

**ANALISIS IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY TERINTERGRASI
PADA KASUS PNEUMONIA KOMUNITAS DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

*AN ANALYSIS ON THE EFFECTIVITY OF INTEGRATED CLINICAL
PATHWAYS IN COMMUNITY ACQUAIED PNEUMONIA AMONG INPATIENTS
OF HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL.*

CITRA APRIYANTI ANAS

P1806216025



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**

**ANALISIS IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY
TERINTERGRASI PADA KASUS PNEUMONIA KOMUNITAS
DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

CITRA APRIYANTI ANAS

Kepada

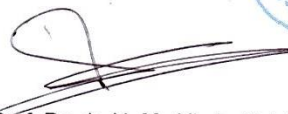
**PROGRAM PASCASARJA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2019

TESIS

**Analisis Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pada Kasus
Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap
Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**

Disusun dan diajukan oleh

**Citra Apriyanti Anas
NOMOR POKOK P1806216025**Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 27 November 2019
dan dinyatakan telah memenuhi syarat
MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT,
Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH
Ketua
Prof. Dr. Abdul Rahman Kadir, M.Si
Anggota
Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat
Dr. Masni Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Citra Apriyanti Anas
Nomor Pokok : P1806216025
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, November 2019

Yang Menyatakan,

CITRA APRIYANTI ANAS

PRAKATA

Bismillahirrahmanirrahiim.

Puji syukur penulis hanturkan kepada Allah Subhanahu Waa Taala. atas segala limpahan rahmat, karunia, hidayah serta ilmu pengetahuan yang tidak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pada Kasus Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis dengan penuh rasa hormat dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada suami tercinta, Andi Muhammad Rezeki Muchtar, kedua anak tersayang, Andi Muhammad Aydan Rezeki dan Andi Muhammad Jordan Rezeki serta kedua Ibunda saya, Nuraeni Lakku dan Tenri Andi Sulthan, beserta seluruh keluarga besar atas segala dukungan, doa, kesabaran, pengorbanan dan semangat yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Tidak lupa penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih sedalam - dalamnya kepada Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH selaku pembimbing I dan Prof. Dr. Abdul Rahman Kadir, M.Si. selaku pembimbing II, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan

pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Aminuddin Syam, S.KM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta para Wakil Dekan, Dosen, Staf akademik dan seluruh komponen birokrasi yang telah banyak memberikan bantuan dan fasilitas selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM, Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes. dan Dr. drg. Nurshanty S. Andi Sapada, M.Sc. selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.
6. Seluruh dosen dan staf Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, masukan dan pengetahuan.

7. Seluruh staf RS Unhas, atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian Khususnya Tim Clinical Pathway dan Bagian Diklat.
8. Teman-teman seperjuangan MARS (Martians17), mahasiswa Manajemen Rumah Sakit angkatan 17 yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa
9. Keluarga besar Klinik Lacasino yang saya banggakan
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Makassar, November 2019

CITRA APRIYANTI ANAS

ABSTRAK

CITRA APRIYANTI ANAS. *Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pada Pasien Anak Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit UNHAS (dibimbing oleh Alimin Maidin and Rahman Kadir).*

Implementasi *Clinical Pathway* Terintegrasi pada kasus terbanyak di rumahsakit merupakan salah satu persyaratan standar akreditasi KARS 2012 yang berperan dalam kendali mutu dan kendali biaya di rumahsakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi dari *Clinical Pathway* Terintegrasi pada pasien anak dengan Pneumonia Komunitas (CAP) dan efektivitasnya di pelayanan rawat inap RS Unhas.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan metodologi Fenomologi. Informan penelitian terdiri dari 6 orang yang mengetahui permasalahan tentang Pneumonia Komunitas. Data yang dikumpulkan dalam penelitian adalah data primer (wawancara mendalam dan observasi) dan data sekunder.

Hasil penelitian menunjukkan implementasi *Clinical Pathway* Terintegrasi belum terlaksana sesuai standar. Hal ini disebabkan masih adanya anggota tim yang belum memahami dan SDM yang belum sesuai standar. Pasien Anak dengan Pneumonia Komunitas, baik yang menggunakan maupun yang tidak menggunakan *Clinical Pathway* Terintegrasi sama-sama memperlihatkan *outcome* kesembuhan pasien, dan juga rata-rata lama rawat inap serta biaya perawatan yang sama. Dapat disimpulkan, implementasi *Clinical Pathway* Terintegrasi pada pasien anak dengan Pneumonia Komunitas tidak dilaksanakan sesuai standar, dan efektivitas dari penggunaannya tidak memberikan hasil yang berbeda dibandingkan dengan yang tidak menggunakan *Clinical Pathway* Terintegrasi. Kepada tim *clinical pathway* RS Unhas agar mengawasi form *Clinical pathway* terintegrasi serta pengisiannya harus senantiasa dilakukan, monitoring oleh kordinator, sosialisasi, pelatihan bagi anggota tim, serta evaluasi rutin.

Kata Kunci: Alur Klinis, Implementasi, Biaya Perawatan, Lama Rawat Inap, Kualitatif.



ABSTRACT

CITRA APRIYANTI ANAS. *Implementation of Integrated Clinical Pathways in Community Acquired Pneumonia Among Children's Inpatients of Hasanuddin University Hospital.* (Supervised by **Alimin Maidin** and **Rahman Kadir**).

Implementation of Integrated Clinical Pathway (ICP) in hospital's highly-frequent clinical cases is a requirements of the 2012 KARS accreditation standard to ensure quality and cost control in hospitals. This study aims to analyze the implementation and effectivity of integrated clinical pathway in pediatric community-acquired pneumonia (CAP) patients of Unhas Hospital.

This is a qualitative study with phenomology approach. Used 6 research informants who were familiar with the problem under study. Data collected in the study were primary data (in depth-interviews and observations) and secondary data.

The result showed that ICP implementation in CAP has not been carried out in accordance to standards. Several ICP team members did not understand the implementation, and felt that more human resources are not up to standard. Patients who underwent ICP and those who did not, all had favorable outcome, and also had similar length-of-stay periods and care costs. In conclusion, ICP implementation in pediatric CAP patients of Unhas Hospital was not accordance to standard, and does not provide added value compared to patients who did not receive ICP based treatment. The clinical pathway team at Unhas Hospital should oversee the integrated Clinical Pathway form and the filling must always be done, monitoring by the coordinator, outreach, training for team members, and routine evaluation.

Keywords: Clinical Pathway, Implementation, Care of Cost, Length Of Stay, Qualitative.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
PRAKATA.....	iv
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Kajian Masalah.....	8
C. Rumusan Masalah	14
D. Tujuan Penelitian.....	14
E. Manfaat Penelitian.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	18
A. <i>Clinical Pathway</i> terintegrasi	18
B. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Clinical Pathway</i>	29
C. Efektifitas <i>Clinical Pathway</i>	30
D. Tinjauan Penyakit Pneumonia.....	37
E. Mapping Teori.....	46
F. Kerangka Teori.....	47
G. Kerangka Konsep.....	48
H. Matriks Penelitian	51
I. Perbedaan dengan penelitian terdahulu.....	53
J. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	54
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Jenis & Rancangan Penelitian	58
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	58
C. Sumber data.....	58
D. Informan.....	58
E. Populasi & Sampel.....	59

F. Pengumpulan data	60
G. Instrumen penelitian	61
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	61
I. Pengolahan dan analisis data	64
J. Data Kualitatif.....	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	66
A. Gambaran Umum Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.....	66
B. Hasil Penelitian.....	68
C. Efektivitas Clinical Pathway	74
D. Hasil Penelitian Kualitatif dengan Wawancara Mendalam	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	115
A. Kesimpulan.....	115
B. Saran.....	116
DAFTAR PUSTAKA.....	118
LAMPIRAN	121

DAFTAR TABEL

Tabel	Uraian	Halaman
1.1	Tabel 1 Data Avarage Length of Stay (ALOS) Pneumonia Komunitas di Rumah Sakit Unhas Tahun 2017	6
1.2	Tabel 2 Laporan Tarif Riil RS dan Tarif INA-CBGs pada 5 penyakit di RS Unhas Makassar Tahun 2017	7
2.1	Tabel 3 Matrix Penelitian Terdahulu terkait clinical pathway,length of stay, hospital costs dan outcome pasien.	49
2.2	Tabel 4. Definisi Operasional Vafriabel dan Kriteria Objektif	54
3.1	Tabel 5 Teknik Pengumpulan Data Terhadap Sasaran Penelitian	63
3.2	Tabel 6 Topik Penelitian Terhadap Instrumen Penelitian	63
4.1	Tabel 7 Karakteristik Informan Penelitian di Rumah Sakit Unhas	69
4.2	Tabel 8 Distribusi Karakteristik Responden Terimplementasi Clinical Pathway Terintegrasi pada Pasien Anak Pneumonia Komunitas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	69
4.3	Tabel 9 Distribusi Pelayanan Pasien Anak Pneumonia Komunitas di ruang rawat inap Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	71
4.4	Tabel 10 Indikator Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam pengisian Clinical Pathway Terintergrasi pada Pasien Anak Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	71
4.5	Tabel 11 Rekapitan Hasil Pengamatan Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	73

4.6	Tabel 12 Distribusi frekuensi dari Length of Stay Pasien Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	74
4.7	Tabel 13 Nilai rata-rata anantara lama rawat dengan penerapan clinical pathways terintegrasi dan tidak menggunakan clinical pathways terintegrasi Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	75
4.8	Tabel 14 Analisis Independent Samples Test Lama rawat dengan penerapan clinical pathways dan tidak menggunakan clinical pathways	76
4.9	Tabel 15 Nilai rata-rata antara biaya perawatan dengan penerapan clinical pathways dan tidak menggunakan clinical pathways Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	76
4.10	Tabel 16 Analisis Independent Samples Test antara biaya perawatan dengan penerapan clinical pathways dan tidak menggunakan clinical pathway.	77
4.11	Tabel 17 Distribusi Total Biaya Perawatan Pasien Anak BPJS dengan Pneumonia Komunitas dan Total Pembayaran BPJS Menggunakan Paket INA-CBG's Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018	77
4.12	Tabel 18 Frekuensi <i>Outcome</i> pasien Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018.	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Uraian	Halaman
1.1	Kajian Masalah.....	17
2.1	Mapping Teori.....	46
2.2	Kerangka Teori.....	47
2.3	Kerangka Konsep.....	48
3.1`	Prosedur pengumpulan data	65

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan/Pengertian
/JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
INA-CBG's	Indonesia Case Base Groups
RS	Rumah Sakit
PPK	Panduan Praktek Klinis
ALOS	Avarage Length of Stay
CP	Clinical Pathway
LOS	Length of Stay
ICP	Integrated Clinical Pathway

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada tahun 2014 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan di Indonesia dalam rangka memperluas jangkauan pelayanan kesehatan untuk memenuhi harapan masyarakat, dimana setiap daerah memiliki sarana pelayanan kesehatan yang dapat diakses dengan mudah. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat.

Pelaksanaan program JKN dilaksanakan seiring dengan beroperasinya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial bidang kesehatan dengan program jaminan kesehatan. Melalui BPJS Kesehatan, pemerintah bertujuan untuk menyelenggarakan pemberian jaminan dan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup bagi setiap peserta atau anggota keluarganya agar tercapai Jaminan Kesehatan Nasional atau *universal health coverage* untuk seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019 (Arsjad, 2017).

Program JKN ini pun memberi dampak yang besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dan dalam era baru ini, dampak yang paling besar dirasakan adalah sistem penentuan tarif yang baru untuk menjamin agar semua pihak tidak mengalami kerugian, baik dari peserta JKN yaitu pasien, Rumah Sakit atau Instansi Kesehatan lain, maupun pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS. Jika sebelumnya sebagian besar rumah sakit menggunakan sistem pembayaran *Fee for Service* maka mekanisme pembayaran beralih ke

mekanisme pembayaran dengan klaim berdasarkan Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's) (Mardiah & Rivany, 2015).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis INA-CBG's dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa pola pembayaran dalam program JKN menggunakan pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip. Sehingga besaran tarif INA-CBGs merupakan tarif yang dibayarkan BPJS Kesehatan dari awal pasien masuk sampai selesai pelayanan kesehatan. Tujuan utama dari sistem pembayaran prospektif ini adalah untuk memotivasi penyedia layanan, dalam hal ini rumah sakit untuk memberikan perawatan pasien secara efektif dan efisien. Efisiensi dapat terjadi apabila melibatkan seluruh staf dalam proses tersebut termasuk para dokter, pemanfaatan teknologi untuk sistem pelayanan kesehatan, membuat standar pada proses pelayanan, dan melakukan manajemen staf dengan baik untuk mengurangi biaya (Rozany, Yuliansyah, Susilo. 2017).

Untuk mengimplementasikan INA CBGs di rumah sakit yang harus dilakukan adalah membangun pemahaman yang seragam antara manajemen rumah sakit beserta profesional medis dan seluruh staf rumah sakit mengenai konsep INA-CBG's dan meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada pasien dan kedua, meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan cara: 1) patuh terhadap *clinical pathway* dan standar prosedur operasional rumah sakit, 2) mengutamakan Fornas

dan compendium pada pelayanan obat serta alat kesehatan, 3) melakukan efisiensi pada tingkat input, proses dan output dari pelayanan dengan membangun tim pelayanan, melakukan standarisasi dalam penggunaan farmasi dan penunjang, serta melakukan pembagian jasa dengan metode remunerasi. Dan ketiga, melakukan tinjauan *post-claim*. Selain itu juga pihak rumah sakit diharapkan meningkatkan kualitas coding melalui peningkatan kualitas dan kepatuhan pencatatan dan kelengkapan rekam medis, serta peningkatan kompetensi petugas rekam media atau *coder* (Maidin, dkk. 2016).

Arsjad (2017) juga membahas dalam penelitiannya, bahwa pola INA-CBGs melakukan pembayaran per-kode INA-CBGs meliputi biaya dari mulai pasien masuk Rumah Sakit sampai pasien sembuh sesuai dengan *clinical pathway* yang telah ditentukan. Dengan implementasi *clinical pathway* yang optimal akan memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dengan kasus yang sama mendapat standar pelayanan yang sama meskipun dokter yang menangani berbeda. Oleh karena itu, pembayaran CBGs, RS dan Tim dokter harus menetapkan biaya yang dikeluarkan oleh RS dengan *clinical pathway*.

Hal ini sesuai berdasarkan Standar Akreditasi RS versi Komite Akreditasi Rumah Sakit 2012 menyebutkan pada standar PMKP bahwa rumah sakit harus membuat standar asuhan klinik, hal ini bertujuan untuk:

- a. Standarisasi dari proses asuhan klinik di rumah sakit
- b. Memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif dengan menggunakan sumber daya secara efisien.

- c. Secara konsisten menghasilkan mutu pelayanan tinggi melalui cara-cara “evidence-based”.

Bentuk standar asuhan klinik adalah Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *clinical pathway*, yang menjamin koordinasi dari pelayanan oleh sumber daya efisien (Farida dkk, 2017).

Clinical pathway dapat didefinisikan sebagai pendekatan multidisiplin yang berbasis waktu yang digunakan untuk membantu pasien-pasien tertentu mencapai luaran positif yang diharapkan. Langkah-langkah dalam pathway seharusnya berlaku bagi sebagian besar pasien untuk suatu luaran yang diharapkan. Kondisi klinis pasien tentulah tidak sama, dan perubahan kondisi klinis pasien tentulah tidak sama, dan perubahan kondisi klinis pastilah seringkali terjadi, sehingga diperlukan fleksibilitas suatu pathway. *Clinical pathway* merupakan perangkat bantu untuk penerapan standar pelayanan medik (Farida, dkk, 2017).

Romeykye & Stummer (2012) menyimpulkan bahwa rumah sakit di masa depan harus menyesuaikan dengan keadaan dimana sistem pembayaran satu tarif kasus akan menyebabkan banyak kasus yang harus diberikan penatalaksanaan yang sama, bahkan pengurangan serta tingkat staf dalam konteks manajemen risiko operatif, diperlukan monitoring, evaluasi dan analisis risiko-risiko yang berhubungan dengan diagnosis dan prosedurnya dengan tujuan memastikan ketentuan bebas risiko. *Clinical pathway* akan menyederhanakan suatu penatalaksanaan dan mencegah atau setidaknya mengurangi resiko dari diagnosis dan prosedur pengobatan yang terstruktur dan komprehensif. *Clinical pathway* juga menjamin kualitas dan memberikan kontribusi dalam menentukan

laba (*net ncome*) dari tarif biaya perkasus. Dengan perencanaan penanganan berdasarkan indikasi dan prosedur, *clinical pathway* akan membantu dokter, perawat dan petugas terapi sebagai sebuah instrument untuk proses penatalaksanaan yang familiar dan memudahkan evaluasi. Dan untuk managemen bisnis rumah sakit, *clinical pathway* menjadi instrument managemen strategik juga menjadi instrumen dalam mengontrol biaya terus-menerus dan memberikan penyediaan layanan yang transparan.

