review* praktek-praktek yang telah dilaksanakan menjadi dasar pengembangan *clinical pathway*, pencarian *literature* dilakukan untuk menetapkan isi *clinical pathway*, ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk memasukkan sebuah referensi, semua referensi, pedoman dan petunjuk teknis yang digunakan dalam *clinical pathway* tersedia untuk para staf untuk dipelajari, penilaian terhadap referensi yang digunakan dilakukan secara komprehensif, risiko klinik dipertimbangkan sebagai bagian dari *clinical pathway*, diskusi tentang isi *clinical pathway* dilakukan tidak secara komprehensif, dan kebutuhan pasien yang multikultur tidak dipertimbangkan.

2) Uji coba dan audit

Uji coba dan audit merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 3. *Clinical pathway* telah diuji coba, variasi/ perkecualiaan tidak diaudit saat uji coba, *outcome/* tujuan tidak diaudit saat uji coba, tidak dilakukan audit penggunaan *clinical pathway* saat uji coba, tidak ada umpan balik dari hasil audit penggunaan *clinical pathway* saat uji coba, standar dokumen yang telah ada sebelumnya telah diaudit sebelum mengembangkan *clinical pathway*, persyaratan hukum tidak terpenuhi dalam uji coba, tidak semua staf dan pasien yang diminta mengisi *clinical pathway* telah melaksanakan hal itu saat uji coba, dan jumlah sampel pasien untuk uji coba *clinical pathway* tidak mencukupi. Hal ini menunjukkan masih kurangnya pengembangan *clinical pathway*.

3) Kompetensi dan keterlibatan staf

Kompetensi dan keterlibatan staf merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 3. Pelatihan, pendidikan, dan kompetensi staf tidak diperhatikan sebagai bagian dari isi *clinical pathway*, dan semua perwakilan staf yang akan menggunakan *clinical pathway* tidak dilibatkan dalam proses pengembangan. Hal ini menunjukkan masih kurangnya pengembangan *clinical pathway*.

4) Keterlibatan pasien

Keterlibatan pasien merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 3. Tidak adanya perwakilan pasien yang turut mereview *clinical pathway* untuk memastikan kerahasiaan pasien, pasien tidak dilibatkan dalam pengembangan *clinical pathway*, pendapat pasien tidak dikumpulkan pada saat uji coba, dan hasil uji coba tidak didiskusikan dengan pasien. Hal ini menunjukkan masih kurangnya pengembangan *clinical pathway*.

c. ICPAT Dimensi 4 (Proses Implementasi)

1) *Outline* implementasi

Outline implementasi merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 4. Ada bukti bahwa RS pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan risiko yang dapat terjadi karena penggunaan *clinical pathway* sebelum digunakan, sudah ada program pelatihan penggunaan *clinical pathway* untuk para staf, tidak ada sistem untuk memberikan umpan balik tentang variasi yang terjadi dalam *clinical pathway* kepada pasien, dan penilaian risiko oleh RS telah mencukupi.

Clinical pathway mulai diimplementasikan di RSUD Panembahan Senopati Bantul sejak tahun 2015, meskipun masih dalam tahap uji coba namun *clinical pathway* telah dijadikan pedoman bagi para dokter untuk memberikan pengobatan atau perawatan pasien pneumonia. *Clinical pathway* itu sendiri ditetapkan berdasarkan dari *high risk, high volume, high cost*, kemudian dibawa dalam forum rapat komite medik untuk disepakati bersama. Forum rapat medik menetapkan 5 *clinical pathway* yang diambil dari 10 besar penyakit yang telah dihitung *high risk, high volume, high cost*nya, kemudian diputuskan untuk disepakati internal komite medik dan staf medik. Sejalan dengan hasil wawancara peneliti dengan responden 1, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Clinical pathway itu kita mulai susun sejak kita mau akreditasi, tahun 2015 kemarin itu sudah mulai meskipun itu kemarin masih uji coba tapi sudah kita susun dan kita gunakan. Clinical pathway ditetapkan berdasarkan dari high risk, high volume, high cost ya dan kemudian itu disepakati dari forum komite medik. Jadi mereka menetapkan 5 clinical pathway dari berdasarkan jumlah 10 besar penyakit itu diambil dari sana, berdasarkan kesepakatan internal komite medik dan staf medik.” (Wawancara Hari Senin, 13 Juni 2016, Pukul 12.12 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 7 responden diperoleh beberapa kendala dalam implementasi *clinical pathway* seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 6. Kendala dalam Implementasi *Clinical Pathway*

<i>Axial Coding</i>	<i>Tema</i>
1. Sikap	Keterbatasan waktu dan
a. Keterbatasan waktu dari pihak medik	kurangnya kesadaran dokter untuk mengisi CP,
b. Kurangnya kesadaran	belum adanya rasa
c. Belum merasa memiliki	memiliki pada CP, dan ada terapi yang belum sesuai dengan CP
2. Dokumentasi Masalah pengisian	
3. Implementasi Masih ada terapi yang tidak sesuai CP	

2) Pelatihan

Pelatihan merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 4. Tidak ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan *training* penggunaan *clinical pathway*. Hal ini menunjukkan proses implementasi yang masih kurang.

3) Penyimpanan

Penyimpanan merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 4. Telah ada kesepakatan tentang penyimpanan *clinical pathway* setelah digunakan. Sejalan dengan wawancara mendalam dengan responden 4, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Dokumentasi *clinical pathway* kita, penyimpanan iya maksudnya, *clinical pathway* kita simpan di,, mana, rekam medis. Jika kita mau mengevaluasi kita akan mengambil rekam medis tersebut, dan kita lihat implementasi penggunaannya bagaimana.” (Wawancara Hari Jumat, 27 Mei 2016, Pukul 15.30 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

d. ICPAT Dimensi 5 (*Maintenance*)

1) *Outline maintenance*

Outline maintenance merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 5. *Clinical pathway* pneumonia direview setiap tahun atau kurang, isi dan dokumentasi *clinical pathway* tidak secara rutin direview, isi dan dokumentasi *clinical pathway* tidak secara rutin direview baik penggunaan maupun kelengkapan dokumentasinya, isi dan dokumentasi *clinical pathway* tidak secara rutin direview berdasarkan variasi/ perkecualian yang timbul, isi dan dokumentasi *clinical pathway* tidak secara rutin direview berdasarkan *outcomes/ goals/ objectives* yang dicapai, isi dan dokumentasi *clinical pathway* tidak secara rutin direview berdasarkan masukan dari para staf, kode variasi tidak diperbaharui sesuai dengan persyaratan organisasi dan daerah/ nasional, kode variasi yang digunakan tidak direview dan diperiksa untuk penggunaan dan konsistensinya, tidak ada bukti bahwa masukan dari pasien telah merubah praktek, variasi dan pencapaian *outcomes/ goals/ objectives* tidak diumpanbalikkan kepada para staf, variasi dan pencapaian *outcomes/ goals/ objectives* tidak diumpanbalikkan kepada para pasien.