Clinical pathway saat ini merupakan bagian penting dokumen dalam mewujudkan tata kelola klinis (*good governance*) di rumah sakit. Melihat pentingnya *clinical pathway*, maka di Indonesia dalam menjaga mutu rumah sakit memastikan salah satu persyaratan Standar Akreditasi versi KARS 2012 yaitu dengan rumah sakit menyediakan minimal 5 *clinical pathway*. *Clinical pathway* berperan dalam meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di Rumah Sakit, seperti pengurangan *length of Stay*, penurunan risiko terjadinya readmisi, komplikasi serta kematian pasien dan *hospital cost* secara keseluruhan (Wijayanti, Lamsudin, Wadji. 2016).

Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin (RS Unhas) merupakan rumah sakit pendidikan yang melayani pasien JKN dengan jumlah pasien JKN dengan porsi terbesar, sehingga pendapatan terbesar rumah sakit berasal dari BPJS Kesehatan. RS Unhas juga telah mengimplementasikan lima *clinical pathway* terintegrasi pada awal tahun 2018 yang diambil dari 10 Penyakit terbanyak rumah sakit selama 3 tahun terakhir.

Pneumonia komunitas merupakan salah satu Clinical pathway terintegrasi yang dilaksanakan di rumah sakit Unhas, dan merupakan salah satu kasus terbanyak dari kelima clinical pathway terintegrasi yang dilakukan di rumah sakit Unhas.

Tabel 1 Data Avarage Length of Stay (ALOS) Pneumonia Komunitas di Rumah Sakit Unhas Tahun 2017.

ALOS Tahun 2017	Standar lama rawat berdasarkan <i>Clinical pathway Terintegrasi</i> Pneumonia Komunitas di rumah sakit Unhas	Standar lama rawat berdasarkan <i>Clinical pathway Terintegrasi</i> Pneumonia Komunitas sesuai standar Akreditasi RS 2012
6,2	14	7

Sumber: Bagian Case Mix RS Unhas Makassar.

Dari tabel 2, kasus pneumonia komunitas tahun 2017 sebelum dilakukan *clinical pathway*, memperlihatkan ALOS (Avarage Length of Stay) atau rata-rata lama rawat inap masih sesuai standar lama hari rawat sesuai *clinical pathway* terintegrasi yang ditetapkan rumah sakit saat ini. Dan juga masih sesuai dengan LOS yang ditetapkan oleh Panduan Clinical Pathway terintegrasi yang dibuat oleh PERSI.

Tabel 2. Laporan Tarif Riil RS dan Tarif INA-CBGs pada 5 penyakit di RS Unhas Makassar Tahun 2017

<i>Clinical pathway</i> Terintegrasi	Jumlah Kasus	Total Biaya Perawatan	Tarif INA-CBG's	Selisih
Pneumonia Komunitas	53	Rp 398.749.036	Rp 225.785.300	Rp 172.963.736

Sumber: Bagian Case Mix RS Unhas Makassar.

Pada Tabel 3 pada kasus pneumonia komunitas, dapat dilihat total unit cost rumah sakit dan total tariff INA CBG's selama tahun 2017

sebelum dilaksanakan *Clinical pathway* terintegrasi. Selisih negatif total unit cost RS dan tarif INA-CBGs pada kasus pneumonia komunitas ditemukan pada dalam jumlah yang besar. Selisih negatif ini tentu menjadi defisit atau kerugian RS.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dalam bentuk terhadap penerapan *clinical pathway terintegrasi* pneumonia komunitas di rumah sakit Unhas, faktor-faktor yang mempengaruhi penerapannya, dan efektifitas dari penerapan *clinical pathway* tersebut dalam mengurangi *length of stay*, *hospital costs*, dan *outcome* pasien.

B. Kajian Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh dari RS Unhas mengenai kelima penyakit diatas berdasarkan data Length of Stay yang telah sesuai dengan standar lama rawat inap berdasarkan standar *clinical pathway* pneumonia komunitas, namun selisih total unit cost kasus pneumonia komunitas rumah sakit dan klaim INA-CBG's yang masih menunjukkan selisih tarif yang negatif dengan jumlah yang selisih yang banyak. *Clinical pathway* terintegrasi saat ini telah berjalan sejak bulan maret tahun 2018 namun baru dilakukan evaluasi pada 3 bulan pertama (data terlampir) hingga bulan mei 2018, dan dari kepatuhan pelaksanaannya masih ditemukan belum terlaksana optimal khususnya pada komunikasi dan pemahaman antar multidisiplin ilmu. Berdasarkan hal diatas, peneliti berdasarkan data evaluasi 3 bulan pertama ingin mengkaji pelaksanaan *clinical pathway* terintegrasi pada penyakit pneumonia komunitas dengan pertimbangan merupakan salah satu penyakit terbanyak dengan selisih

total unit cost dan tarif riil RS yang paling besar diantara kelima penyakit yang tatalaksananya dilakukan dengan *clinical pathway* dan bagaimana efektivitas *clinical pathway* terintegrasi terhadap *hospital cost*, *length of stay*, dan outcome pasien serta faktor-faktor yang mempengaruhi dan hambatan dalam pelaksanaan *clinical pathway* terintegrasi di RS Unhas (Data case mix RS Unhas, 2017 dan data evaluasi *Clinical pathway* terintegrasi trimester 1, 2018).

Merunut dari latar belakang masalah mengenai selisif tarif INA-CBGs dan tarif riil rumah sakit pada beberapa penyakit yang sebelumnya disebutkan, hal ini bisa disebabkan adanya hambatan penerapan tarif INA-CBGs yang belum optimal seperti penulisan diagnosis, kelengkapan persyaratan pengobatan, pemahaman INACBGs, dan belum adanya *clinical pathway* untuk mengontrol lama rawat pasien dan urun biaya bagi pasien. Sehingga implementasi *clinical pathway* juga perlu dioptimalkan sehingga pemberian pelayanan kesehatan pada pasien dengan kasus yang sama dapat standar pelayanannya meskipun berbeda dokter yang menanganinya. Oleh karena itu, RS dan Tim Dokter harus menetapkan biaya yang dikeluarkan oleh RS yang dikenal dengan *clinical pathway* (Arsjad, 2017).

Adanya selisih tariff riil RS dan tariff INA-CBG's sudah sering menjadi masalah pada banyak rumah sakit, bahkan sebelum era JKN yang dikelola BPJS dilaksanakan. Penelitian yang dilakukan Sari (2014), menyebutkan pada era Jamkesmas perbedaan antara biaya riil dengan tariff paket INA-CBG's dipengaruhi faktor-faktor berupa adalah biaya obat/barang medik, biaya pemeriksaan patologi klinik, dan biaya lab

darah. keberagaman penyelenggaraan pelayanan pasien dengan perbedaan perilaku dokter memberikan resep obat dan perbedaan banyaknya pemeriksaan penunjang medik pada beberapa episode perawatan yang menyebabkan jumlah biaya pengobatan cenderung tinggi. Dan hal ini terjadi di RSUP dr. Sardjito yang merupakan rumah sakit pendidikan sehingga banyak mahasiswa kedokteran yang ikut terlibat. Salah satu cara untuk mengatasi terjadinya selisih biaya adalah dengan membuat clinical pathway yang berisi langkah-langkah penanganan pasien yang terdiri dari protokol terapi dan standar pelayanan pasien.

Hal yang sama juga disebutkan dalam penelitian yang dilakukan (Rozany, Yuliansyah, & Susilo, 2017) menyimpulkan bahwa pelaksanaan pembiayaan pasien JKN di RSIG belum efisien disebabkan karena beberapa hal: belum adanya standar asuhan klinis, karena hal ini berfungsi untuk kendali mutu dan biaya. Standar asuhan klinis berfungsi untuk kendali mutu dan biaya, dengan adanya standar asuhan klinis berfungsi untuk kendali mutu dan biaya, dengan adanya standar asuhan klinis, maka variasi dari obat-obatan, lama hari perawatan, dan pemeriksaan penunjang bisa berkurang.

Dapat disimpulkan bahwa clinical pathway penting untuk dilakukan sebagai standar asuhan klinis yang bertujuan sebagai kendali mutu dan kendali biaya. *Clinical pathway* sebagai mana disimpulkan oleh Pinzon, dkk (2009) adalah salah satu perangkat yang digunakan untuk memperbaiki proses pelayanan, dibuat menjadi daftar tilik yang akan berfungsi sebagai *reminder*, dan merupakan perpajangan tangan sebuah standar pelayanan medik.

Evans-Lacko, *et al* (2010), menyebutkan bahwa *care pathway* atau jalur klinis (*clinical pathway*) dapat memberikan gambaran perawatan kepada pasiennya, memberikan progress yang baik kepada pasien, menciptakan *teamwork* pada sebuah tim yang terdiri dari multidisiplin, memfasilitasi penggunaan pedoman dasar untuk sistem pembayaran. Dan untuk mencapai implementasi yang sesuai, bagaimanapun, fasilitator dan penghambat harus dipertimbangkan, direncanakan dan dimasukkan langsung kedalam jalur (*pathway*) dengan komitmen full antara para klinisi dan staf manajemen.

Mengutip dari Unit Stroke RS Betehesda Yogyakarta, beberapa penelitian terdahulu mengkaji strategi yang terbaik untuk pelaksanaan suatu *clinical pathway*. *Clinical pathway* yang telah dikembangkan dengan susah payah tidak selalu berjalan sebagaimana mestinya. Penelitian Panella, dkk (2003) menunjukkan bahwa *clinical pathway* harus dihentikan secara premature akibat penolakan tenaga medis. Hambatan dalam pelaksanaan *clinical pathway* dapat berasal dari disain yang tidak praktis, penolakan dan ketidakpatuhan tenaga medis, dan evaluasi yang tidak berjalan dengan baik. Evaluasi berkala diperlukan untuk memberi umpan balik kepada semua pihak yang terlibat dalam pelayanan klinik (Evans Lacko, dkk, 2010). Kajian Scott, dkk (2011) memperlihatkan bahwa sampai saat ini belum ada resep yang manjur untuk semua permasalahan dalam pelaksanaan *clinical pathway*. Strategi pelaksanaan *clinical pathway* disesuaikan dengan kondisi dan permasalahan yang spesifik dari masing-masing institusi pelayanan kesehatan.

Dalam proses *maintenance* suatu *clinical pathway*, dari kajian penelitian terdahulu yang dirangkum oleh Unit Stroke Betesda Yogyakarta dari Jenkins dan Jones, (2008) menunjukkan yaitu: 1) adanya petugas khusus yang memastikan *clinical pathway*, dalam hal ini adalah *case manager* (*Workshop Clinical pathway, 2017*), 2) proses dokumentasi yang baik, 3) selalu diperbaharui secara berkala, 4) pelatihan yang memadai bagi staf baru, 5) ada petugas khusus untuk kelengkapan pengisian *clinical pathway*, 6) ada proses audit, 7) ada proses analisis indikator dan variasi, 8) pertemuan berkala untuk presentasi data dan hasil audit, dan 9) menerimana masukan pengguna *clinical pathway* untuk perbaikan secara berkesinambungan. Dan kunci keberhasilan penerapan *clinical pathway* di berbagai RS di Singapura adalah adanya dukungan pihak manajemen, dukungan para klinisi, kehadiran seorang manajer kasus yang memastikan *clinical pathway* dijalankan, dan adanya tim perawat yang berdedikasi.

Di Indonesia sendiri, penelitian yang dilakukan Rosalina, dkk (2018) mengkaji faktor-faktor yang menjadi kendala pelaksanaan monitoring *Clinical pathway* di sebuah rumah sakit di Kota Malang adalah belum terbentuknya tim *clinical pathway*, ketidaksesuaian isi panduan *Clinical pathway*, belum adanya SPO pengisian form *clinical pathway* dan kurangnya sosialisasi. Sari dan Sundari (2017) menyebutkan dalam hasil penelitiannya bahwa pengembangan *clinical pathway* dengan melibatkan tim *clinical pathway*, komite medic, ksm perawat, farmasi dan profesi lainnya masih belum menjamin implementasi *clinical pathway* yang optimal. Hal ini terhambat karena masih belum adanya training atau pela

tihan khusus terkait *clinical pathway*. Astuti, dkk (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa hambatan yang dirasakan dalam implementasi *clinical pathway* adalah kurangnya kesadaran terhadap pentingnya *clinical pathways* karena sosialisasi tidak diberikan secara merata dan komprehensif serta rendahnya kepatuhan pendokumentasian *clinical pathway* karena dianggap sebagai beban kerja tambahan bagi para staf. Hambatan implementasi *clinical pathway* lainnya juga dikemukakan dalam penelitian Sari (2016), yaitu beban penulisan bertambah, kebijakan belum mencakup evaluasi dan pedoman atau petunjuk pengisian, kurangnya sosialisai, belum adanya monitoring, evaluasi dan formulir *clinical pathway* belum ringkas.

Mengutip dalam penelitian Wijayanti (2016), Midleton dan Robert menjelaskan bahwa fasilitator merupakan kunci keberhasilan penerapan CP dalam situasi tersebut diatas. Di Indonesia, fasilitator disebut sebagai koordinator atau ketua tim yang bertugas menyatukan tim multidisiplin yang terlibat dalam suatu CP tertentu. Penting untuk memilih fasilitator/koordinator sejak CP mulai disusun. RS perlu memproyeksikan siapa-siapa saja yang dapat menjalankan peran sebagai fasilitator serta menyiapkan orang-orang tersebut guna menjalankan perannya (Wijayanti, 2016)

Format *clinical pathway* medis di RS Unhas yang sebelumnya dilakukan ditahun sebelumnya telah berganti menjadi *clinical pathway* terintegrasi pada tahun 2018 dengan melibatkan medis, keperawatan, gizi dan farmasi diharapkan dapat menjadi program yang dapat menjadi kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit. Berdasarkan latar

belakang dan kajian masalah tarif klaim INA-CBSs maka peneliti ingin meneliti efektifitas *clinical pathway* terintegrasi selama berjalan dari maret 2018 dan implementasinya pada *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas pada pasien anak JKN di rawat inap RS Universitas Hasanuddin.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latarbelakang dan kajian masalah diatas maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimana implementasi *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas di ruang rawat inap RS Unhas?
2. Bagaimana *length of stay (LOS)* kasus pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas?
3. Bagaimana biaya perawatan kasus pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas?
4. Bagaimana *outcome* pasien pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas?
5. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas di ruang rawat inap RS Unhas?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis implementasi *clinical pathway* terintegrasi pada pasien anak pneumonia komunitas dan efektivitasnya di pelayanan rawat inap RS Unhas

2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas pada pasien anak di pelayanan rawat inap rumah sakit unhas.
2. Menganalisis *length of stay (LOS)* kasus pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas.
3. Menganalisis biaya perawatan kasus pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas.
4. Menganalisis *outcome* pasien pneumonia komunitas dengan penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas terhadap di ruang rawat inap RS Unhas.
5. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway* terintegrasi pneumonia komunitas di ruang rawat inap RS Unhas.

E. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Ilmiah

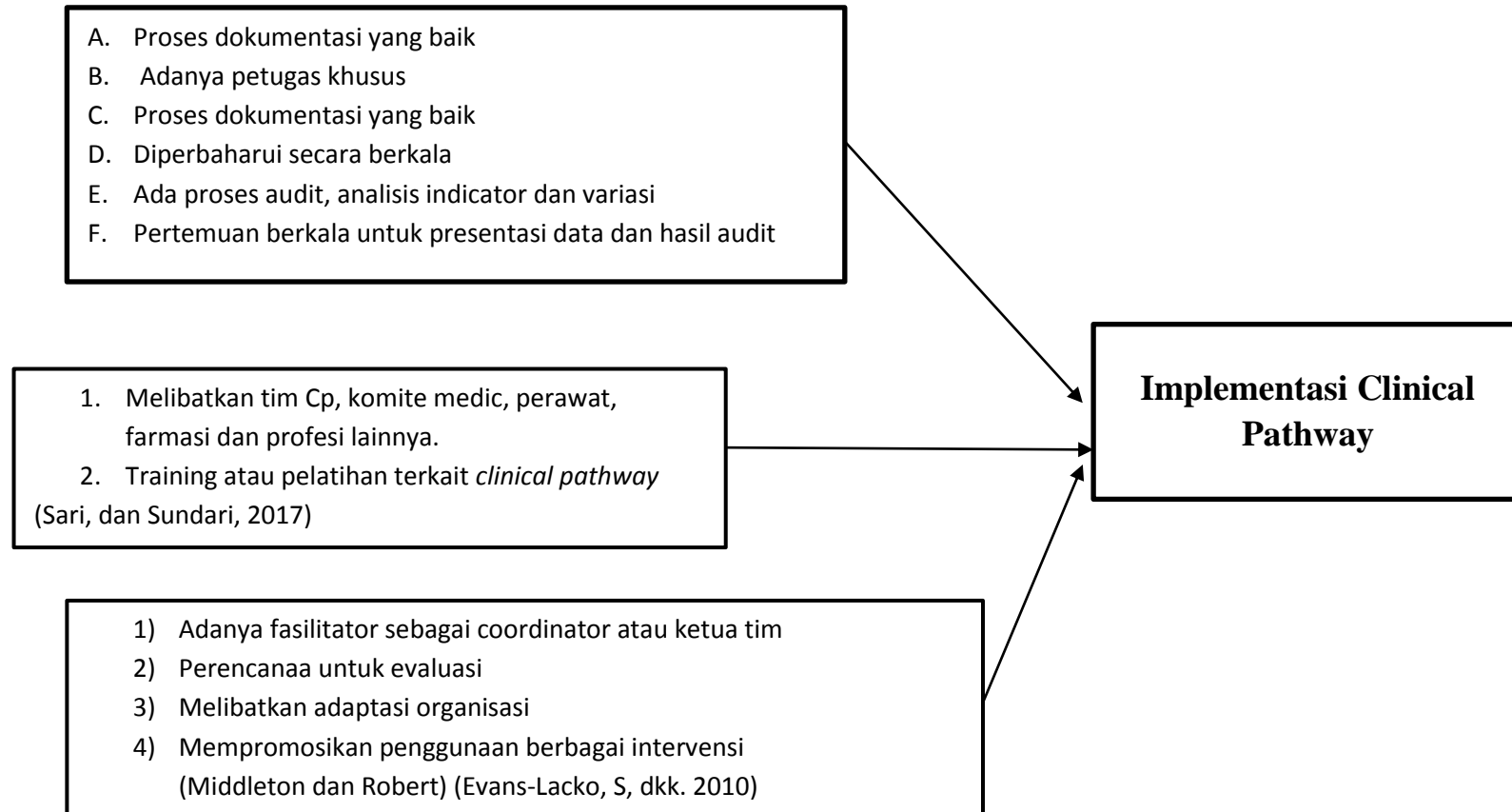
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit khususnya bidang kajian mutu rumah sakit melalui pengujian teori tentang program *clinical pathway terintegrasi* di rumah sakit.

b. Manfaat Institusi

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi dan bahan pertimbangan untuk pengambilan keputusan dalam menetapkan kebijakan dan dalam pelaksanaan *clinical pathway terintegrasi* dalam rangka peningkatan kualitas rumah sakit. Serta bahan pertimbangan dalam evaluasi sistem kerja *clinical pathway terintegrasi* di rumah sakit.

c. Manfaat Praktis

Hal ini merupakan salah satu bentuk tri darma perguruan tinggi yakni penelitian yang menjadi pengalaman berharga bagi peneliti dalam melatih diri menggunakan cara berpikir secara objektif, ilmiah, kritis, analitik untuk mengkaji teori dan realitas yang ada di lapangan.



Gambar 1. Kajian masalah. (Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan Clinical Pathway)
Rozani, *et al.* (2017), Sari (2004), Arsjad (2017), Ramdhani (2017), Astuti, *et al* (2017), wijayanti, *et al* (2016), Panella, *et al* (2003),

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1) *CLINICAL PATHWAY* TERINTEGRASI

A. Pengertian *Clinical pathway*

Dalam buku Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical pathway* dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 dijelaskan bahwa *Clinical pathway* (alur klinis) biasa juga disebut *care map*, *integrated care pathways*, *care pathway*, dan *collaborative care pathways*. *Clinical pathway* dibuat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. *Clinical pathway* memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelaksanaan *clinical pathway* bersifat multidisiplin dimana beberapa pihak baik dokter, perawat, nutrisisionis/dietisien, Apoteker, dll bekerja sama menggunakan satu format.

Konsep ini pertama kali diperkenalkan *New England Medical Centre* (Boston, Amerika Serikat) pada tahun 1985, awalnya oleh Karen Zander dan Kathleen Bower. *Clinical pathway* ini merupakan hasil adaptasi dokumen yang digunakan dalam manajemen mutu industry yang dikenal dengan Standar Operasi Prosedur yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dalam penggunaan sumber daya dan penyelesaian tugas dalam satu set waktu. *Clinical pathway* menawarkan suatu pendekatan terstruktur dalam mengembangkan dan melaksanakan protocol local klinis, berdasarkan bukti pedoman

klinis. *Clinical pathway* juga ditujukan untuk mengidentifikasi alasan layanan klinis yang tidak sesuai.

B. Tujuan *Clinical pathway*

Dalam penelitian Cenrara, 2017, menyebutkan bahwa *clinical pathway* memiliki tujuan:

1. Mengurangi variasi dalam pelayanan,
2. Pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan (*quality of care*) (BÖckman, Heiden, 2013).
3. Mengontrol pembiayaan Romeyke dan Stummer (2012)
4. Meningkatkan kualitas dari informasi yang telah dikumpulkan
5. Sebagai (*counter-check*) pada DRG *cost* dan pada kasus-kasus *high cost* dan *high volume*.

A. Format dokumentasi *clinical pathway*

Isi format *clinical pathway* sesuai buku Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical pathway* dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, sebagai berikut:

- I. Judul *Clinical pathway*
- II. Identitas Pasien
 1. Nama Pasien
 2. Jenis Kelamin
 3. Tanggal Lahir
 4. No. Rekam Medik
 5. Diagnosa Masuk, Tanggal Masuk & Jam Masuk Rumah Sakit
 6. Penyakit Utama
 7. Penyakit Penyerta
 8. Komplikasi

9. Tindakan
 10. Berat Badan
 11. Tinggi Badan
 12. Tanggal & Jam Keluar Rumah SAKit
 13. Lama Rawat
 14. Ruang Rawat/Kelas
 15. Rujukan
- III. Isi *Clinical pathway*
- A. Baris
1. Asesmen awal
 - a. Asesmen Awal Medis
 - b. Asesmen Awal Keperawatan
 2. Laboratorium
 3. Radiologi/*imaging*
 4. Konsultasi
 5. Asesmen Lanjutan
 - a. Asesmen Medis
 - b. Asesmen Keperawatan
 - c. Asesmen Gizi
 - d. Asesmen Farmasi
 6. Diagnosis
 - a. Diagnosis Medis
 - b. Diagnosis Keperawatan
 - c. Diagnosis Gizi
 7. *Discharge Planing*
 8. Edukasi Terintegrasi
 - a. Edukasi/Informasi Medis
 - b. Edukasi Gizi
 - c. Edukasi Keperawatan
 - d. Edukasi FArmasi
 - e. Pegisian Formulir Informasi dan Edukasi Terintegrasi
 9. Terapi/Medikamentosa
 - a. Injeksi
 - b. Cairan Infus
 - c. Obat oral
 - d. Obat anastesi
 10. Tata Laksana/Intervensi
 - a. Tatalaksana/Intervensi Medis
 - b. Tatalaksana/Intervensi Keperawatan
 - c. Tatalaksana/Intervensi Gizi
 - d. Tatalaksana/Intervensi Farmasi
 11. Monitoring dan Evaluasi
 - a. Dokter DPJP

- b. Keperawatan
- c. Gizi
- d. Farmasi
- 12. Mobilisasi/Rehabilitasi
 - a. Medis
 - b. Keperawatan
 - c. Fisioterapi
- 13. Outcome/Hasil
 - a. Medis
 - b. Keperawatan
 - c. Gizi
 - d. Farmasi
- 14. Kriteria Pulang
- 15. Rencana Pulang/ Edukasi Pelayanan Lanjutan
- 16. Variant
- B. Kolom
 - 1. Kegiatan
 - 2. Uraian Kegiatan
 - 3. Hari Penyakit dan Hari Rawat (Hari/Jam)
 - 4. Keterangan
- IV. Penanggung Jawab
 - 1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
 - 2. Perawat Penanggung Jawab
 - 3. Pelaksana Verifikasi
- V. Keterangan
 - Arsir Kotak : Wajib dilaksanakan
 - Arsir Lurus : Boleh dilakukan/Boleh tidak dilakukan
 - (√) : *Checklist*

D. Proses & Standar Pelaksanaan *Clinical pathway*

Dikutip dari penelitian Cenrara (2017), Firmanda (2007) mengatakan bahwa prinsip dalam penyusunan *clinical pathway*, memenuhi beberapa hal mendasar, seperti:

1. Pelayanan berorientasi focus terhadap pasien dan pelaksanaanya harus terintegrasi dan serta berkesinambungan.
2. Mencakup multiprofesi yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit terhadap pasien.

3. Pelaksanaannya berupa pencatatan dalam batasan waktu tertentu dimana untuk rawat inap menggunakan rentang harian dan kasus darurat menggunakan rentang jam. Keseluruhan pencatatan harus berkesinambungan dengan dokumen rekam medis.
4. Pada pelaksanaan *clinical pathway*, setiap langkah yang tidak sesuai alur akan dicatat sebagai varians dan dibuatkan analisis pada saat audit.
5. Varians antara lain: kondisi perjalanan penyakit, komplikasi atau penyerta, serta kesalahan medis. Yang mana varians ini dapat dilakukan dalam menjaga mutu pelayanan.

E. Pelaksanaan *Clinical pathway*

Berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical pathway* dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, pelaksanaan *clinical pathway* terintegrasi adalah sebagai berikut:

- a. *Clinical pathway* ditentukan sesuai kebutuhan rumah sakit.
- b. *Clinical pathway* berlaku pada saat ditegakkan diagnosis.
- c. Dilakukan checklist (√) pada dokumentasi Rekam Medis pada form *Clinical pathway*.
- d. Tindakan medis yang tidak terdapat di dalam form *clinical pathway* dianggap sebagai varian
- e. Pelaksana verifikasi bertugas mendokumentasikan *clinical pathway*

- f. Pelaksana verifikasi adalah *case manager* atau Kepala Ruangan.
- g. Clinical pathwat diberikan kepada komite medis/Komite Mutu Rumah Sakit segera setelah pasien pulang.

F. Evaluasi *Clinical pathway*

Dalam melakukan evaluasi terhadap *clinical pathway* diperlukan alat yang baik dengan karakteristik sebagai berikut, adanya komitmen dari organisasi berikut, 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 (outcome) dan keamanan. Dari kriteria tersebut saat ini ada dua instrument yang sering digunakan untuk melakukan audit terhadap isi dan mutu *clinical pathway*. Kedua instrument tersebut adalah *The ICP Key Element Checklist* dan *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT).

a. *The ICP Key Elements Checklist*

Dikembangkan oleh Croucher (Inggris) pada tahun 2004 sebagai bagian dari penelitian magister mengenai kualitas ICP yang digunakan di pelayanan kesehatan nasional UK (UKNHS). Instrument ini dibuat berdasarkan literature di UK dan belum dilakukan validasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk

mengidentifikasi elemen kunci dalam ICP, dan mengevaluasi ICP yang tersedia. Sebuah tool berupa "*The ICP key element checklist*" dibuat berdasarkan tinjauan literature. Setiap ICP harus memiliki 14 elemen yang tercantum dalam daftar maka bias dikatakan format tersebut bukan ICP, tapi lebih cenderung menjadi daftar periksa atau pedoman saja.

Saat ini belum ada instrument baku dalam melakukan audit pendokumentasian ICP. Namun ICP *key element checklist* dalam mengevaluasi kualitas ICP.

b. *The Integrated Care Pathway Appraisal Tool (ICPAT)*

Dikembangkan sejak tahun 1999 oleh Whittle dkk di Inggris dengan mendapat dukungan dari perkumpulan pengembangan mutu West Midlands Regional Levy Board. Instrument ini dibuat berdasarka desain yang sama dengan instrument AGREE (*Appraisal of Guidelies Research and Evaluation*). Enam dimensi yang dimiliki ICPAT memiliki internal yang baik dan konsisten dengan pengukuran Cronbach alpha 0,77-0,96. Setiap item berkorelasi dengan item yang sesuai. ICPAT yang saat ini sedang digunakan mengalami pengembangan dan validasi lebih lanjut. Dimasa depan penggunaan ICPAT akan mencakup fasilitas komisi darijasa, menilai tata kelola klinis dan pengembangan jalur elektronik (Astuti, 2017).

2) FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI *CLINICAL PATHWAY*

Terdapat beberapa faktor yang mengakibatkan tidak memadainya *CliniacI Pathway* saat ini. *Clinical pathway* yang dikembangkan tidak selalu

berjalan sebagaimana mestinya. Panella, dkk (2003) menunjukkan bahwa *clinical pathway* harus dihentikan secara premature akibat penolakan tenaga medis. Adapun hambatan dalam pelaksanaan *clinical pathway* dapat berasal dari disain yang tidak praktis, penolakan dan ketidakpatuhan tenaga medis, dan evaluasi yang tidak berjalan dengan baik. Evaluasi berkala diperlukan untuk memberi umpan balik kepada semua pihak yang terlibat dalam pelayanan klinik (Evans, Lacko, dkk, 2010).

Jenkins dan Jones dalam makalah Unit Stroke Bethesda menyebutkan bahawa salah satu upaya penerapan *clinical pathway* yang efektif adalah adanya manajer kasus. Manajer kasus dalam pemberlakuan *clinical pathway* di rumah sakit dapat dilaksanakan oleh perawat (Phaneuf, 2008). Manajer kasus memiliki tugas, antara lain: (1) berkomunikasi dengan anggota tim untuk kelancaran pemberlakuan *clinical pathway*, (2) memastikan ketersediaan *clinical pathway*, (3) menjawab pertanyaan anggota tim tentang jalannya *clinical pathway*, (4) mengumpulkan data secara berkala, (5) ikut terlibat dalam analisis dan pelaporan data *clinical pathway* dan variansinya, dan (6) ikut memberi masukan kepada pihak manajemen terkait dengan evaluasi pelayanan.

Rejeki dan Nurwahyuni (2017) dalam penelitiannya menyebutkan, Kementerian Kesehatan (2014) menyatakan adanya variasi pada implementasi *clinical pathway* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: sifat penyakit pada individu tertentu, terapi tidak diberikan sesuai dengan ketentuan, pasien tidak mentoleransi obat dan terdapat komorbiditas yaitu penyakit lain selain penyakit utama. Hal yang perlu

ditekankan adalah penerapan *clinical pathway* dapat mengurangi lama hari rawat sehingga dapat meminimalisir lama hari rawat sehingga meminimalisir sumber daya dan biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Hari rawat yang bertambah akan menyebabkan bertambahnya biaya baik obat, alkes, kamar, yang berhubungan dengan rawat inap.

3) EFEKTIFITAS *CLINICAL PATHWAY*

A. Biaya Perawatan

Menurut *Massachusetts Hospital Association* (2010) dalam Adil (2017), biaya rumah sakit mencakup semua kegiatan yang berhubungan dengan bisnis (kesehatan) inti dari rumah sakit. Biaya perawatan terkait pasien mencakup biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi), seperti biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Biaya tidak langsung adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung yang mendukung kelancaran proses produksi (pelayanan), seperti administrasi pasien, teknologi informasi, jasa lingkungan, sarana prasarana, transportasi dan sebagainya. Biaya perawatan terkait pasien secara konsisten mewakili sekitar 92% dari total biaya rumah sakit.

Dalam tujuan analisis biaya rumah sakit adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai biaya dan pendapatan dari suatu bagian atau unit, melihat gambaran biaya tetap dan biaya tidak tetap, dan untuk menggambarkan pendapatan rumah sakit secara umum. Proses analisis biaya ini akan memberikan manfaat antara lain, sebagai informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi kebijaksanaan pengendalian biaya, khususnya

dengan penggunaan clinical pathway yang berdasarkan ‘bukti medis klinis’ atau *evidence based medicine* yang mengatasi variasi pelayanan diharapkan dapat menurunkan biaya di rumah sakit, walaupun dalam perjalanannya adapun penelitian lain menemukan biaya perawatan yang meningkat dengan penggunaan clinical pathway (Iroth, dkk, 2016)

1. Break Even Point (BEP)

Break Even Point (BEP), (menurut Syarifuddin Alwi, 1990, dalam Bilhaq, dkk, 2016) adalah suatu keadaan perusahaan dimana dengan keadaan tersebut perusahaan tidak mengalami kerugian jika perusahaan tidak mendapatkan laba sehingga terjadi keseimbangan atau impas. Hal ini bisa terjadi bila perusahaan dalam pengoperasiannya menggunakan biaya tetap dan volume penjualannya hanya cukup untuk menutup biaya tetap dan biaya variabel.

Irwan, Arifin, dan Septiana (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan dari beberapa penelitian, bahwa BEP adalah titik impas dimana posisi jumlah pendapatan dan biaya sama atau seimbang sehingga tidak mendapat keuntungan ataupun kerugian dalam suatu perusahaan.

Menurut Kasmir, 2015 (dalam Irwadi dkk, 2018) ada beberapa model rumus yang dapat digunakan dalam analisis titik impas:

- 1) Dengan Rumus Matematik
 - a. Analisis titik impas dalam unit

$$BP (unit) = \frac{FC}{P - VC \text{ unit}}$$

Dimana:

BEP = Analisis titik impas (*Break Even Point*)

FC = Biaya tetap (*Fixed Cost*)

VC = Biaya variabel persatuan (*price*)

P = Harga jual persatuan (*Price*)

S = Jumlah penjualan (*sales volume*)

b. Analisis titik impas dalam rupiah

$$BEP (Rp) = \frac{TFC}{1 - \frac{TVC}{TR}}$$

Dimana:

BEP(Rp) = Jumlah untuk produk yang dihasilkan impas dalam rupiah

TFC = Total Biaya tetap

TVC = Biaya Variabel

TR = Volume penjualan

2) Dengan Coba-Coba

Artinya kita mencoba memasukkan angka-angka yang kita inginkan sehingga akan terlihat batas laba atau rugi setiap penjualan.

3) Dengan Grafik

Dari grafik terlihat bahwa untuk tiap-tiap masing unit penjualan terdapat informasi yang lengkap seperti setiap rupiah penjualan, biaya tetap, biaya variabel, total biaya maupun laba atau rugi. Jadi, manajemen dapat melihat jika akan memproduksi sekian unit, akan terlihat seluruh komponen diatas. BEP melalui grafik tampak jelas ditunjukkan baik dari segi unit maupun rupiah yang diperoleh.

2. Faktor Yang Mempengaruhi/Meningkatkan Selisih tariff INA-VBG's dan Tarif Riil RS.

Menurut Arsjad 2017 dalam hasil pembahasannya, bahwa lama dirawat (length of stay) turut mempegaruhi perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBGs. Hal tersebut dikarenakan lama dirawat pada tarif riil dihitung perhari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar pula biayannya.

Dari penelitian Wijayanti dan Sugiarsi (2010) menyebutkan hal-hal yang melatarbelakangi perbedaan tarif riil dengan tarif paket secara garis besar sejalan dengan yang telah disampaikan oleh Clevely dengan penjelasan sebagai berikut: (1) Perbedaan standar tariff riil dengan tariff INA-CBG, (2) Perbedaan lama dirawat (LOS), (3) keberadaan software, (4) ketepatan pengodean diagnosis, dan (5) ketiadaan clinical pathway.

Rejeki dan Nurwahyuni (2017) juga membahas, ada atau tidaknya *clinical pathway* sangat berpengaruh terhadap besaran biaya. Bila suatu rumah sakit belum memiliki *clinical pathway* untuk suatu kasus penyakit, akan sulit diprediksikan besaran biaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat terlihat dalam penelitian bahwa *cost of treatment existing* di RS X Jakarta lebih besar daripada *cost of treatment clinical pathway* yang ada. Dalam hal ini, *clinical pathway* sudah dimiliki oleh rumah sakit tetapi ternyata tidak digunakan.

Penelitian yang dilakukan Sari (2014), menyebutkan pada era Jamkesmas perbedaan antara biaya riil dengan tariff paket INA-CBG's dipengaruhi faktor-faktor berupa adalah biaya obat/barang medik, biaya pemeriksaan patologi klinik, dan biaya lab darah. keberagaman penyelenggaraan pelayanan pasien dengan perbedaan perilaku dokter memberikan resep obat dan perbedaan banyaknya pemeriksaan penunjang medik pada beberapa episode perawatan yang menyebabkan jumlah biaya pengobatan cenderung tinggi. Dan hal ini terjadi di RSUP dr. Sardjito yang merupakan rumah sakit pendidikan sehingga banyak mahasiswa kedokteran yang ikut terlibat. Salah satu cara untuk mengatasi terjadinya selisih biaya adalah dengan membuat clinical pathway yang berisi langkah-langkah penanganan pasien yang terdiri dari protokol terapi dan standar pelayan pasien.

Penelitian Rozany, Yuliansyah, & Susilo (2017) menyimpulkan bahwa pelaksanaan pembiayaan pasien JKN di RSIG belum efisien disebabkan karena beberapa hal: belum adanya standar asuhan klinis, karena hal ini berfungsi untuk kendali mutu dan biaya. Standar asuhan klinis berfungsi untuk kendali mutu dan biaya, dengan adanya standar asuhan klinis berfungsi untuk kendali mutu dan biaya, dengan adanya standar asuhan klinis, maka variasi dari obat-obatan, lama hari perawatan, dan pemeriksaan penunjang bisa berkurang

B. Length of stay

Menurut Health (dalam penelitian (Ramdhani, 2017), LOS (*length of Stay*) adalah jumlah lama hari rawat pasien yang ditunjukkan dalam catatan di rumah sakit yaitu khusus jumlah hari dari tanggal masuknya klien (*admission*) hingga ke tanggal kepulangan klien. LOS dihitung sejak penerimaan klien masuk rumah sakit di perawatan rawat inap. Setiap klien dihitung LOS berdasarkan jumlah hari antara masuk dan keluarnya klien tersebut dari rumah sakit

ALOS (*Avarage length of stay*) adalah rata-rata lama menginap atau rata-rata jumlah hari selama klien dirawat di rumah sakit. ALOS diukur dengan membagi jumlah total hari perawatan oleh semua klien yang ada di rawat inap selama satu tahun dengan jumlah penerimaan atau pemulangan, mencakup semua kasus rawat inap.

ALOS sering dianggap sebagai indikator efisiensi alam mengurangi biaya rawat apabila lama rawatnya lebih pendek. Namun, pada perawatan intensif walaupun lama rawatnya lebih pendek, cenderung membutuhkan biaya yang lebih mahal per harinya. Waktu lama rawat yang terlalu pendek atau cepat juga dapat berdampak buruk pada hasil kesehatan serta mengurangi kenyamanan dan pemulihan klien.

Cara untuk menghitung LOS dan ALOS dalam penelitian Ramadhani (2017) adalah sebagai berikut:

Rumus 2. Rumus menentukan LOS dan ALOS

$$\text{LOS} = \text{Tanggal keluar pasien} - \text{Tanggal masuk pasien}$$

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Total jumlah lama hari perawatan pasien rawat inap (Total LOS)}}{\text{Total jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan meninggal)}}$$

C. Outcome

Menurut Donabedian (dalam Astuti, Dewi, Arini. 2017) menjelaskan bahwa dalam pendekatan evaluasi (penilaian mutu, outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga professional terhadap pasien. Penilaian terhadap outcome ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau keputusan positif atau negative sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan. Outcome pasien dapat berupa pasien sembuh, tidak sembuh, meninggal atau dirujuk.

Chalmers (2006) dalam Cenrara (2017) dalam penelitiannya mengungkapkan Penggunaan clinical pathway mengharuskan setiap staf professional menuliskan segala bentuk perawatan pasien secara detail dan membuat catatan hari pasien. Kualitas dan kontinuitas informasi berjalan dengan baik pada proses perawatan pasien. Hal ini disebabkan dengan clinical pathway pasien akan dapat mengetahui segala jenis perawatan yang akan diberikan oleh dokter mulai pasien masuk hingga pasien keluar dari rumah sakit. Mekanisme ini menjadi dasar kualitas komunikasi yang terbangun antar staf dan pasien rumah sakit. Outcome pelayanan terhadap penerapan implementasi clinical pathway juga mempengaruhi keselamatan pasien, mengurangi komplikasi pasien dan infeksi nasokomial yang terjadi di rumah sakit.

4) TINJAUAN PENYAKIT PNEUMONIA

A. Pengertian

Dalam Pedoman Pelayanan Medis IDAI (2009), menjelaskan, Pneumonia adalah infeksi akut parenkim paru yang meliputi alveolus dan jaringan interstitial. Pneumonia harus berdasarkan gejala dan tanda klinis, serta perjalanan penyakitnya yang mana Oleh World Health Organization (WHO) menyatakan penemuan klinis yang didapat pada pemeriksaan inspeksi dan frekuensi pernapasan.

B. Epidemiologi

Penyakit Pneumonia merupakan masalah tersering di Negara berkembang termasuk Indonesia. Di Negara berkembang 10-20 kasus/100 anak/tahun. Dan mortalitas pada anak balita mencapai lebih dari 5 juta/tahun di negara berkembang.

C. Penyebab

Mikroorganisme penyebab pneumonia adalah bakteri *S. pneumonia* pada semua kelompok umur. Pada anak < 5 tahun sering disebabkan oleh virus seperti *Respiratory Syncytial Virus (RSV)*. Pada anak-anak tahun sering disebabkan oleh *adenovirus*, *parainfluenza virus*, dan *influenza virus* juga ditemukan. Pada anak > 10 tahun sering disebabkan oleh *Mycoplasma pneumonia* dan *Chlamydia pneumonia*,

D. Diagnosis

a) Anamnesis

a) Batuk yang awalnya kering, kemudian menjadi produktif dengan dahak purulent bahkan bisa berdarah.

b) Sesak napas

- c) Demam
- d) Kesulitan makan/mium
- e) Tampak lemah
- f) Serangan pertama atau berulang, untuk membedakan dengan kondisi imunokompromais, kelainan anatomi bronkus atau asma.

b) Pemeriksaan Fisis

- 1) Penilaian keadaan umum anak, frekuensi napas, dan nadi harus dilakukan pada saat awal pemeriksaan sebelum pemeriksaan lain yang dapat menyebabkan anak gelisah atau rewel.
- 2) Penilaian keadaan umum antara lain meliputi kesadaran dan kemampuan makan/minum.
- 3) Gejala distress pernapasan seperti takipnea, retraksi subcostal, abtuk, krepitasi, dan penurunan suara paru.
- 4) Anak dibawah 5 tahun mungkin tidak menunjukkan gejala pneumonia yang klasik. Pada anak yang demam dan sakit akut, terdapat gejala nyeri yang diproyeksikan ke abdomen. Pada bayi muda, terdapat gejala pernapasan tak teratur dan hypopnea.

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Radiologi

- 1) Pemeriksaan foto dada tidak direkomendasikan secara rutin pada anak dengan infeksi saluran napas bawah akut ringan tanpa komplikasi.
- 2) Pemeriksaan foto dada direkomendasikan pada penderita pneumonia yang dirawat inap atau bila tanda klinis yang ditemukan membingungkan.

- 3) Pemeriksaan foto dada *follow up* hanya dilakukan bila didapatkan adanya kolaps lonus, kecurigaan terjadinya komplikasi, pneumonia berat, gejala yang menetap, atau memburuk, atau tidak respons terhadap antibiotic.
- 4) Pemeriksaan foto dada tidak dapat mengidentifikasi agen penyebab.

2) Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan jumlah leukosit dan hitung jenis leukosit perlu dilakukan untuk membantu menentukan pemberian antibiotik.
- 2) Pemeriksaan kultur dan pewarnaan Gram sputum dengan kualitas yang baik direkomendasikan dalam tata laksana anak dengan pneumonia yang berat.
- 3) Kultur darah tidak direkomendasikan secara rutin pada pasien rawat jalan, tetapi direkomendasikan pada pasien rawat inap dengan kondisi berat dan pada setiap anak yang dicurigai menderita pneumonia bacterial.
- 4) Pada anak kurang dari 18 bulan, dilakukan pemeriksaan untuk mendeteksi antigen virus dengan atau tanpa kultur virus jika fasilitas tersedia.
- 5) Jika ada efusi pleura, dilakukan pungsi cairan pleura dan dilakukan pemeriksaan mikroskopis, kultur, serta deteksi antigen bakteri (jika fasilitas tersedia) untuk penegakkan diagnosis dan menentukan mulainya pemberian antibiotik.

- 6) Pemeriksaan *C-reactive protein* (CRP), LED, dan pemeriksaan fase akut lain tidak dapat membedakan infeksi viral dan bacterial dan tidak direkomendasikan sebagai pemeriksaa rutin.
- 7) Pemeriksaasn uji tuberculin selalu dipertimbangkan pada anak dengan riwayat kontak dengan penderita TBC dewasa,

3) Pemeriksaan Lain

Pada setiap anak yang dirawat inap karena peumoni, seharusnya dilakukan pemeriksaan *pulxe oxymetry*.

E. Klasifikasi Pneumonia

WHO merekomendasikan penggunaan peningkata frekuensi napas dan retraksi subkosta untuk mengklasifikasikan pneumonia di Negara berkembang. Namun demikian, kriteria tersebut mempunyai sensitivitas yang buruk untuk anak malnutrisi dan sering *overlapping* dengan gejala malaria.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan WHO:

1. Bayi kurang dari 2 bulan
 - 1) Pneumononia berat: napas ce[at atau retraksi yang berat
 - 2) Pneumonia sangat berat: tidak mau menetek/minum, kejang, letargis, demam atau hipotermia, bradipnea atau pernapasan ireguler.
2. Anak umur 2 bulan – 5 tahun
 - 1) Pneumonia ringan; napas cepat

- 2) Pneumonia berat: retraksi
- 3) Pneumonia sangat berat: tidak dapat minum/makan, kejang, letargis, malnutrisi.

F. Tatalaksana

a) Kriteria Rawat Inap

Bayi:

- 1) Saturasi oksigen $\leq 92\%$, sianosis
- 2) Frekuensi napas > 60 x/menit
- 3) Distres pernapasan, apnea intermiten, atau *grunting*
- 4) Tidak mau minum/menetek
- 5) Keluarga tidak bisa merawat di rumah

Anak:

- 1) Saturasi oksigen $< 92\%$, sianosis
- 2) Frekuensi napas > 50 x/menit
- 3) Distres pernapasan
- 4) *Grunting*
- 5) Terdapat tanda dehidrasi
- 6) Keluarga tidak bisa merawat di rumah

b) Tata laksana Umum

Pasien dengan saturasi oksigen $< 92\%$ pada saat bernapas dengan udara kamar harus diberikan terapi oksigen dengan kanul asal, *head box*, atau sungkup untuk mempertahankan saturasi oksigen $> 92\%$.

- a) Pada pneumonia berat atau asupan per oral kurang, diberikan cairan intravena dan dilakukan balans cairan ketat

- b) Fisioterapi dada tidak bermanfaat dan tidak direkomendasikan untuk anak dengan pneumonia.
- c) Antipiretik dan analgetik dapat diberikan untuk menjaga kenyamanan pasien dan mengontrol batuk.
- d) Nebulasi dengan beta2agonis dan/atau NaCl dapat diberikan untuk memperbaiki *mucociliary clearance*.
- e) Pasien yang mendapatkan terapi oksigen harus diobservasi setidaknya setiap 4 jam sekali, termasuk pemeriksaan saturasi oksigen.

c) Pemberian Antibiotik

1. Amoksisilin merupakan pilihan pertama untuk antibiotik oral pada anak <5 tahun karena efektif melawan sebagian besar patogen yang menyebabkan pneumonia pada anak, ditoleransi dengan baik, dan murah. Alternatifnya adalah *co-amoxiclav*, *ceftazidime*, *eritromisin*, dan *azitromisin*.
2. *M.pneumoniae* lebih sering terjadi pada anak yang lebih tua maka *S.aureus* antibiotik golongan makrolid diberikan sebagai pilihan pertama secara empiris pada anak ≥5 tahun
3. Makrolid diberikan sebagai pilihan pertama jika *S.pneumoniae* sangat mungkin sebagai penyebab.
4. Jika *S.aureus* dicurigai sebagai penyebab, diberikan makrolid atau kombinasi flucloxacilin dengan amoksisilin.
5. Antibiotik intravena diberikan pada pasien pneumonia yang tidak dapat menerima obat per oral (misalnya karena muntah) atau termasuk dalam derajat pneumonia berat.