Implementasi *clinical pathway* di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebenarnya telah dirancang dengan cukup baik, hal itu dibuktikan dengan adanya target evaluasi atau *review* yang dilakukan setiap 3 bulan sekali. Evaluasi atau *review* dilakukan guna mengetahui apakah *clinical pathway* berjalan sesuai dengan harapan, serta untuk mengetahui kendala apa saja yang menghambat implementasi *clinical pathway*. Menurut responden 4 meskipun telah terdapat target untuk mengevaluasi atau mereview *clinical pathway* setiap 3 bulan sekali, namun faktanya tidak dapat berjalan sesuai dengan target

tersebut. Evaluasi atau *review* dalam kurun waktu satu tahun hanya dapat dilaksanakan kurang lebih 3 kali. Peran dokter sangatlah dibutuhkan dalam upaya evaluasi atau *review* untuk melihat varian apa saja yang telah dijalankan dalam *clinical pathway*, rencana atau target yang telah ditetapkan berjalan atau tidak, jika tidak berjalan apakah faktor yang menjadi kendalanya, apakah sudah tidak sesuai dengan *clinical pathway*, jika memang tidak sesuai maka kedepan akan dihapus dari *clinical pathway*, begitu pula sebaliknya jika terdapat sesuatu hal yang sering dilakukan namun belum masuk dalam *clinical pathway* maka kedepan akan dimasukkan kedalam *clinical pathway*. Sejalan dengan hasil wawancara peneliti dengan responden 4, beliau mengatakan sebagai berikut:

“Reviewnya kita targetnya 3 bulan sekali tetapi secara real kita baru bisa mereview dalam 1 tahun kemarin kalau tidak salah 3 kali. Peran dokter adalah perannya kita lihat jalannya clinical pathway itu varian yang terjadi apa aja kemudian hal-hal yang awalnya kita harapkan bisa dilaksanakan ko tidak dilaksanakan alasannya apa, apa memang itu sudah tidak cocok dengan clinical pathway tersebut, jika tidak cocok akan kita keluarkan dari clinical pathway jadi misalnya ada hal-hal yang tidak masuk varian dan sering dilakukan jika memang perlu dalam penanganan kasus ini kita masukkan ke dalam kolom clinical pathwaynya.” (Wawancara Hari Jumat, 27 Mei 2016, Pukul 15.30 WIB, di RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL).

2) Keterlibatan dan pelatihan staf

Keterlibatan dan pelatihan staf merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 5. Tidak ada individu staf yang bertanggung jawab untuk menjaga *clinical pathway*, tidak ada pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi/format dari *clinical pathway*, tidak ada pelatihan secara rutin penggunaan *clinical pathway* untuk para staf baru yang terlibat, dan ada bukti bahwa

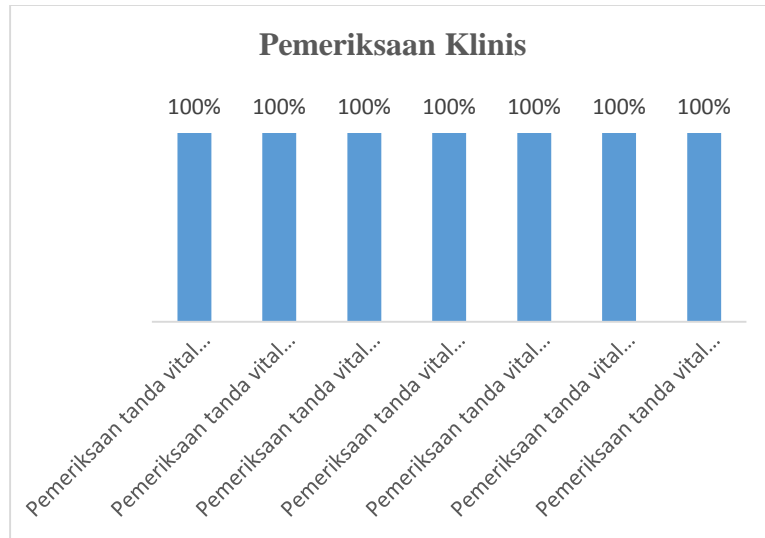
masuk dari staf telah merubah praktek. Hal ini menunjukkan masih kurangnya *maintenance clinical pathway*.

3) Keterlibatan pasien

Keterlibatan pasien merupakan bagian dari penilaian ICPAT dimensi 5. Tidak ada bukti bahwa masuk dari pasien telah merubah praktek dan pasien tidak terlibat dalam mereview isi dari *clinical pathway*. Hal ini menunjukkan masih kurangnya *maintenance clinical pathway*.

6. Output

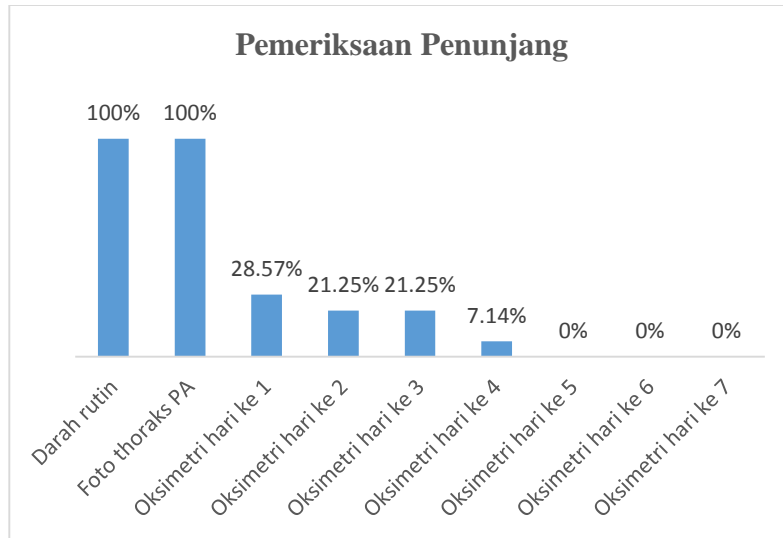
Peneliti juga melakukan audit pada 14 rekam medis pasien dengan diagnosis pneumonia di bangsal Angrek RSUD Panembahan Senopati Bantul. Aspek pelayanan yang ada di *clinical pathway* pneumonia adalah pemeriksaan klinis (pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan tanda distress respirasi, pemeriksaan penunjang (darah rutin, foto thoraks PA, dan oksimetri), tatalaksana medis dan tindakan (oksigenasi, monitor saturasi, monitor intake output cairan dan nutrisi, bantuan pemenuhan ADL, pemasangan infus, dan pelepasan infus), medikasi (infus, antibiotik, nebulizer, pemasangan DC pada kondisi berat, dan pelepasan DC), nutrisi, kegiatan, konsultasi dan komunikasi tim (rehabilitasi medik sesuai indikasi), konseling psikososial, pendidikan dan komunikasi dengan pasien/ keluarga (kepatuhan minum obat dan efek samping obat, pengaturan diet dan modifikasi gaya hidup, anjuran pemberian ASI/ cairan oral, stop masukan oral jika anak tidak bisa minum, penjelasan penyakit, dan kontrol poli), dan rencana *discharge* (bebas demam 24 jam dan tidak sesak nafas). Hasil audit adalah sebagai berikut:



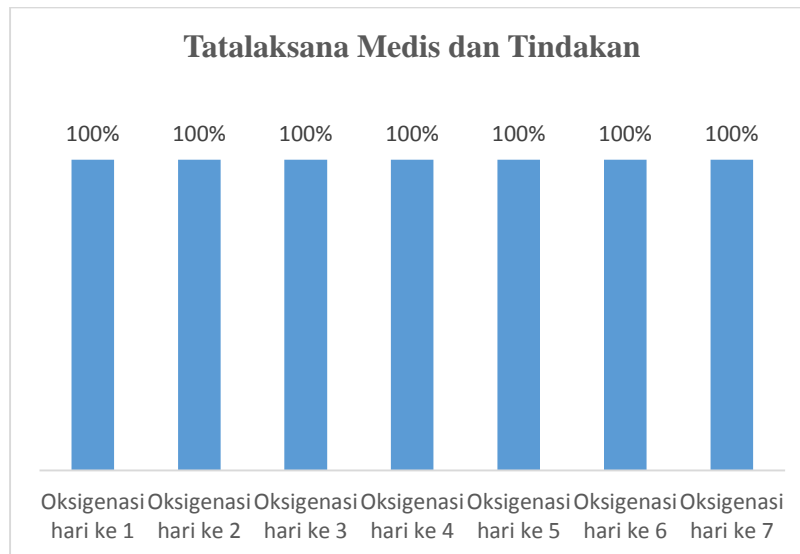
Gambar 4. 4. Grafik Aspek Pelayanan Pemeriksaan Klinis (Pemeriksaan Tanda Vital)



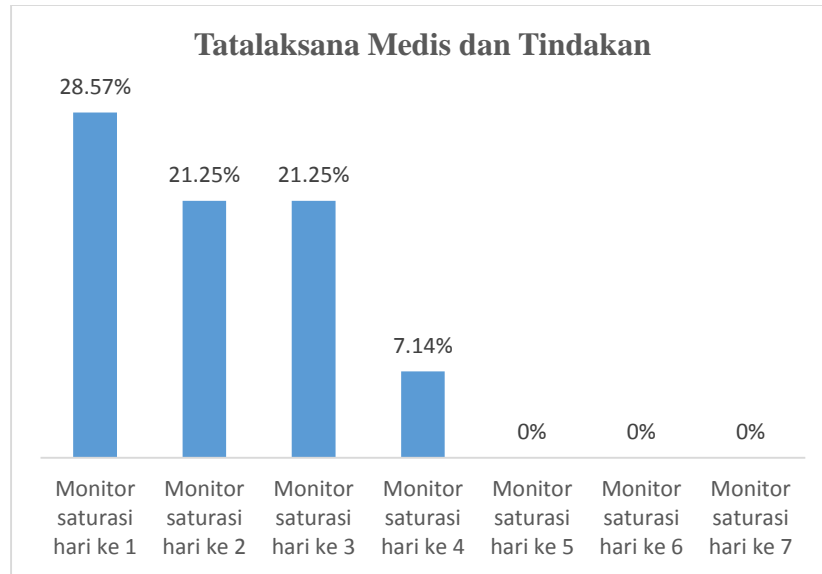
Gambar 4. 5. Grafik Aspek Pelayanan Pemeriksaan Klinis (Pemeriksaan Tanda Distress Respirasi)



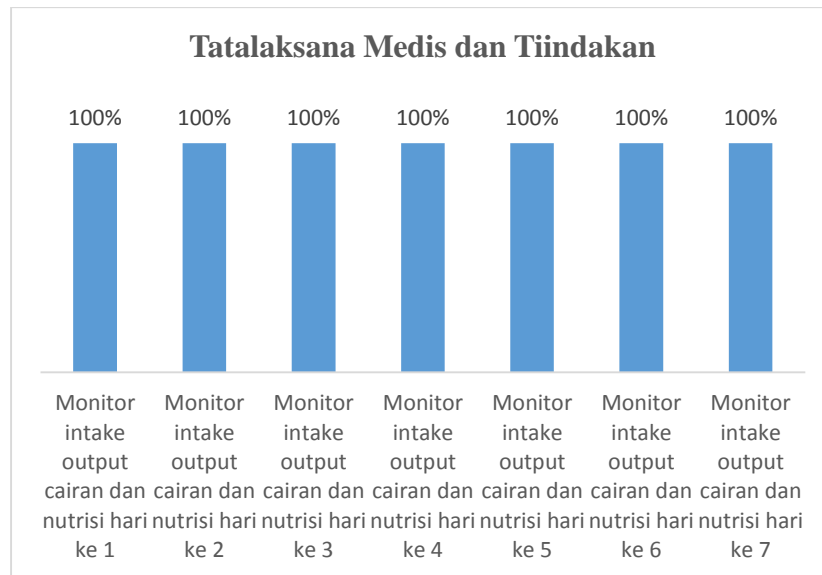
Gambar 4. 6. Grafik Aspek Pelayanan Pemeriksaan Penunjang



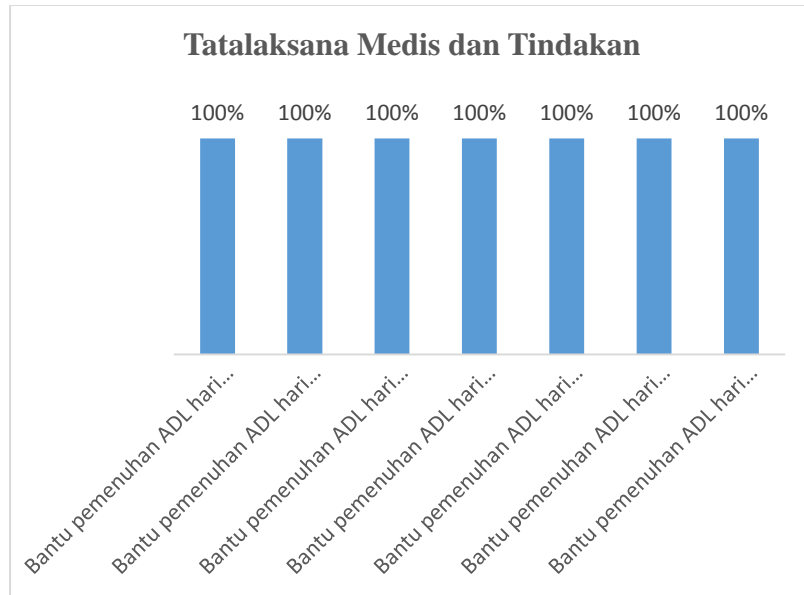
Gambar 4. 7. Grafik Aspek Pelayanan Tatalaksana Medis dan Tindakan (Oksigenasi)