6. Antibiotik intravena yang dianjurkan adalah: ampisilin dan kloramfenikol, *co-amoxiclav*, *ceftriaxone*, *cefuroxime*, dan *cefotaxime*.
7. Pemberian antibiotic oral harus dipertimbangkan jika terdapat perbaikan setelah mendapat antibiotic intravena.

d) Rekomendasi UKK Respirologi

Antibiotik untuk *community acquired Pneumonia*:

- Neonatus – 2 bulan: Ampisilin + gentamisin
- > 2 bulan:
 1. Lini pertama Ampisilin bila dalam 3 ahri tidak ada perbaikan dapat ditambahkan kloramfeikol.
 2. Lini kedua Seftriakson

Nutrisi

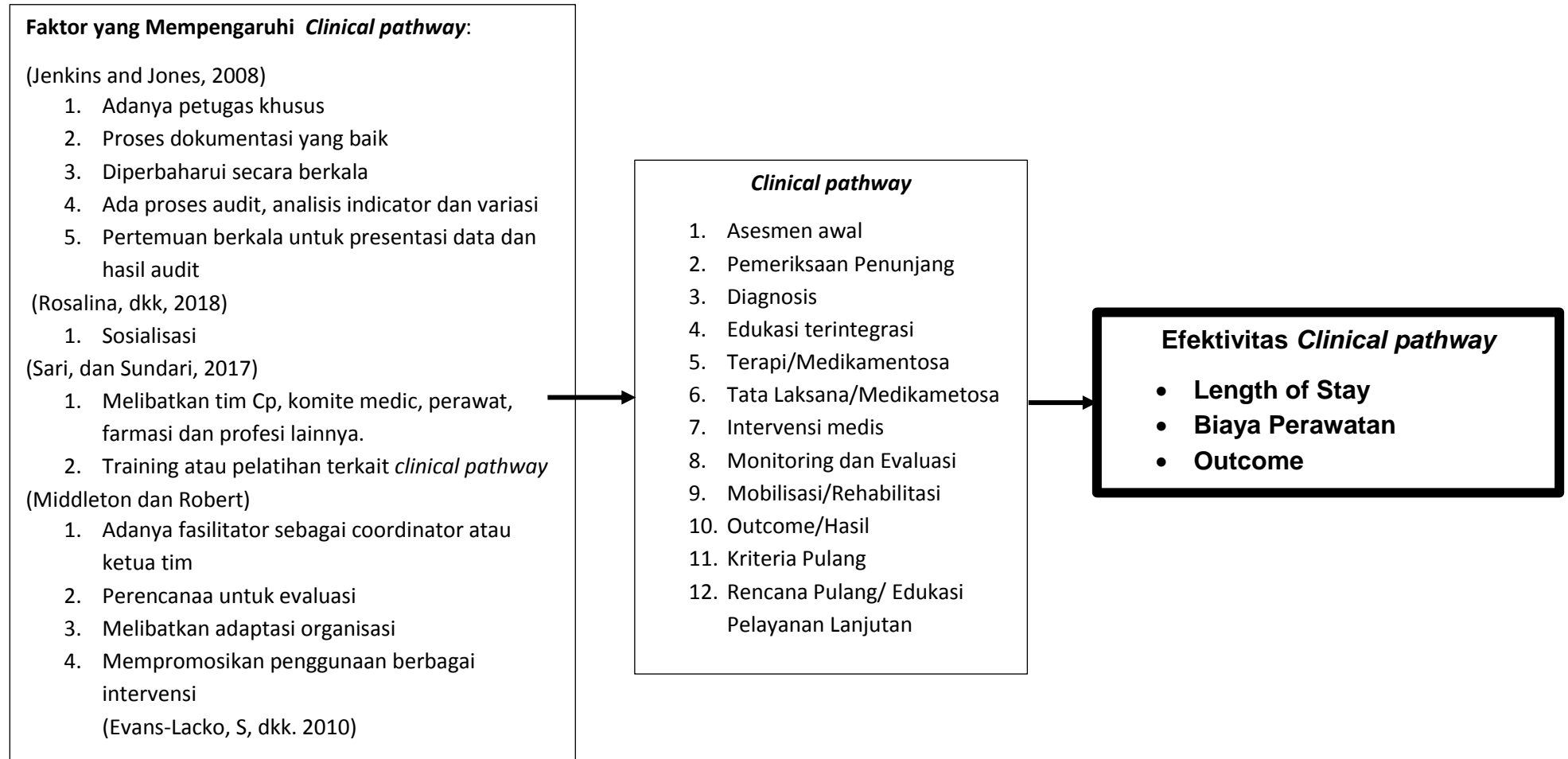
1. Pada anak dengan distress pernapasan berat, pemberian makanan per oral harus dihindari. Makanan dapat diberikan lewat *nasogastric tube* (NGT) atau intravena. Tetapi harus diingat bahwa pemasangan NGT dapat menekan pernapasan, khususnya pada bayi/anak dengan ukuran lubang kecil. Jika memang dibutuhkan, sebaiknya menggunakan ukuran yang terkecil.
2. Perlu dilakukan pemantauan balans cairan ketat agar anak tidak mengalami overhidrasi karena pada pneumonia berat terjadi peningkatan sekresi hormone antidiuretic.

G. Kriteria Pulang

- a) Gejala dan tanda pneumonia menghilang

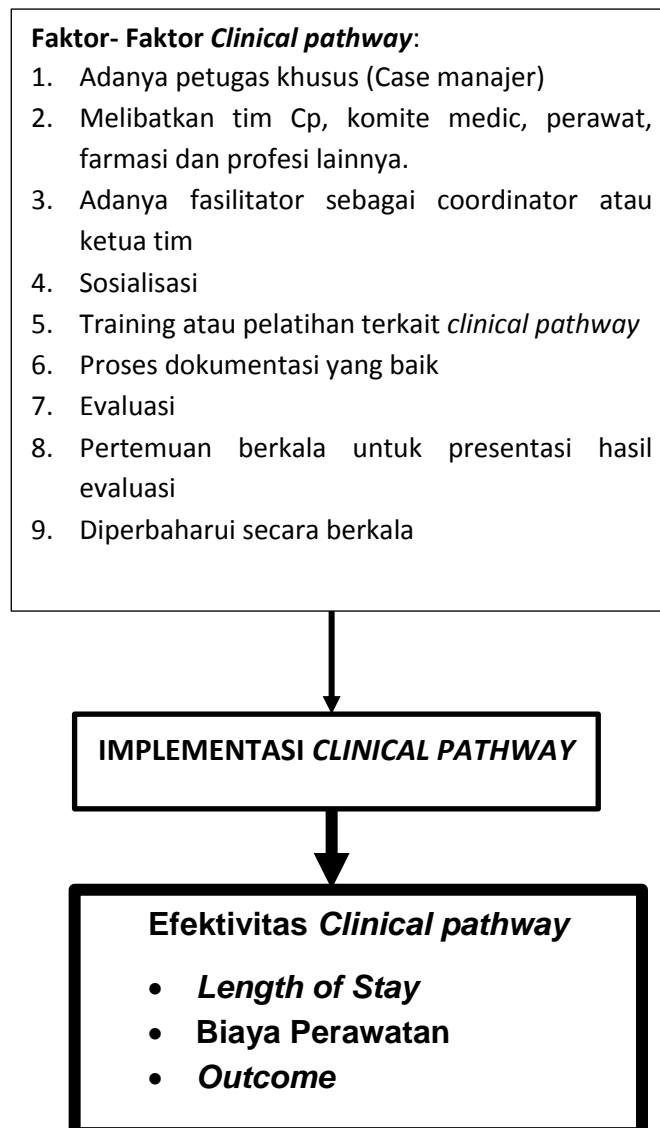
- b) Asupan per oral adekuat
- c) Pemberian antibiotic dapat diteruskan di rumah (per oral)
- d) Keluarga mengerti dan setuju untuk pemberian terapi dan rencana control.
- e) Kondisi rumah memungkinkan untuk perawatan lanjutan di rumah.

4. MAPPING TEORI



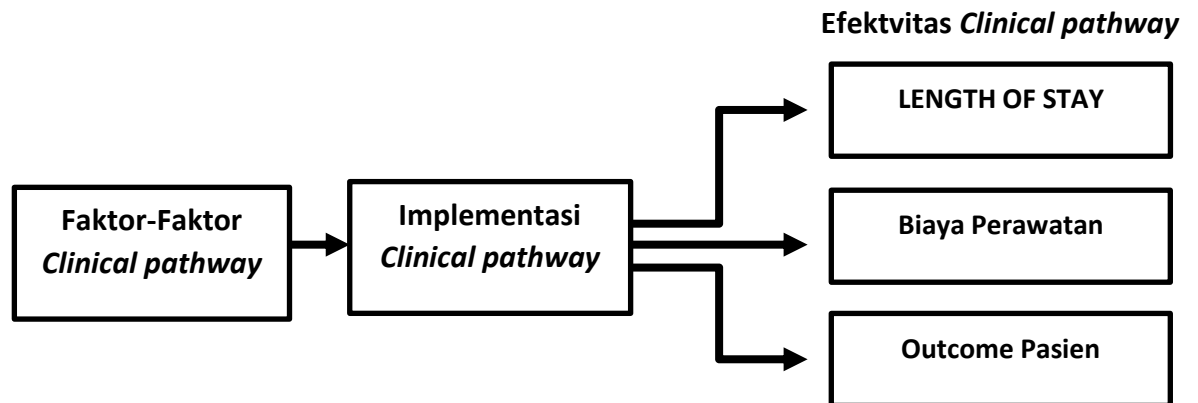
Gambar 3. Mapping Teori tentang Hal yang meningkatkan Hospital Cost dan *Clinical pathway*

5. KERANGKA TEORI



Gambar 4. Kerangka Teori teori modifikasi Rozani, Yuliansyah dan Susilo (2017), Sari (2004), Arsjad (2017), Jenkins and Jones (2008), Rosalina, dkk (2018), Sari, dan Sundari (2017), Middleton dan Robert, tentang hal yang meningkatkan selisif tariff INA-CBG's dan tariff riil RS, faktor-faktor *clinical pathway*, serta implementasi dan efektivitas *clinical pathway*

6. Kerangka Konsep



Gambar 5. Kerangka Konsep tentang Faktor-faktor, implementasi dan Efektivitas *Clinical pathway*

Tabel 3. Matrix Penelitian Terdahulu terkait *clinical pathway*, *length of stay*, *hospital costs* dan *outcome* pasien.

NO	JUDUL PENELITI (TAHUN)	TUJUAN PENELITI	METODE	HASIL PENELITIAN
1	Pengaruh Implementasi <i>Clinical pathway</i> Terhadap Lama Perawatan, Tingkat Kecacatan dan Biaya perawatan Pasien <i>Non Hemorrhagic Stroke</i> di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Andi cenrara (2017)	Tujuan Umum: Untuk menganalisis pengaruh implementasi <i>clinical pathway</i> terhadap lama perawatan (<i>LOS</i>), tingkat kecacatan (<i>Dissability</i>), dan biaya perawatan rawat inap pada pasien penyakit <i>Non Hemorrhagic Stroke</i> di rumah sakit Andi Makassau Kota Parepare	Penelitian <i>observational analitik</i> dengan menggunakan desain <i>cohort retrospektif study</i> melalui pengamatan rekam medis dan <i>form clinical pathway</i> pada pasien <i>Non Hemorrhagik Stroke</i> yang dirawat di RSUD Andi Makkasau periode 1 Januari 2015 sampai 31 Desember 2016. Penarikan sampel dengan teknik <i>consecutive sampling</i> sebanyak 73 orang masing-masing kontrol dan kasus.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan implementasi <i>clinical pathway</i> pada pasien <i>nonhemorrhagic stroke</i> adalah lama perawatan pasien ($p=0,000$; $RR= 1,917$ $CI_{95\%} : 1,321-2,780$) dan biaya perawatan pasien ($p=0,001$; $RR=1,588$ $CI_{95\%} : 1,199-2,103$), sedangkan variabel yang tidak berhubungan adalah tingkat kecacatan pasien ($p= 0,856$; $RR=1,020$ $CI_{95\%} : 0,827-1,257$).
2	<i>Cost of Treatment Demam Berdarah Dengue (DBD) di Rawat Inap Berdasarkan <i>Clinical pathway</i> di RS X Jakarta.</i> Rejeki, VMM. Nurwahyuni, A. (2017)	Untuk menganalisis <i>cost of treatment</i> rawat inap demam berdarah dengue di rawat inap di RS X Jakarta.	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Data sekunder dari SIM RS, catatan RM, dan laporan keuangan rumah sakit tahu 2016. Waktu penelitian dilakukan pada bulan mei dan Juni tahun 2017.	Terdapat perbedaan antara <i>cost of treatment</i> perawatan pasie DBD berdasarkan <i>clinical pathway</i> (Rp.2.184.588) dan <i>cost of treatmet</i> berdasarkan kondisi riil (Rp. 2.382.512), dengan perbedaan terbesar di rawat inap dan obat-obatan. Selisih <i>cost of treatment</i> antara kedua kondisi tersebut yaitu sebesar Rp.197.925,-. Jika biaya ini dikalikan dengan jumlah pasien (190 orang),
3.	<i>Impact of a <i>Clinical pathway</i> on Hospital Costs, Length of Stay and Early Outcome after Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma</i> Zhu, L. Li, Jun, Li, XK,	Untuk mengetahui apakah evaluasi <i>Clinical pathway</i> terhadap Hepatocellular Carcinoma (HCC) yang menjalani hepatectomy dapat menurunkan Hospital cost dan Length of Hospital Staytanpa meningkatkan komplikasi, mortalitas dan angka readmisi.	Peelitian dilakukan secara retrospektif dengan melakukan review menggunakan rekam medis dari pasien HCC yang menjalani hepatektomi sebelum implementasi CP (pada grup non-CP) dari maret 2012 hingga Agustus 2012. Informasi ini kemudian dibandingkan dengan data yang dikumpulkan secara prospektif dari pasien-pasien yang diberikan CP (pada grup CP) antara September 2012 dan April 2013. Kemudian dilakukan evaluasi dan perbandinga antara grup-grup terhadap <i>hospital</i>	Dari hasil penelitian tidak didapatkan perbedaan signifikan pada karakteristik linis pasien antara kedua grup.dari hasil luaran klinis yang terukur, juga tidak didapatkan perbedaan yang signifikan pada komplikasi pascaoperasi, komplikasi, dan angka readmisi. <i>Hospital cost</i> secara signifikan berkurang dari RMB 24.844 pada grup non-CP menjadi RMB 19.761 pada grup CP ($p<0,01$). Sebagai tambahan, pasien pada grup CP juga mengalami pemendekan LOHS dibandingkan grup no-CP (8,3 versus 12,3