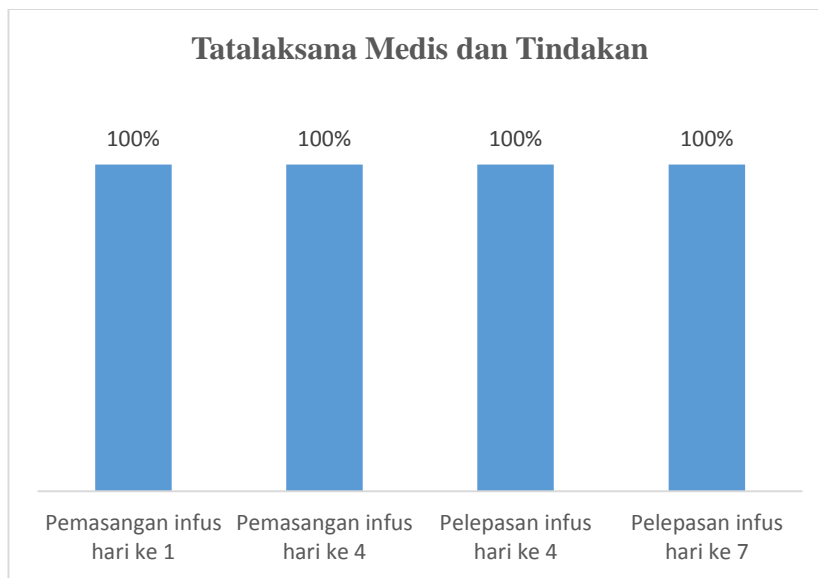
Gambar 4. 8. Grafik Aspek Pelayanan Tatalaksana Medis dan Tindakan (Monitor Saturasi)



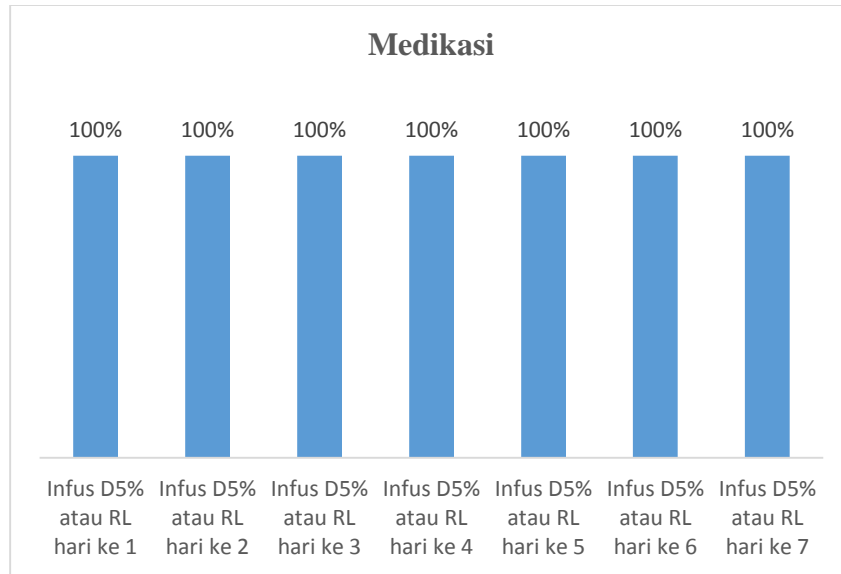
Gambar 4. 9. Grafik Aspek Pelayanan Tatalaksana Medis dan Tindakan (Monitor Intake Output Cairan dan Nutrisi)



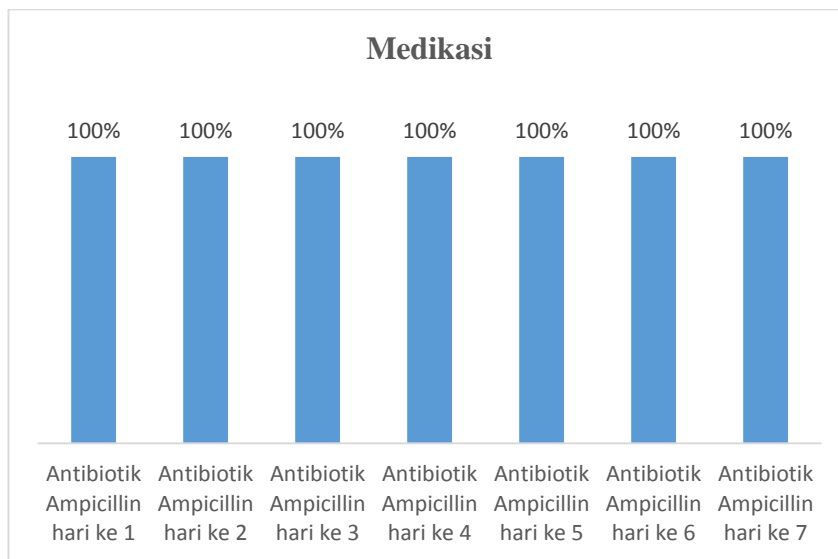
Gambar 4. 10. Grafik Aspek Pelayanan Tatalaksana Medis dan Tindakan (Bantu Pemenuhan ADL)



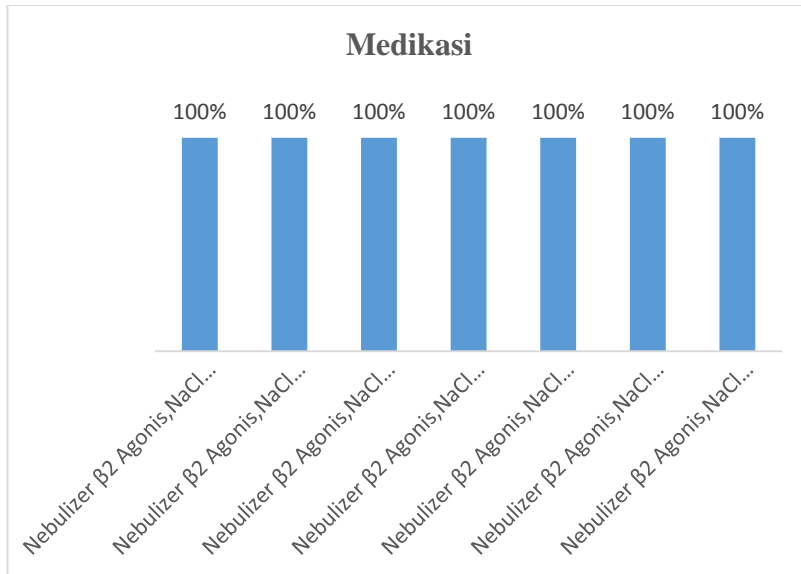
Gambar 4. 11. Grafik Aspek Pelayanan Tatalaksana Medis dan Tindakan (Pemasangan dan Pelepasan Infus)



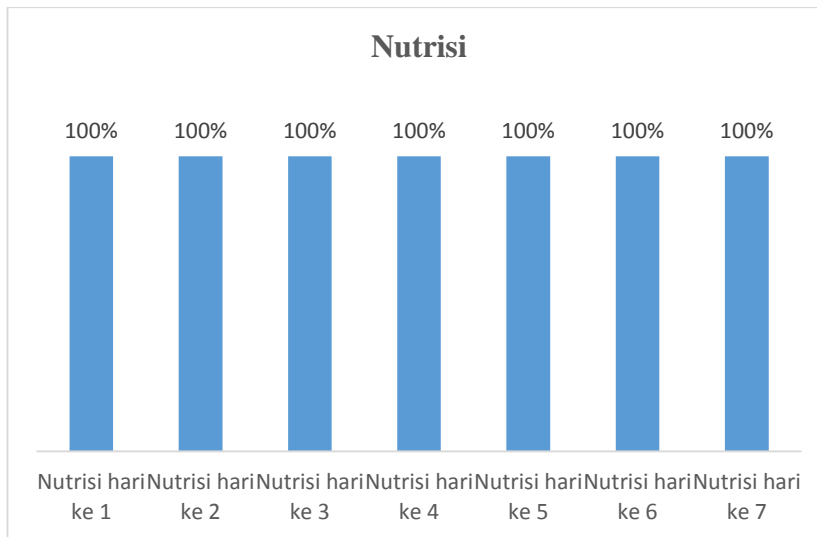
Gambar 4. 12. Grafik Aspek Pelayanananan Medikasi (Infus D5% atau RL)