	Feng, JQ, Gao, JM. (2014)		<i>cost</i> , LOHS dan luaran klinis awal.	hari, $p < 0,01$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa CP terbukti sebagai pendekatan efektif untuk menurunkan <i>Hospital cost</i> , dan LOHS pada pasien HCC dengan hepatotektomi tanpa membahayakan terapi pasien.
4.	Panduan Praktek Klinis dan Clinical Pathway sebagai Solusi efisiensi Pembiayaan Diagnosa Hernia Inguinalis, Appendisitis, dan Sectio Caesarea di RSI Gondanglegi.	Untuk mengidentifikasi factor-faktor dari sumber pembiayaan yang tidak efisien di dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di RSI Gondanglegi terutama pada kasus-kasus operatif.	Penelitian dilakukan dengan metode analisis deskriptif. Diawali dengan melakukan observasi status rekam medis pada diagnosis hernia inguinalis, appendicitis akut, dan section caesarea pada periode triwulan I tahun 2016.	Dari hasil penelitian didapatkan pembiayaan terbesar pada jasa medis dan obat-obatan. Dengan membuat kebijakan jasa medis dan obat-obatan untuk pasien JKN, standar asuhan klinis, <i>clinical pathway</i> , komunikasi yang efektif dari tim JKN dengan unit terkait, dan peningkatan tipe kelas rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dari pelaksanaan JKN di RSIG.
	Rozany, F. Yuliansyah, N. Susilo, Sj. (2017)			
5	Dampak Penerapan Clinical pathway terhadap biaya perawatan Stroke Iskemik Akut di RS Bethesda Yogyakarta	Panduan tertulis berupa <i>Clinical pathway</i> (CP) diharapkan mampu mengurangi variasi biaya, dengan tetap mempertahankan kualitas yang baik.	Penelitian ini merupakan penelitian observasional inferensial, dengan metode Retrospektif Kohort. data yang diambil adalah data sekunder di RS Bethesda Yogyakarta, berupa database komputer. Sampel yang diambil berjumlah 130 orang, baik pada kelompok kontrol (perawatan tanpa CP), maupun pada kelompok observasi (Perawatan dengan CP).	Terdapat perbedaan signifikan terhadap biaya perawatan stroke iskemik akut setelah penerapan CP ($p=0,004$), dimana rerata biaya perawatan pada kelompok dengan CP sebesar Rp.8.212.656,02 dan pada kelompok tanpa CP sebesar Rp 10.659.617,72 (setelah penyesuaian dengan tingkat inflasi dari BPSI sebesar 19,08%) dengan beda rerata sebesar Rp 2.446.961,70.
	Iroth, Jemsner I., Ahmad, Riris A., Pinzon, Rizaldy. (2016)			
6	Pengaruh Implementasi Clinical pathway Terhadap luaran klinik dan ekonomik pasien Acute Coronary Syndrome	Untuk melihat pengaruh implementasi <i>clinical pathway</i> (CP) terhadap luaran ekonomik dan klinik pada <i>Acute Coronary Syndrome</i> (ACS).	Penelitian ini dilakukan dengan rancangan <i>cross sectional</i> retrospektif pada pasien ACS rawat inap di RSUP Dr. SARDjito dari Januari 2013 sampai Mei 2014. Parameter luaran klinik menggunakan <i>Length of Stay</i> (LOS), <i>readmission rate</i> (RR) dan <i>in-hospital mortality</i> (IHM) serta untuk luaran ekonomik dihitung biaya total dari masing-masing tingkat keparahan penyakit. Data luaran klinik diperoleh dari catatan medik pasien selama dirawat sedangkan untuk biaya terapi riil diperoleh dari bagian jaminan kesehatan.	Hasil analitik statistik menunjukkan perbedaan rata-rata <i>Length of Stay</i> (LOS) pada kedua kelompok 7,44 dengan 6,31 hari, IHM tidak berbeda pada kelompok sebelum CP 12 pasien (17,6%), dan 6 pasien (9,2%) pada kelompok setelah CP; sedangkan untuk RR tidak terdapat pasien yang kembali menjalani perawatan (0%) untuk kelompok sebelum implementasi CP dan setelah implementasi CP 1 pasien (1,7%) yang menjalani perawatan kembali ($p > 0,05$). Median biaya dari dua kelompok (sebelum dan setelah implementasi Cp) adalah Rp 50.383.652 dan Rp 12.583.503 untuk keparahan I
	Pahriyani, Ani. Andayani, Tri M. Pramantara, IDP. (2014)			

			($p < 0,05$), Rp 11.121.616 vs Rp 13.305.502 untuk keparahan II ($p > 0,05$), Rp 37.064.546 dan Rp 20.169.375 untuk keparahan III ($p > 0,05$), Rp 37.064.546 dan Rp 20.169.375 untuk keparahan III ($p > 0,05$). Oleh karena itu terdapat perbedaan luaran klink dan ekonomik sebelum dan setelah implementasi <i>clinical pathway</i> pada tata laksanakan <i>acute coronary syndrome</i> (ACS).	
7	Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015.	Untuk melihat perbedaan cost recovery rate (CRR) tariff INA-CBG's dan tarif rumah sakit kasus CAD dengan PCI di RS A Palembang.	<p>Jenis penelitian merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> untuk analisis biaya.</p> <p>Peelitian di awali dengan menentukan CP kemudian dilakukan penyusunan <i>cost of treatment</i> yang telah tersusun dengan tariff INA-CBG's dan <i>cost of treatment</i> dengan tariff rumah sakit.</p> <p>Penelitian kualitatif dilakukan dengan <i>Focus Discussion Group</i> (FGD) dan wawancara.</p> <p>Penelitian dilaksanakan sejak bulan Januari – Maret 2015.</p>	Ada perbedaan <i>cost recovery rate</i> (CRR) tariff INA-CBG's dan tarif rumah sakit pada kasus CAD dengan PCI dimana CRR tariff rumah sakit pada <i>severity level I dan II dengan utilisasi stent 1-4</i> lebih baik dari CRR INA-CBG's karena tarif RS memperhitungkan penambahan stent tersebut. Tetapi pada <i>severity level III dengan utilisasi stent</i> sampai dengan 2 nilai CRR INA-CBG's lebih baik dari CRR RS karena tarif IA-CBG's terhadap tindakan PCI di <i>severity level III</i> cukup tinggi melebihi COT, namun jika <i>utility stent</i> lebih dari 2 maka CRR sudah turun dibawah angka 100%. Ini berarti nilai <i>stent</i> sangat berpengaruh dalam menentukan nilai COT pada tindakan PCI bagi pasien CAD.
	Mardiah, Rivany, R. (2015)			
8	Clinical pathways as Instruments for Risk dan Cost Management in Hospitals – A Discussion Paper.	Bertujuan untuk menampilkan instrument " <i>Clinical pathway</i> " dan mendeskripsikan kemungkinan, baik dari jaminan mutu dan manajemen risiko, dan juga sebagai alat untuk mengurangi biaya.	Tampilan umum untuk resiko di rumah sakit yang diikuti dengan pertimbangan terhadap risiko yang berhubungan proses inti. Total analisis biaya yang luas dilakukan pada pasien-pasien yang sesuai dengan kriteria masuk <i>pathway</i> dan memenuhi kriteria untuk pemberian terapi dalam terapi nyeri multimodal.	Hasil evaluasi memperlihatkan penghematan biaya yang potensial (pasien dengan CP: EUR 3086±212); pasien tanpa CP: EUR 3374±460; Mann-Whitney U Test; $p < 0,001$). Untuk manajer rumah sakit, CP dapat menjadi instrument manajemen strategic yang dapat membantu kontrol biaya secara terus menerus dan mengurangi biaya, dan dapat berkontribusi menjadi form jaminan mutu terhadap ketentuan pelayanan yang transparan.
	Romeyke, T. Stummer, H. (2012)	CP yang dilakukan disini untuk "terapi nyeri multimodal), yang digunakan dalam konteks pasien rawat inap akut di Jerman.		
9	Cost-effectiveness analysis of a postoperative clinical	Untuk mengevaluasi dampak pembiayaan efektif dari penggunaan <i>clinical care</i>	Penelitian ini adalah sebuah <i>comparative trial</i> pada kelompok penanganan prospektif yang ditangani dengan <i>clinical care pathway</i> pascaoperasi dan	Dari 118 pasien yang terinklusi, semua hasil <i>outcome</i> dari kelompok <i>pathway</i> pasca operasi sama-sama memberikan hasil yang efektif dan

<p>care pathway in head and neck surgery with microvascular reconstruction</p>	<p>pathway untuk pasien yang mengalami operasi tumor leher dan kepala dengan rekonstruksi mikrovaskular.</p>	<p>kelompok sebelum adanya <i>clinical care pathway</i>. <i>Outcome Outcome</i> yang efektif dievaluasi adalah lama total hari di rumah sakit, kembali ke ruang OK, readmisi ke ICU dan angka komplikasi paru. Perspektif pembiayaan dari pembayaran oleh pemerintah.</p>	<p>pembiayaan yang lebih sedikit, dan oleh karenanya merupakan intervensi klinis yang dominan. Keseluruhan angka <i>pathway</i> pre dan post operasi senilai \$22,733 dan \$16,564 untuk setiap pasien, masing-masing. Penurunan pembiayaan tambah berhubungan dengan <i>pathway</i> pasca operasi sebanyak \$6,169 per pasien.</p>
<p>Dautremon JF. Rudmik LR. Yeung J. Asante T. <i>et al</i></p>			
<p>10 Clinical pathways: Managemet of Quality and Cost in Oncology Networks in Metastatic Colorectal Cancer Setting.</p>	<p>Dengan <i>pathway (Clinical pathway</i> untuk kanker) yang memberikan panduan berbasis bukti untuk presentasi pasien spesifik berdasarkan efikasi, kemudian toksisitas, dan terakhir adalah biaya (jika efikasi dan toksisitas sebanding). Peneliti bertujuan untuk mengevaluasi dampak dari perubahan menjadi pedoman pada kanker kolorektal metastatic (mCRC) pada dua jaringan kesehatan terintegrasi.</p>	<p>Cetuximab dan panitumumab dipastikan sebagai terapi yang sebanding efikasinya pada mCRC tanpa perbedaan yang signifikan berdasarkan data kunci dari penelitian klinis. Analisis biaya menggunakan data dari rata-rata penjualan pada <i>Centers for Medicare and Medicaid Service</i> memperlihatkan panitumumab memberi keuntungan biaya. Pergantian dari panitumumab ke cetuximab pada <i>clinical pathway</i> pada semua lini terapi mCRC dilakukan pada agustus 2014.</p>	<p>Pada periode preimplementasi, ada 86 terapi dengan cetuximab (93,5%) dan 6 terapi dengan panitumumab (6,5%). Setelah <i>pathway</i> berubah, terimplementasi 13 terapi dengan cetuximab (18,1%) dan 59 terapi dengan panitumumab (81,9%). Perubahan dari kebiasaan pemberian terapi secara cepat meningkat dengan adanya perubahan <i>pathway</i>. Perkiraan keseluruhan penghemata biaya pada dua jaringan kesehatan menghasilkan hasil dari perubahan <i>pathway</i> menjadi \$711.021.</p> <p>Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa <i>clinical pathway</i> dapat menjadi alat untuk praktik onkologi dalam menghemat biaya dan memberikan respon yang cepat dalam perubahan paradigma pengobatan oleh para klinisi dengan terapi berdasarkan konsesu yang direkomendasikan oleh hasil <i>clinical trial</i> yang terbaru, konsiderasi toksisitas, dan informasi biaya regimen.</p>
<p>Ellis, PT, <i>et al.</i> (2017)</p>			

H. Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu

Dalam penelitian ini, terdapat beberapa perbedaan dengan penelitian terdahulu, antara lain:

1. Penelitian mengenai implementasi *clinical pathway* terintegrasi belum pernah dilakukan, mengingat *clinical pathway* terintegrasi baru dilakukan awal tahun 2018 di RS Unhas.
2. Penelitian melakukan analisis terhadap kasus pneumonia komunitas yang melibatkan tim *clinical pathway* dan komite medik RS.
3. Metode penelitian yang digunakan pada penelitian juga menggunakan metode kualitatif.

I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 4. Definisi Operasional Vafriabel dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Kriteria Objektif
1	Faktor-Faktor Clinical Pathway.	Faktor-faktor <i>clinical pathway</i> adalah faktor yang mempengaruhi pelaksanaan proses tatalaksana pelayanan kondisi klinis tertentu yang terstandar yang dianggap sesuai dan bersifat multidisiplin. (Evans, Lacko, dkk, 2010)	Hal-hal yang memiliki pengaruh dalam pelaksanaan program tatalaksana kondisi klinis tertentu yang sesuai standar dan bersifat multidisiplin.	Observasi	Wawancara mendalam	
2	Implementasi Clinical pathway Terintegrasi	Konsep pelayanan berdasarkan standard dan bersifat multidisiplin sehingga semua pihak yang terlibat	Terlaksananya prosedur pelayanan mulai dari assesmen awal, pemeriksaan penunjang, tatalaksana medis, intervensi, Nutrisi, Monitoring dan Evaluasi, Mobilisasi/Rehabilitasi,	Observasi	Form Clinical pathway terintegrasi.	1. Terimplementasi jika form <i>clinical pathway</i> terlaksana dan terisi lengkap ($\geq 80\%$ indikator kepatuhan CP) 2. Tidak

		dalam pelayanan dokter, perawat, fisioterapis, nutrisionis/dietisien, Apoteker, dll dapat menggunakan format yang sama (Buku Panduan PPK dan Clinical pathway,2015)	Outcome/Hasil, Kriteria Pulang dan Rencana Pulang/ Edukasi Pelayanan Lanjutan			terimplementasi: jika form <i>clinical pathway</i> tidak terlaksana dan tidak terisi lengkap (<80% indikator kepatuhan Cp)
3	Biaya Perawatan	Biaya Perawatan adalah biaya rumah sakit mencakup semua kegiatan yang berhubungan dengan bisnis (kesehatan) inti dari ruma sakit. (Massachuet Hospital Association, 2010)	Biaya rumah sakit merupakan selisih dari biaya riil rawat inap pasien dengan besarnya klaim asuransi kesehatan pasien	Studi dokumentasi	Telaah dokumen laporan biaya perawatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai standar: Jika biaya yang dikeluarkan \leq dari klaim INA-CBG's menurut kelas perawatan 2. Tidak sesuai standar: jika biaya yang dikeluarkan $>$ dari klaim INA-CBG's menurut kelas perawatan.

3	Length of Stay	LOS (<i>length of Stay</i>) adalah jumlah lama hari rawat pasien yang ditunjukkan dalam catatan di rumah sakit yaitu khusus jumlah hari dari tanggal masuknya klien (<i>admission</i>) hingga ke tanggal kepulangan klien (Ramdhani, 2017).	LOS (<i>Length of Stay</i>) adalah jumlah lamanya pasien dirawat sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien keluar rumah sakit. Pada kasus Pneumonia komunitas dengan <i>clinical pathway</i> terintegrasi standar lama rawat inap ≤ 14 hari.	Studi dokumentasi	Telaah dokumen <i>clinical pathway</i> terintegrasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai standar: Jika lama perawatan ≤ 14 hari. 2. Tidak sesuai: jika lama perawatan $>$ sesuai lama rawat inap berdasarkan masing-masing penyakit.
4	Outcome	Hasil akhir dari kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien (Astuti, Dewi, Arini, 2017).	Hasil akhir pasien dapat berupa pasien sembuh, tidak sembuh, meninggal atau dirujuk.	Studi dokumentasi.	Telaah dokumen <i>clinical pathway</i> terintegrasi dan rekam medik pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sembuh: Jika pasien pulang dan sesuai kriteria pulang. 2. Tidak sembuh: jika pasien pulang paksa atau tidak sesuai kriteria pulang, meninggal atau dirujuk,

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci (Sugiyono, 2012). Jenis pendekatan yang digunakan adalah studi kasus.

Penelitian studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan perorangan, kelompok maupu organisasi secara terperinci dan mendalam untuk memperoleh informasi dan pengetahuan mendalam dari peristiwa tersebut. Peristiwa yang terpilih merupakan kasus actual (*real-life events*), yang sedang berlangsung dan bukan peristiwa yang telah lewat (Rahardjo, 2017).

Pada penelitian ini dimaksudkan untuk mengamati implementasi clinical pathway terintegrasi pada kasus Pneumonia Komunitas dengan cara dilakukan observasi terlebih dahulu kemudian dilakukan dengan wawancara untuk menjawab tujuan masalah akan implementasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan clinical pathway terintegrasi di RS Universitas Hasanuddin (Unhas) Kota Makassar.

Penelitian kualitatif dilakukan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang implementasi *clinical pathway* terintegrasi pada kasus pneumonia komunitas di RS Unhas.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RS Universitas Hasanuddin yang terletak di Kota Makassar. Penelitian dilakukan dilakukan Januari – April 2019.

C. Sumber data

1) Data Primer

Sumber data primer pada penelitian ini didapatkan dari hasil wawancara, sehingga memperoleh keterangan data atas fakta di rawat inap pada penyakit pneumonia komunitas yang menggunakan menggunakan *Clinical pathway* Terintegrasi di RS Universitas Hasanuddin.

2) Data Sekunder

Sumber data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari dokumen-dokumen yang berasal dari rumah sakit yang terkait data yang menunjang tujuan penelitian.

D. Informan

Penelitian ini menggunakan informan yang dianggap kompeten dalam memberikan informasi dari rumah sakit, khususnya pelaksanaan clinical pathway terintegrasi, yaitu tim clinical pathway terintegrasi, yaitu coordinator pelaksana dari komite medik, DPJP, perawat yang diwakili oleh kepala ruang rawat inap, petugas gizi dan apoteker dengan farmakologi klinis di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

E. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi adalah subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap dengan diagnosis pneumonia komunitas yang mendapatkan perlakuan dengan clinical pathway terintegrasi.

2) Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi, menurut Sugiyono (2016). Dan untuk pemilihan sampel clinical pathway terintegrasi untuk data sekunder menggunakan teknik

total sampling yang merupakan teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Dan alasan mengambil total sampling karena jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi yang dijadikan sampel penelitian semuanya (Sugiyono, 2007). Kriteria untuk memilih clinical pathway terintegrasi adalah berkas clinical pathway terintegrasi dengan diagnosis pneumonia komunitas di rawat inap RS Unhas selama dilaksanakannya clinical pathway terintegrasi sejak maret 2018 hingga desember 2018.