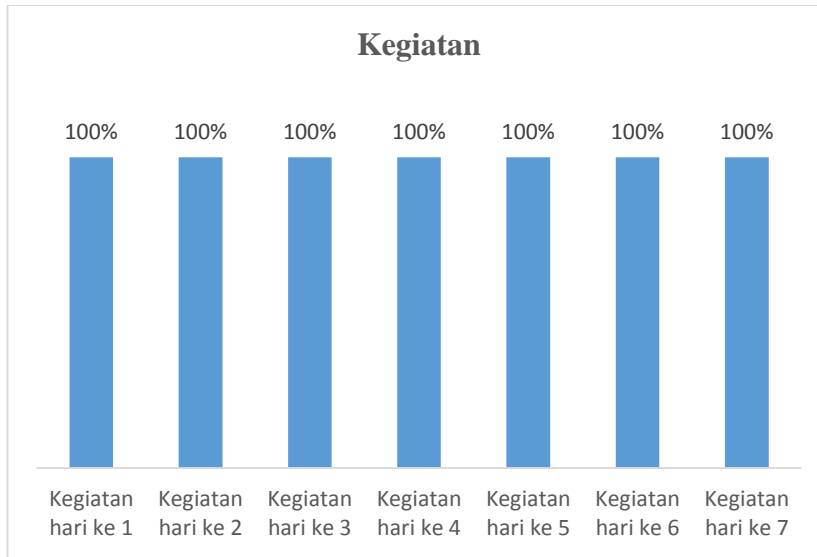
Gambar 4. 13. Grafik Aspek Pelayanananan Medikasi (Antibioti Ampicillin)



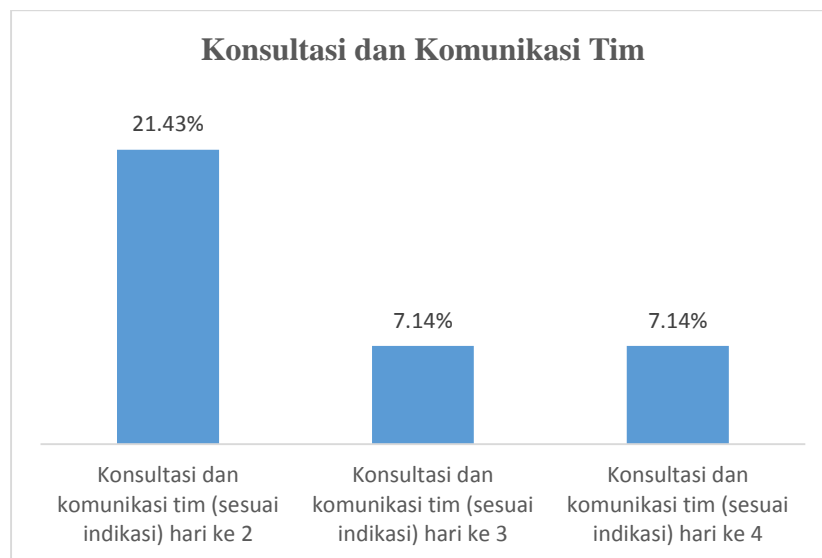
Gambar 4. 14. Grafik Aspek Pelayanan Medikasi (Nebulizer β 2 Agonis, NaCl 0,9%)



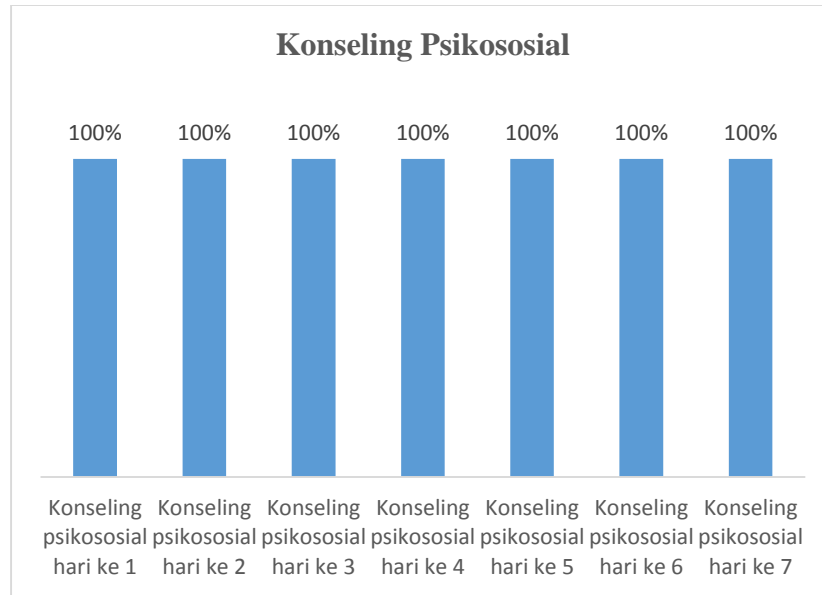
Gambar 4. 15. Grafik Aspek Pelayanan Nutrisi



Gambar 4. 16. Grafik Aspek Pelayanan Kegiatan



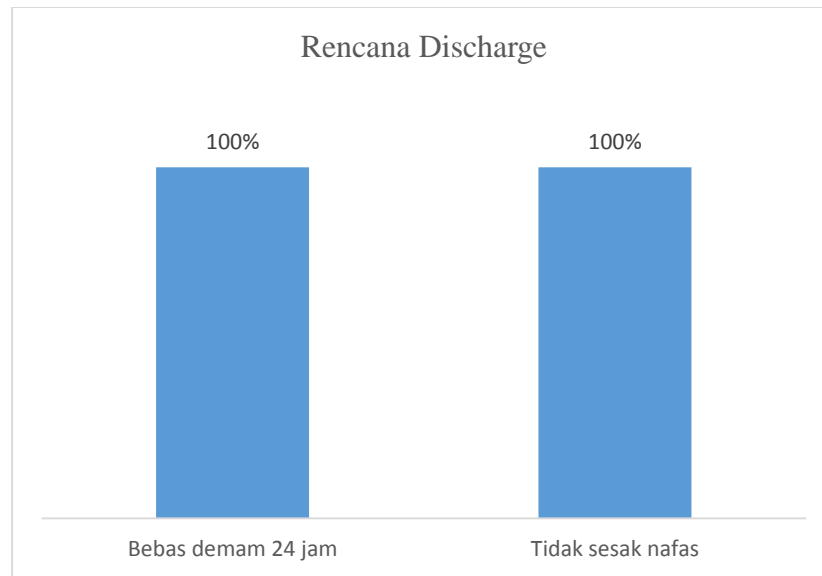
Gambar 4. 17. Grafik Aspek Pelayanan Konsultasi dan Komunikasi Tim



Gambar 4. 18. Grafik Aspek Pelayanan Konseling Psikososial

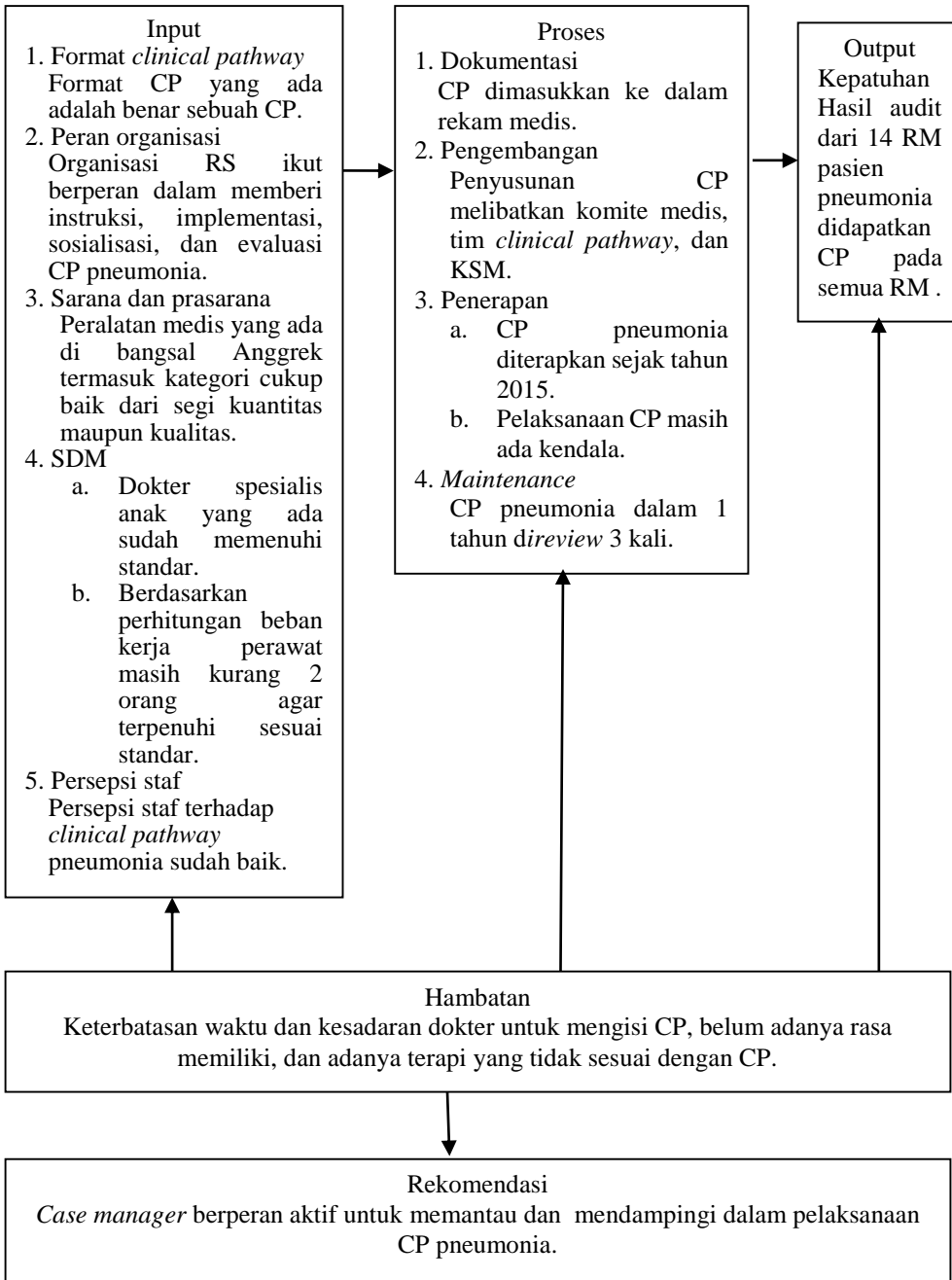


**Gambar 4. 19. Grafik Aspek Pelayanan Pendidikan dan Komunikasi Pasien/
Keluarga**



Gambar 4. 20. Grafik Aspek Pelayanan Rencana Discharge

Hasil audit dari 14 rekam medis pasien pneumonia dapat disimpulkan bahwa *clinical pathway* sudah dimasukkan ke dalam seluruh rekam medis pasien dengan diagnosis pneumonia dan penanganan pasien hampir seluruhnya sesuai dengan *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul, namun pengisian yang belum lengkap sebesar 13,04%. Rujukan pada spesialis rehabilitasi medik tidak mencapai angka 100% karena rujukan itu hanya sesuai indikasi saja jadi tidak setiap pasien harus dirujuk ke spesialis rehabilitasi medik. Namun demikian dalam instruksi penggunaan *clinical pathway* tidak ada keterangan bahwa pemakaian harus sesuai indikasi. Oleh karena itu, bagian ini perlu ditinjau dalam *review clinical pathway* berikutnya. Oksimetri dan monitor saturasi persentase yang diperoleh tidak mencapai 100% karena dianggap tidak semua pasien butuh pemantauan dengan menggunakan oksimetri. Dalam *clinical pathway* tidak ada petunjuk bahwa penggunaan oksimetri dan pemeriksaan saturasi oksigen hanya dilakukan jika ada indikasi sehingga dalam *review clinical pathway* selanjutnya perlu dilakukan perbaikan petunjuk penggunaan.



Gambar 4. 21 Input, Proses, Output, Hambatan dan Rekomendasi *Clinical Pathway* Pneumonia

B. Pembahasan

Kesehatan merupakan kebutuhan mendasar bagi setiap manusia dengan tubuh yang sehat maka setiap manusia dapat melaksanakan berbagai aktivitas seperti bekerja guna melangsungkan kehidupan. Meskipun kesehatan merupakan kebutuhan mendasar, namun permasalahan kesehatan khususnya di negara berkembang seperti Indonesia masih menjadi suatu permasalahan yang sulit untuk diselesaikan. Permasalahan dalam bidang kesehatan yang sampai pada saat ini belum terselesaikan adalah terkait dengan biaya pengobatan atau perawatan, tidak dapat dipungkiri biaya pengobatan atau perawatan masih dirasakan sangat mahal terutama untuk golongan masyarakat menengah ke bawah.

Adanya Keputusan Menteri Kesehatan (Kemenkes) No. 440 tahun 2012 tentang tarif rumah sakit berdasarkan INA-CBG adalah bagian dari upaya pemerintah untuk mengurangi mahalannya biaya pengobatan atau perawatan. Tarif INA-CBG berlaku untuk rumah sakit umum dan rumah sakit khusus milik pemerintah dan milik swasta, yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sistem INA-CBG yang pada prinsipnya adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit sebagai upaya pengendalian biaya tanpa mengesampingkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan efektif dan efisien (Annabi, 2011). RSUD Panembahan Senopati yang bekerja sama dengan BPJS sudah menerapkan sistem INA-CBG ini.