Sedangkan, untuk pemilihan responden untuk data kualitatif menggunakan tehnik yang bersifat *purposive* dan *snowball*. Pemilihan responden dengan tehnik *purposive sampling* yaitu dengan memilih informan yang mengetahui permasalahan dengan jelas, sedangkan untuk penentuan jumlah sampelnya bersifat *snowball* yaitu pengambilan sampel sumber data, yang pada awalnya berjumlah sedikit, lama-lama menjadi besar, sampai pada taraf "*redundancy*" (datanya telah jenuh, ditambah sampel tidak lagi memberikan informasi yang baru).

Oleh karena data kualitatif penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi

pelaksanaan clinical pathway terintegrasi, maka yang menjadi sampel sumber data dalam penelitian ini diambil langsung dari *tim clinical pathway terintegrasi* dalam hal ini pemberi pelayanan yang melakukan penerapan clinical pathway terintegrasi pada pasien pneumonia komunitas. Dalam pengambilan sampel untuk data kualitatif, peneliti menentukan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah perawat, dietitian, apoteker dan dokter dalam tim clinical pathway terintegrasi yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit, komite medik, yang bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah perawat, Dietitian, apoteker dan dokter yang menolak menjadi responden.

F. Pengumpulan Data

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dimana menggunakan wawancara dalam pengumpulan data primer, sedangkan observasi dan studi dokumen untuk pengambilan data sekunder berupa data kuantitatif yang digunakan untuk membantu menjawab tujuan penelitian.

Pada metode kualitatif dilakukan wawancara kepada komite medik, dan tim *clinical pathway* terintegrasi, untuk kesesuaian penerapan format pelaksanaan *clinical pathway*, observasi kepada perawat (*case manager*/kepala ruangan) yang melakukan monitor pelaksanaan *clinical pathway*, wawancara dokter penanggung jawab pasien yang merupakan penentu kebijakan pelaksanaan *clinical pathway* sebagai informasi tambahan terkait penerapan *clinical pathway* dirumah sakit, dan studi dokumen sebagai data pelengkap terkait data dalam efektivitas *clinical pathway*.

G. Instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data kualitatif, instrument penelitian yang digunakan adalah peneliti sendiri. Sebagai instrument dalam penelitian kualitatif, maka peneliti menentukan siapa saja yang tepat digunakan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data dan analisis kualitatif dan selanjutnya menyimpulkan secara kualitatif mengenai faktor-faktor *clinical pathway* dan efektivitas *clinical pathway* (Sugiyono 2016).

H. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam upaya memperoleh data, baik data primer maupun sekunder digunakan metode-metode yang terdiri dari:

1. Penelitian ini dilakukan dalam upaya untuk mengumpulkan data sekunder, terutama mengenai konsep dasar yang berkenaan dengan objek kajian

seperti, tariff INA CBG's, tariff rumah sakit, Clinical pathway, *outcome* pasien, dan *length of stay* pasien menggunakan clinical pathway terintegrasi.

2. Penelitian Lapangan

Penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan dimana peneliti terjun langsung ke obyek penelitian yang telah ditentukan dalam rangka mengumpulkan data primer. Untuk itu dipakai seperangkat teknik pengumpulan data seperti:

- a) Telaah arsip/dokumen adalah pengumpulan data dengan melihat dokumen yang merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu dari obyek yang akan diteliti. Adapun dokumen yang ditelaah dalam penelitian ini adalah pencatatan histori pasien di instalasi rekam medik dan SIM (Sistem Informasi Manajemen), yang kemudian dibandingkan dengan dokumen *Clinical pathway terintegrasi* Rumah Sakit Unhas. Oleh karena itu, yang menjadi instrumen dalam teknik pengumpulan data dokumentasi ini adalah dokumen *clinical pathway terintegrasi* dengan diagnosis pneumonia komunitas dalam berkas rekam medis pasien.

b) Wawancara semi terstruktur, adalah pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan dialog langsung dengan informan secara lebih terbuka, namun tetap menggunakan pedoman wawancara, agar informasi yang didapatkan sama untuk sesuai informan. Melalui teknik pengumpulan data ini, informan diminta untuk mengungkapkan pendapat dan ide-idenya terkait penerapan clinical pathway terintegrasi yang telah didapatkan dan faktor-faktor atau keadaan yang dapat menghambat pelaksanaan clinical pathway terintegrasi di Rumah Sakit Unhas.

Adapun pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode dokumentasi dan wawancara mendalam terhadap sasaran yang dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5
Teknik Pengumpulan Data Terhadap Sasaran
Penelitian

Teknik Pengumpulan Data	Sasaran Penelitian							
	Komite Medik	Rekam Medik	Case Mix	Case Manager	Dokter	Perawat	Dietitian	Apoteker
Telaah Dokumen	√	√	√					

Wawancara	√	√	√	√	√
-----------	---	---	---	---	---

Selanjutnya, melalui kedua teknik pengumpulan data yaitu telaah dokumen dan wawancara, dipergunakan untuk menggali informasi yang berkenaan dengan topic dan pertanyaan sebagai berikut.

Tabel 6
Topik Penelitian Terhadap Instrumen Penelitian

	Topik Penelitian	Instrumen Penelitian	
		Pedoman wawancara mendalam	Telaah Arsip/Dokumen
1.	Kepatuhan rumah sakit dan petugas kesehatan terhadap <i>Clinical Pathway Terintegrasi</i> a) Pemeriksaan b) Konsultasi dokter c) Pelayanan penunjang d) Tindakan e) Obat f) Nutrisi g) Mobilisasi		√ √ √ √ √ √ √
2	Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>clinical pathway terintegrasi</i> a) Pelayanan dan fasilitas b) Kerjasama c) Sosialisasi	√ √	

	d) Evaluasi	√ √	
3	<p>Efektivitas Clinical Pathway Terintegrasi</p> <p>a) Length of stay</p> <p>b) Hospital Cost</p> <p> i. Tarif INA-CBG's</p> <p> ii. Tarif rumah sakit</p> <p>c) Outcome</p> <p> i. Pasien sembuh</p> <p> ii. Pasien Tidak Sembuh</p> <p> iii. Rujukan</p> <p> iv. Meninggal</p>		<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>

G. Pengolahan dan analisis data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini, guna membahas permasalahan yang dirumuskan untuk data-data kuantitatif menggunakan teknik analisis statistik, sedangkan untuk metode penelitian kualitatif menggunakan analisis kualitatif.

1. Untuk menjawab rumusan masalah yang berhubungan dengan kepatuhan dan efektivitas clinical pathway terintegrasi adalah dengan statistik deskriptif. Dengan analisis ini, akan dapat dihitung tingkat kepatuhan rumah sakit dan petugas kesehatan di rumah sakit unhas dalam menerapkan *clinical pathway terintegrasi* kepada peserta

JKN, sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk melihat seberapa besar efektivitas tindakan dan pelayanan yang diberikan petugas hingga dinyatakan sembuh dalam rentang waktu rawat inap sesuai standar (*length of stay*), efisiensi yang berhubungan dengan *hospital cost*.

2. Selanjutnya untuk menjawab rumusan masalah tentang faktor-faktor yang mempengaruhi clinical pathway terintegrasi menggunakan analisis kualitatif. Hal ini bertujuan untuk mencari hal-hal yang mempengaruhi penerapan clinical pathway terintegrasi berdasarkan hasil wawancara dengan para informan.

Analisis data yang dilakukan dengan pengolahan data primer dan sekunder yang dikumpulkan sebagai berikut:

I. Data Kualitatif

Analisis data wawancara akan dilakukan analisis data berdasarkan *Colaizz's Method*, 1978 (Saryono & Anggraeni 2013). Hal ini dikarenakan pada metode *Colaizzi*, tahapannya cukup sederhana, jelas dan terperinci untuk digunakan dalam penelitian. Adapun tahapan proses analisis yang akan dilakukan yaitu:

- a. Menggambarkan pengalaman hidup yang diteliti, yaitu pengalaman perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan, pengalaman dokter dalam melakukan tindakan

sesuai CP dan pengalaman petugas kesehatan lainnya dalam penerapan CP.

- b. Mencatat data yang diperoleh yaitu hasil wawancara dengan partisipan, kemudian membuat transkripsi dengan merubah dari rekaman suara menjadi bentuk tertulis.
- c. Membaca hasil secara berulang kali dari semua partisipan, sehingga peneliti dapat lebih memahami pernyataan-pernyataan yang disampaikan oleh partisipan terkait dengan pengalamannya dalam melaksanakan dokumentasi CP dan penerapannya.
- d. Setelah peneliti mampu memahami pengalaman dari partisipan, selanjutnya peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara kemudian dipilih pernyataan-pernyataan penting yang sesuai dengan tujuan khusus peneliti, sehingga dapat dipilih kata kunci dan diberi tanda seperti huruf tebal.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

a. Sejarah Singkat

Rumah Sakit Unhas adalah rumah sakit pendidikan milik Universitas Hasanuddin (Unhas) yang terletak di Makassar-Sulawesi Selatan. RS Unhas didirikan untuk memenuhi UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran yang menyatakan bahwa Fakultas Kedokteran harus memiliki Rumah

Sakit Pendidikan untuk menghasilkan tenaga kesehatan berkualitas.

Rumah Sakit Unhas dibangun berdampingan dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo untuk membangun kolaborasi efisiensi penggunaan sarana, efisiensi pemanfaatan SDM dan mendukung Pengembangan *Academic Health Center*. Kolaborasi kedua RS tersebut tertuang pada *Memorandum of Understanding* (MOU) antara RS Dr Wahidin Sudirohusodo (RSWS) dengan RS Unhas untuk mengembangkan pelayanan unggulan yang berbeda dengan maksud saling melengkapi.

RS Unhas diresmikan oleh Menteri Pendidikan Nasional RI pada 15 Februari 2010. Gedung rumah sakit terdiri dari tiga bangunan utama yaitu: Gedung A (*Eyes Center, Research Center, & Fertility Center*); Gedung B, C, & D (*Trauma Center*); serta Gedung E & F (*Cancer & Neuro Intervention Center*). RS Unhas merupakan rumah sakit kelas B dengan kapasitas 240 tempat tidur yang ada saat ini.

Dalam peningkatan mutunya, RS Unhas telah melaksanakan clinical pathway pada 10 kasus terbanyak sebagai bagian dari pemenuhan standar Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien sejak tahun 2015. Namun clinical pathway yang diterapkan masih terbatas pada alur klinis medik yang berhubungan dengan pelayanan medis yang diberikan dokter. Sejak

akreditasi terakhir di tahun 2017, atas saran dari asesor akreditasi dianjurkan untuk menerapkan clinical pathway terintegrasi yang mulai diterapkan tahun 2018 pada 5 kasus terbanyak, antara lain: pneumonia komunitas, demam tifoid, gagal jantung, gagal ginjal kronik dan diare dehidrasi.

b. Visi dan Misi

a. Visi

Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan Pendidikan, Penelitian, dan Pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional.

b. Misi

Adapun misi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ialah:

1. Menciptakan tenaga profesional yang berstandar internasional dalam pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan.
2. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan.
3. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu yang berkesinambungan.

4. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara terpadu dengan pendidikan, penelitian yang berstandar internasional tanpa melupakan fungsi sosial.
5. Mengembangkan jejaring dengan institusi lain baik regional maupun internasional.

c. Motto

“Tulus melayani”

c. Jenis Pelayanan

Saat ini RS Unhas melayani poliklinik spesialis dan subspecialis. Layanan Spesialis meliputi Pelayanan Bedah, Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Kesehatan Anak, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan (THT), Kulit Kelamin, Jantung, Urologi, Saraf, Gigi Mulut, Paru, Bedah Saraf, Orthopedi, Psikiatri, Anestesiologi, Radiologi, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Forensik, Mikrobiologi dan Rehabilitasi Medik. Kemudian layanan Subspecialis terdiri dari Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan (THT), Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut.

d. Sumber Daya Manusia

Untuk dapat menunjang seluruh jenis pelayanan, RS Unhas telah didukung 834 sumber daya manusia (per Desember 2017) dengan rincian jenis ketenagaan sebagai berikut:

- 1) Tenaga Medis dan Keperawatan : 478 orang
 2) Tenaga Non-Medis : 356 orang

2. HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang implementasi Clinical Pathway terintegrasi Pneumonia komunitas melalui evaluasi terhadap indikator kepatuhan pelaksanaan clinical pathway terintegrasi dan wawancara dengan tim clinical pathway terintegrasi, kemudian akan diuraikan efektifitas clinical pathway terintegrasi pneumonia komunitas meliputi efektifitas terhadap *length of stay* (LOS), biaya perawatan, dan *outcome* pasien pneumonia komunitas yang menggunakan clinical pathway terintegrasi selama tahun 2018.

Pelaksanaan penelitian ini diawali dengan memperoleh informasi melalui studi dokumen dan wawancara mendalam mengenai implementasi clinical pathway terintegrasi kasus Pneumonia Komunitas (*Community Acquired Pneumonia = CAP*) di Universitas Hasanuddin, dan melakukan pengambilan data sekunder untuk menilai efektifitas terhadap clinical pathway terintegrasi.

a. Karakteristik Informan Penelitian

Tabel 7 Karakteristik Informan Penelitian di Rumah Sakit Unhas

No	Inisial Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Jabatan
----	------------------	--------------	------------	---------

1	NM	33	S2	Komite medik
2	IC	30	S1	Kepala ruangan
3	DN	30	S1	Kepala ruangan
4	SA	31	S1	Kepala ruangan
5	AL	50	S2	DPJP
6	EN	30	S1	Staf Gizi

b. Karakteristik Pasien Pneumonia Komunitas

Tabel 8 Distribusi Karakteristik Responden Terimplementasi Clinical Pathway Terintegrasi pada Pasien Anak Pneumonia Komunitas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

Karakteristik	Jumlah (n)	Persen (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	32	84,2
Perempuan	6	15,8
Umur		
<2	29	76,3
3-5	6	15,8
6-8	2	5,3
>8	1	2,6
Pembayaran		
BPJS	33	86,8
Umum	5	13,2
Ruang Perawatan		

Kelas 1	11	28,9
Kelas 2	9	23,7
Kelas 2/3	1	2,6
Kelas 3	12	31,6
VIP	5	13,2

Sumber: Data Rekam Medis RS Unhas.

Berdasarkan tabel diatas, diketahui kelompok pasien yang dijadikan sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki sebesar 84,2%. Berdasarkan kelompok responden umur lebih banyak pada kelompok umur <2 tahun sebesar 76,3% sedangkan paling sedikit berada pada kelompok umur >8 tahun sebesar 2,6%. Berdasarkan pembayaran lebih banyak pada pasien BPJS sebesar 86,8%. Berdasarkan kelas perawatan lebih banyak pada pasien yang dirawat di kelas 3 yaitu sebesar 31,6% dan paling sedikit di kelas VIP sebesar 13,2%.

1. Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas

Implementasi clinical pathway terintegrasi adalah pelaksanaan prosedur pelayanan pasien rawat inap sesuai panduan dari form clinical pathway terinetgrasi

yang berbasis EBM, mulai dari assesmen awal, hingga pasien selesai dirawat di rumah sakit.

Tabel 9 Distribusi Pelayanan Pasien Anak Pneumonia Komunitas di ruang rawat inap Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

CP	Jumlah (n)	Persen (%)
Yang menggunakan form CP	19	50,0
Tidak menggunakan form CP	19	50,0
Total	38	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa dari 38 kasus Pneumonia Komunitas anak sebanyak 50% merupakan sampel atau kasus yang menggunakan dan tidak menggunakan form clinical pathway terintegrasi, sedangkan 50% lainnya merupakan 19 sampel yang tidak terimplementasi atau tidak menggunakan penerapan clinical pathway terintegrasi.