Clinical pathway adalah sebuah pemetaan mengenai tindakan klinis untuk diagnosis tertentu dalam waktu tertentu, yang mendokumentasikan *clinical practice* terbaik dan bukan hanya *clinical practice* sekarang (Midleton & Roberts, 2000). *Clinical pathway* adalah sebuah alat untuk membakukan proses perawatan pasien untuk mendukung implementasi

pedoman klinis dan protokol yang ada (Li, 2014). *Clinical pathway* juga mewakili protokol pengobatan dari suatu penyakit (Wong, 2015) serta meningkatkan kualitas kesehatan (Mater & Ibrahim, 2014). *Clinical pathway* yang diterapkan dengan baik dapat menjadi kendali mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) seperti sekarang penerapan *clinical pathway* dapat menjadi salah satu upaya kendali biaya. Biaya yang dikeluarkan dari pemberi pelayanan kepada pasien dapat dihitung berdasarkan *clinical pathway* dan dibandingkan dengan tarif INA-CBG yang telah diterapkan, sehingga jika biaya pelayanan yang diberikan melebihi tarif INA-CBG yang telah diterapkan maka rumah sakit dapat mengupayakan efisiensi (Pertiwi, 2014). Bangsal Anggrek RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah memiliki *clinical pathway* pneumonia pada balita untuk kendali mutu dan biaya agar lebih efektif dan efisien.

Istilah *clinical pathway* ada berbagai macam, ada yang menyebut *critical pathway*, *integrated care pathway*, dan *care map* (Vanhaecht, 2006). Tujuan pelaksanaan *clinical pathway* untuk menyediakan pelayanan terbaik ketika gaya praktik harus dibedakan secara signifikan dan menyediakan kerangka kerja untuk mengumpulkan dan menganalisis data proses perawatan sehingga *provider* mengerti seberapa sering dan mengapa pasien tidak mengikuti program yang diinginkan selama masa hospitalisasi akan tercapai (Cheach, 2000). Keuntungan *clinical pathway* adalah mencegah terjadinya komplikasi pada pasien tanpa meningkatkan biaya yang dikeluarkan (Panella dkk, 2003) dan mengurangi lama inap pasien di rumah sakit (Hussein, 2014).

Langkah-langkah dalam membuat *clinical pathway* adalah menentukan topik, menunjuk koordinator, menentukan pemain kunci, melakukan kunjungan lapangan, mencari literatur, melaksanakan *customer focus group*, telaah PPK (Pedoman Praktik Klinis), analisis

casemix, menetapkan desain *clinical pathway* serta pengukuran proses dan *outcome*, sosialisasi dan edukasi (Pertiwi, 2014). Pembuatan *clinical pathway* di pneumonia di RSUD Panembahan Senopati Bantul melalui langkah-langkah tersebut. Manfaat yang didapatkan dengan adanya *clinical pathway* adalah dapat menggabungkan pedoman klinis ke dalam suatu dokumen resmi sehingga dapat bertindak sebagai pengingat bagi profesional kesehatan, menggarisbawahi standar yang tegas yang akan dijumpai dalam *pathway* pelayanan pasien yang dapat diperiksa secara mudah dari dokumen yang ada, bersifat multidisiplin, mengurangi variasi dalam pelayanan klinis, dan meningkatkan dokumentasi dalam riwayat kesehatan (Wright & Hill, 2003).

Penelitian terdahulu dari Rizaldi Pinzon pada tahun 2009 mengenai “*Clinical Pathway* dalam Pelayanan Stroke Akut: Apakah *Clinical Pathway* Memperbaiki Proses Pelayanan?” diperoleh hasil ada perbaikan dalam hal pelacakan faktor risiko stroke, penilaian fungsi menelan, konsultasi gizi, dan pengukuran status fungsional tetapi tidak ada beda yang bermakna dalam hal lama inap dan mortalitas. Hasil penelitian terdahulu ini menunjukkan bahwa *clinical pathway* membantu dalam mendiagnosis penyakit tertentu. Manfaat *clinical pathway* yang lain adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Currie, 2000; Bayliss et al, 2000), meningkatkan efisiensi kerja, keselamatan medis, dan mengurangi biaya rumah sakit (Wang dkk,2016).

Alat yang digunakan untuk mengevaluasi *clinical pathway* adalah *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT) yang terdiri dari 6 dimensi (Whittle, 2009) yaitu:

1. Dimensi 1: Bagian ini memastikan apakah formulir yang dinilai adalah *clinical pathway*.
2. Dimensi 2: Menilai proses dokumentasi *clinical pathway*.

3. Dimensi 3: Menilai proses pengembangan *clinical pathway* sama pentingnya dengan *clinical pathway* yang dihasilkan.
4. Dimensi 4: Menilai proses implementasi *clinical pathway*.
5. Dimensi 5: Menilai proses pemeliharaan *clinical pathway*.
6. Dimensi 6: Menilai peran organisasi (RS).

Berdasarkan literatur Whittle et al “*Assesing the content and quality of pathways*” (2008) klasifikasi penilaian formulir *clinical pathway* kategori baik jika didapatkan hasil >75%, moderat jika didapatkan hasil 50-75%, dan kurang jika didapatkan hasil <50%. Persentase tersebut didapatkan dari perhitungan jumlah jawaban ya pada setiap *item* masing-masing dimensi pada lembar ICPAT. Hasil evaluasi ICPAT *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah dimensi 1 (apakah benar sebuah *clinical pathway*?) memiliki konten dan mutu yang moderat, dimensi 2 (dokumentasi) dan 5 (*maintenance*) memiliki konten dan mutu yang kurang, dimensi 3 (pengembangan) memiliki konten yang moderat dan mutu yang kurang, dimensi 4 (implementasi) memiliki konten yang moderat dan mutu yang baik, dan dimensi 6 (peran organisasi) memiliki konten yang baik dan mutu yang moderat.

Format *clinical pathway* yang standar minimum terdiri dari identitas pasien, *assessment*, intervensi/ pelayanan, *outcome*, variasi, dan hari rawat. *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 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). Format *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul masih dalam kategori moderat.

Dokumentasi *clinical pathway* berfungsi untuk mencatat pencapaian dari pengobatan dan meningkatkan komunikasi antar staf medis maupun nonmedis (Allen et al, 2009). Dokumentasi *clinical pathway* juga merupakan syarat akreditasi rumah sakit (Wijayanti, 2016). Dokumentasi *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul disepakati penyimpanannya di rekam medis walau pendokumentasiannya belum optimal dalam penyimpanan maupun kelengkapan data dan pemanfaatan 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* (Huang, 2015). Penyusunan *clinical pathway* di bangsal Anggrek membuat koordinasi antara dokter, perawat, apoteker, dan ahli gizi menjadi terjalin.

Pengembangan *clinical pathway* yang terpenting yaitu transparansi terhadap pasien (Chawla dkk, 2016). *Clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati 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. 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 yang sudah dilakukan oleh RSUD Panembahan Senopati Bantul untuk *clinical pathway* pneumonia adalah menetapkan literatur yang sesuai dengan isi *clinical pathway* dan adanya *review* isi *clinical pathway*. Proses pengembangan ini cukup optimal karena *clinical pathway* direview tiap 4 bulan.

Clinical pathway adalah salah satu alat manajemen penyakit yang dapat mengurangi variasi pelayanan, meningkatkan *outcome* klinik, dan efisiensi sumber daya. *Clinical pathway* memberikan cara bagaimana mengembangkan dan mengimplementasikan *Evidence Based Medicine* (EBM) ke dalam protokol lokal. Pneumonia biasanya disebabkan oleh virus/ bakteri. Sebagian besar disebabkan oleh bakteri. Biasanya sulit untuk menentukan penyebab spesifik melalui gambaran klinis/ foto thoraks. Pneumonia diklasifikasikan menjadi pneumonia sangat berat, pneumonia berat, pneumonia, dan bukan pneumonia, berdasarkan ada tidaknya tanda bahaya, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan frekuensi nafas, dan dengan pengobatan yang spesifik untuk masing-masing derajat 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 inapikan 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). Isi *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah sesuai dengan IDAI dan WHO sehingga para staf yang terlibat dalam *clinical pathway* pneumonia ini dapat mengaplikasikan apa yang ada dalam *clinical pathway* untuk memberikan pelayanan pada pasien pneumonia.

Adanya *clinical pathway* membuat pemberi pelayanan kesehatan memberikan pelayanan terbaik berdasarkan *clinical guideline*, sehingga dapat menentukan prosedur pemeriksaan klinik apa saja yang dapat digunakan, penatalaksanaannya, dan menetapkan standar lamanya hari perawatan suatu penyakit (LOS). Adanya penerapan *clinical pathway* dapat dilakukan penilaian 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* pneumonia ini melibatkan dokter spesialis anak, dokter spesialis rehabilitasi medik, perawat, ahli gizi, dan apoteker. Pasien yang sudah terdiagnosis pneumonia maka akan ditangani oleh mereka dan mereka bekerja sama untuk menangani pasien, misalnya ada pasien pneumonia maka dokter spesialis anak sebagai dokter penanggung jawab akan berkoordinasi dengan perawat untuk memberikan perawatan termasuk untuk berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik untuk fisioterapi,

apoteker untuk memberikan obat yang sesuai, dan setiap pagi bagian gizi datang ke bangsal untuk memantau keadaan gizi pasien tersebut.

Salah satu bagian dari penerapan *clinical pathway* adalah memberikan standar pada *clinical pathway*, bagian ini menjelaskan dalam keadaan apa bisa mengobati pasien sesuai *clinical pathway* (Lei, dkk, 2012). Chew, dkk (2007) menunjukkan penerapan *clinical pathway* mampu berlaku efektif pada manajemen unit perawatan. Implementasi *clinical pathway* yang baik dapat meningkatkan keselamatan, kepuasan, dan *outcome* dari pasien (Ismail A *et al*, 2012). Hasil penelitian dari Huang, dkk (2015) menunjukkan manfaat dari penerapan *clinical pathway* dapat mengurangi rata-rata lama inap, mengurangi pengeluaran rawat inap, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan dalam manajemen stroke. Data-data dalam penelitian ini tidak mendukung untuk dilakukan pengukuran yang dapat menunjukkan efektivitas dan efisiensi setelah penerapan *clinical pathway*.

Masalah klasik yang menjadi hambatan dalam penerapan *clinical pathway* adalah sumber daya yang terbatas dan tingginya beban kerja (Midleton & Roberts, 2000). Hambatan pada implementasi *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah keterbatasan waktu dan kurangnya kesadaran dokter untuk mengisi *clinical pathway* dan belum adanya rasa memiliki pada *clinical pathway*. Penelitian terdahulu dari Anferi Devitra (2011) dengan judul penelitian “Analisis Implementasi *Clinical Pathway* Kasus Stroke Berdasarkan INA-CBGs di RS Stroke Nasional Bukittinggi” mendapatkan hasil bahwa *clinical pathway* di RS Stroke Bukittinggi telah diperkenalkan dan siap untuk diimplementasikan secara bertahap.

Menurut Depkes RI (2010) tujuan implementasi *clinical pathway* adalah memilih *best practice*, menetapkan standar yang diharapkan mengenai lama perawatan dan penggunaan pemeriksaan klinis, menilai hubungan antara berbagai tahap dan kondisi yang berbeda, memberikan peran kepada seluruh staf yang terlibat, menyediakan kerangka kerja, mengurangi beban dokumentasi klinik, dan meningkatkan kepuasan pasien. 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).

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 instrumen manajemen strategis yang juga berfungsi sebagai instrumen untuk pengendalian biaya, dan dapat berkontribusi untuk transparansi dalam penyediaan layanan. Kompleksitas proses pengolahan dan desain arsitektur, budaya keselamatan pasien, dan proses pengobatan praktis merupakan tingkat informal dalam manajemen *clinical pathway* terpadu (Li, dkk, 2014). Dalam *VFM Unit (NHS Wales) Project* yang meneliti tentang *Clinical Resource Utilitation Group* di Inggris bulan September 1995 sampai Maret 1997 yang melibatkan 700 orang staf klinis, manajerial, dan operasional memberikan rekomendasi terkait faktor penentu

kesuksesan implementasi *clinical pathway*. Faktor pertama dan utama yang harus diperhatikan adalah bahwa *clinical pathway* membutuhkan kesadaran dan komitmen dari seluruh pihak terkait. Hambatan yang terjadi dalam implementasi *clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul harusnya membangun kesadaran 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-Lacko dkk, 2010).

Kunci sukses implementasi *clinical pathway* tergantung peran dari fasilitator. Guna mencapai kesuksesan implementasi *clinical pathway*, fasilitator harus 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*. Rasa memiliki dan keterlibatan yang disproporsional merupakan salah satu faktor kegagalan *clinical pathway* (Midleton & Roberts, 2000). Peran dokter dalam implementasi *clinical pathway* adalah penting karena kurangnya keterlibatan dokter merupakan salah satu alasan gagalnya implementasi *clinical pathway* (Bjurling-Sjöberg P dkk, 2014). Peran dokter dalam

implementasi *clinical pathway* pneumonia di RSUD Panembahan Senopati Bantul masih kurang karena keterbatasan waktu dan kurangnya kesadaran para dokter untuk mengisi *clinical pathway* serta belum adanya rasa memiliki pada *clinical pathway* yang menjadi kendala dalam implementasi *clinical pathway* pneumonia.

Pihak rumah sakit terutama manajemen setelah menerapkan *clinical pathway*, maka harus melakukan evaluasi *clinical pathway* melalui audit *clinical pathway* yang bertujuan untuk mendeskripsikan prosedur pelaksanaan *clinical pathway* dan evaluasinya, memfasilitasi penerapan PPK (Pedoman Praktik Klinis) serta evaluasinya, dan mengurangi variasi yang tidak perlu dalam pelaksanaan praktik klinis (Pertiwi, 2014). *Clinical pathway* pneumonia yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul direview tiap 4 bulan oleh tim *clinical pathway*. Peran dokter dalam *review clinical pathway* itu melihat jalannya *clinical pathway* seperti apa, melihat varian yang terjadi, dan jika ada hal yang awalnya diharapkan bisa dilaksanakan menjadi tidak terlaksana karena ada kendala maka akan dikeluarkan dari kolom *clinical pathway* yang sudah ada serta jika ada varian yang sering dilakukan dan perlu dalam penanganan pasien maka akan dimasukkan dalam kolom *clinical pathway*.