2. Kepatuhan Rumah Sakit dan Petugas Kesehatan Terhadap Clinical Pathway Teintegrasi Pneumonia Komunitas

**Tabel 10 Indikator Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam pengisian
Clinical Pathway Terintegrasi pada Pasien Anak
Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap
Rumah Sakit Unhas Tahun 2018**

<u>Indikator Kepatuhan Tenaga Kesehatan</u>		<u>Sesuai</u>	<u>Belum diberikan</u>	<u>Tidak sesuai</u>
Asesmen Awal	<u>Asesmen Awal</u>	18 (94,7%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)
	<u>Laboratorium</u>	17 (89,5%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)
	<u>Radiologi</u>	19 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Asesmen Lanjutan	<u>Asesmen Lanjutan Medis</u>	16 (84,2%)	0 (0,0%)	3 (15,8%)
	<u>Asesmen Keperawatan</u>	19 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	<u>Asesmen Gizi</u>	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0 (%)
	<u>Asesmen Lanjutan Farmasi</u>	1 (5,3)	18 (94,7%)	0 (0%)
Diagnosis	<u>Diagnosis Medis</u>	15 (78,9%)	0 (0,0%)	4 (21,1%)
	<u>Diagnosis Keperawatan</u>	18 (94,7%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)
	<u>Diagnosis Gizi</u>	11 (57,9%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)
Discharge Planning	<u>Discharge Planning</u>	13 (68,4%)	5 (26,3%)	1 (5,3%)
Edukasi Terintegrasi	<u>Edukasi informasi Medis</u>	15 (78,9%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)
	<u>Edukasi & Konseling Gizi</u>	5	13	1

		(26,3%)	(68,4%)	(5,3%)
	Edukasi Farmasi	3	15	1
		(15,8%)	(78,9%)	(5,3%)
Terapi	Terapi Medikamentosa	13	0	6
		(78,9%)	(0,0%)	(15,8%)
Tatalaksana/ Intervensi	Tatalaksana/Intervensi (TLI Medis)	18	0	1
		(94,7%)	(0,0%)	(5,3%)
	TLI Keperawatan	17	0	2
		(89,5%)	(0,0%)	(10,5%)
	TLI Gizi	4	13	2
		(21,1%)	(68,4%)	(10,5%)
Monitoring	Monitoring & Evaluasi DPJP	14	3	2
		(73,75)	(15,8%)	(10,5%)
	Monitoring & Evaluasi Keperawatan	18	0	1
		(94,7%)	(0,0%)	(5,3%)
	Monitoring & Evaluasi Gizi	4	14	1
		(21,1%)	(73,3%)	(5,3%)
	Monitoring & Evaluasi Farmasi	1	18	0
		(5,3%)	(94,7%)	(0,0%)
Mobilisasi	Mobilisasi/Rehabilitasi	17	0	2
		(89,5%)	(0,0%)	(10,5%)
Outcome	Outcome/Hasil Medis	17	0	2
		(89,5%)	(0,0%)	(10,5%)
	Outcome Keperawatan	17	0	2
		(89,5%)	(0,0%)	(10,5%)
	Outcome Farmasi	0	19	0
		(0,0%)	(100%)	(0,0%)
	Outcome Gizi	8	6	5
		(42,1%)	(31,6%)	(26,3%)

Kriteria Pulang	14 (73,7%)	0 (0,0%)	5 (26,3%)
Rencana Pulang	18 (94,7%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)

Sumber: Data Primer.

Tabel hasil pengamatan kepatuhan berdasarkan Form Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas, dan data rekam medis pasien anak pneumonia komunitas.

Tabel 11 Rekapitulasi Hasil Pengamatan Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

Indikator Kepatuhan	Terimplementasi
≥80%	13 (43%)
<80%	17 (57%)

Sumber: Data Primer.

Dari hasil pengamatan peneliti mengenai pelaksanaan clinical pathway terintegrasi berdasarkan pengisian form clinical pathway bahwa yang terimplementasi ≥80% sebanyak 13 (43%) indikator, sedangkan terimplementasi <80% sebanyak 22 (73%). Hasil dari pengamatan yang terimplementasi <80% sebagian besar merupakan indikator pelayanan gizi dan farmasi yang tidak dilaksanakan karena SDM farmasi klinis yang tidak

ada untuk melaksanakan pelayanan farmasi sesuai clinical pathway terintegrasi, dan kurangnya staf gizi yang hanya 1 orang penanggung jawab untuk mengontrol pelaksanaan gizi sesuai clinical pathway terintegrasi di seluruh rumah sakit. Adapun beberapa indikator dari tindakan medis dari DPJP bukannya tidak dilaksanakan, namun tidak dipahami oleh perawat ataupun miskomunikasi perawat dan DPJP menyebabkan, tindakan yang sudah dilaksanakan oleh DPJP maupun asistennya dalam hal ini residen tidak disampaikan ke perawat sehingga dianggap tidak pernah dilakukan oleh DPJP ataupun asistennya. Hal ini juga tampak pada data indikator kepatuhan, dimana ada ketidaksesuaian tindak dokter yang dituliskan di status rekam medis namun tidak centang oleh perawat, dalam hal ini ada pendapat perawat bahwa hal ini terjadi dapat disebabkan karena miskomunikasi antara perawat bahwa pengisian dilakukan oleh dokter sendiri sesuai tanggung jawabnya.

Kasus Pneumonia Komunitas yang terimplementasi Clinical pathway terintegrasi

sebagian besar telah memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dengan clinical pathway. Adapun untuk ketidakpatuhan terjadi pada bagian farmasi pada hampir keseluruhan sampel pasien pneumonia komunitas yang terimplementasi clinical pathway terintegrasi. Jika melihat dari clinical pathway terintegrasi pneumonia komunitas dan kesesuaiannya dengan history pasien yang ada, hampir semua dari 19 pasien pneumonia komunitas yang terimplementasi clinical pathway, telah menerima pemeriksaan hingga outcome yang sesuai pedoman clinical pathway terintegrasi.

c. Efektivitas Clinical Pathway

i. Length of Stay

Tabel 12 Distribusi frekuensi dari *Length of Stay* Pasien Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

LOS (Hari)	Penerapan Clinical Pathways				Total	
	Ya		Tidak		N	%
	N	%	N	%		
2	0	0,0	1	100	1	100
3	2	66,7	1	33,3	2	100
4	1	20,0	4	80,0	5	100
5	2	33,3	4	66,7	6	100
6	5	55,6	4	44,4	9	100
7	5	71,4	2	28,6	7	100

8	2	50,0	2	50,0	4	100
11	0	0,0	1	100	1	100
13	1	100	0	0,0	1	100
19	1	100	0	0,0	1	100
Total	19	100	19	100	38	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa lama rawat pasien dengan penerapan clinical pathways paling banyak berada pada lama rawat 6 sampai 7 hari sedangkan pasien yang tidak dalam penerapan clinical pathways lebih banyak berada pada lama rawat 4-6 hari.

Tabel 13 Nilai rata-rata anantara lama rawat dengan penerapan clinical pathways terintegrasi dan tidak menggunakan clinical pathways terintegrasi Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

	CP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LOS	Ya	19	7.00	3.621	.831
	Tidak	19	5.58	2.063	.473

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata lama perawatan dengan menggunakan clinical pathways adalah 7.00 dengan standar deviasi adalah 3.621 dan rata-rata biaya perawatan tanpa penerapan

clinical pathways adalah 5,58 dengan standar deviasi 2.063.

Tabel 14 Analisis Independent Samples Test Lama rawat dengan penerapan clinical pathways dan tidak menggunakan clinical pathways

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LOS	Equal variances assumed	.564	.457	1.486	36	.146	1.421	.956	-.518	3.360
	Equal variances not assumed			1.486	28.575	.148	1.421	.956	-.536	3.378

Berdasarkan tabel diatas hasil analisis *independent sample test* menjelaskan bahwa nilai p yang diperoleh pada tabel ini dengan 2 arah (sig 2 –tailed) = 0.146 > 0,05 dengan taraf kepercayaan 95% maka Ho diterima maka disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan LOS yang signifikan antara penerapan clinical pathways dengan tanpa penerapan clinical pathways.

ii. Biaya Perawatan

Tabel 15 Nilai rata-rata antara biaya perawatan dengan penerapan clinical pathways dan tidak

menggunakan clinical pathways Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

	Penerapan Clinical Pathways	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Biaya Perawatan	Ya	18	7.822.106,33	3.892.436,67	917.456,12
	Tidak	19	6.198.431,68	2.829.786,14	649.197,47

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata biaya perawatan dengan menggunakan clinical pathways adalah 7.822.106 dengan standar deviasi adalah 3.892.436 dan rata-rata biaya perawatan tanpa penerapan clinical pathways adalah 6.198.431 dengan standar deviasi 2.829.786.

Tabel 16 Analisis Independent Samples Test antara biaya perawatan dengan penerapan clinical pathways dan tidak menggunakan clinical pathway.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Biaya Perawatan	Equal variances assumed	.152	.699	1.457	35	.154	1623674.649	1114.315598	-638506.281	3885855.580
	Equal variances not assumed			1.445	30.956	.159	1623674.649	1123.914179	-668694.743	3916044.041

	es									
--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Berdasarkan tabel diatas hasil analisis *independent sample test* menjelaskan bahwa nilai p yang diperoleh pada tabel ini dengan 2 arah (sig 2 – tailed) = 0.154 > 0,05 dengan taraf kepercayaan 95% maka Ho diterima maka disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan biaya perawatan yang signifikan antara penerapan clinical pathways dengan tanpa penerapan clinical pathways.

Tabel 17 Distribusi Total Biaya Perawatan Pasien Anak BPJS dengan Pneumonia Komunitas dan Total Pembayaran BPJS Menggunakan Paket INA-CBG's Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

Biaya Perawatan	Penerapan Clinical Pathways	
	Ya	Tidak
Total Biaya Perawatan	Rp 113.371.589	Rp 125.121.802
Total Pembayaran BPJS dengan Paket INA-CBG's	Rp 70.840.600	Rp 78.811.800
Selisih	Rp 42.530.989	Rp 46.310.002

Sumber: Data Primer

Dari hasil perhitungan terhadap 18 pasien pneumonia komunitas anak yang dilaksanakan clinical

pathway terintegrasi, memiliki total biaya perawatan adalah 113.371.589 -, sedangkan 19 pasien anak lainnya dengan pneumonia komunitas yang pelayanannya medisnya tidak diterapkan clinical pathway terintegrasi adalah Rp 46.310.000,-. Dengan menggunakan perhitungan selisih dibawah ini:

$$\frac{Rp\ 11.750.213}{Rp\ 113.371.589} \times 100\% = 10.36\%$$

Maka dari perhitungan selisih diatas, diketahui bahwa dengan menggunakan clinical pathway terintegrasi pada pasien anak pneumonia komunitas, maka biaya perawatan akan lebih efisien 10,36% dari biaya perawatan pasien pneumonia komunitas tanpa menggunakan clinical pathway terintegrasi.

iii. Outcome

Tabel 18 Frekuensi *Outcome* pasien Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

Outcome	Penerapan Clinical Pathways				Total	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	N	%		
Sembuh	19	50,0	19	50,0	19	100
Tidak Sembuh	0	50,0	0,0	50,0	19	100
Total	19	100	19	100	38	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa baik pasien dengan penerapan clinical pathways maupun tidak penerapan clinical pathways keduanya memiliki outcome sembuh 100%.

**d. Hasil Penelitian Kualitatif dengan Wawancara Mendalam
(*indepth interview*)**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap beberapa responden terkait bagaimana pendapat responden tentang implementasi clinical pathway terintegrasi, dapat disimpulkan penerapan clinical pathway terintegrasi belum sesuai standar, dan masih ada unit yang belum memahami dan masih ada unit yang tidak memiliki SDM untuk mendukung pelaksanaan clinical pathway terintegrasi, serta belum adanya panduan di rumah sakit tentang tatalaksana clinical pathway terintegrasi yang menjadi standar pelaksanaan di rumah sakit Unhas. Sebagaimana pernyataan beberapa informan berikut ini:

.....Penerapan CP belum sepertinya sesuai standar karena pengukuran evaluasi pun masih menggunakan evaluasi kepatuhan standar yang pakai excel..... (NM, 34 tahun)

....kalau sesuai standar, belum ada yang tahu standar yang sesuai. Ada beberapa item yang tidak sesuai dengan yang ada di rekam medis dan CP.... (DN, 30 tahun)

.....Untuk paham CP semua belum 100%, karena salah satunya pengisian yang centang, seperti monitoring dll, dilakukan, tapi perawat tidak centang. Sampai ada yang 30% saja, karena dipikir kami tidak lakukan, ternyata dilakukan tapi tidak dicentang... (AL, 49 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap beberapa responden terkait bagaimana pendapat responden tentang jumlah dan kompetensi SDM pelaksana clinical pathway terintegrasi, responden mengatakan bahwa kompetensi SDM sudah mencukupi, namun jumlah SDM yang belum terpenuhi pada beberapa unit. Juga sangat diharapkan adanya case manager yang dapat menjembatani dengan profesi lainnya dalam implementasi clinical pathway. Sebagaimana pernyataan beberapa informan berikut ini:

..... Untuk kompetensi sudah cukup, tapi secara jumlah SDM nya kurang. Seperti gizi...(AL, 49 thn)

.....Sebenarnya kita harap ada case manager yang bisa menjembatani lima profesi lihat lama rawat... (IC, 30 thn)

..... Yang sering kosong, seringnya dokter, farmasi, dan gizi dan kadang saya isikan. Padahal harusnya masing-masing mengisi.kadang ada juga pelaksana yang tidak mengerti jadi dilewati (gizi). Sebenarnya pelaksana sudah tereduksi. Bukan tidak tahu juga.... (SA, 31 thn).

Dalam hal sarana dan ketersediaan dan form, responden memberikan informasi yang sama bahwasanya sarana pemeriksaan untuk mendukung penatalaksanaan pasien sesuai dengan alur clinical pathway sudah terpenuhi. Namun, kesediaan form dianggap belum optimal, sehingga dapat menyebabkan kekosongan form di ruang rawat inap dan berdampak tidak dibuatkannya CP pada pasien dengan diagnosis yang sesuai. Berikut beberapa komentar informan terkait sarana dan ketersediaan form:

.....Untuk sarana seperti pemeriksaan CAP ada semua..... (AL, 49 thn)

..... Terkadang form CP habis dan kita harus minta di poliklinik sama komite medic. Kalau tidak ada form, kita tidak buat CP-nya..... (DN, 30 thn).

Dari segi koordinasi dalam pelaksanaan clinical pathway di rumah sakit, dianggap belum optimal, khususnya koordinasi dari komite medic. Bentuk komunikasi pun masih berupa sosialisasi dan panggilan rapat yang baru dilakukan 2 kali dalam satu tahun pelaksanaan, tidak ada media komunikasi menjalankan program secara bersama-sama dalam sehari-harinya. Sehingga adanya ketidaksesuaian

dalam mencentang alur tilik, dan kesalahpahaman antara beberapa pihak terkait terjadi karena tidak adanya media komunikasi antara tim clinical pathway.

Berikut pernyataan para informan:

.....Sebenarnya harusnya sama-sama ki lihat pasien bersama-sama. Tapi sekarang yang ada kita jalan masing-masing sendiri. Maunya kita sama-sama duduk untuk bahas ini pasien bersama.,,,, (IC, 30 thn).

.....Tapi sosialisasi sebelumnya masih membingungkan, cuman hasil koordinasinya tidak sesuai dengan info yang sebelumnya kami dapat. Beda pemahaman kami yang disosialisasi dengan yang buat rekapan evaluasi sehingga hasil evaluasi banyak yang tidak sesuai..... (DN, 30 tahun).

.....Komunikasi ada sudah berapa kali rapat evaluasi, untuk lihat apakah pelaksanaannya sudah sesuai yang kita harapkan....(AL, 49 tahun)

Adapun hasil wawancara terkait pemahaman pelaksana setelah mengikuti pelatihan masih belum dapat digali informasinya karena belum adanya anggota tim clinical pathway bahkan komite medic sebagai coordinator yang ikut pelatihan atau workshop clinical pathway. Adapun informasi dari informan terkait pemahaman pelaksana sebagai berikut:

.....Sulit dinilai pemahaman karena tidak ada yang pernah ikuti pendidikan dan pelatihan CP terintegrasi. Intinya butuh pendidikan dan pelatihan. Karena kita disampaikan sama KARS dan cari di google..... (NM, 33 thn)

.....Tidak ada pelatihan sampai saat ini. Hanya sosialisasi dan tidak harus yang ikut sosialisasi, yang penting pasiennya, dia bertanggung jawab..... (SA, 31 thn)

.....Tidak ada pelatihan. Hanya sosialisasi,dengan semua terkait CP ada. Untuk efektifnya susah dilihat karena baru 1 kali sosialisasinya, masih butuh lagi..... (IC, 30 thn).

Sedangkan yang untuk pengaruh dalam pelaksanaan program atau kebijakan baru berdasarkan pengaruh social, ekonomi dan politik, responden memberikan pendapat bahwa pengaruh ekonomi dapat merupakan salah satu yang mendorong pelaksana clinical pathway pertama kali di rumah sakit karena adanya penelitian sebelumnya tentang beberapa penyakit dengan cost yang tinggi. Namun responden tidak merasakan adanya pengaruh lingkungan social maupun politik dalam pelaksanaan clinical pathway terintegrasi. Hal ini diungkapkan oleh para informan sebagai berikut:

.....Kalau dari politik dan social tidak ada. Tapi kalo ekonomi sepertinya karena pengaruh cost pada beberapa penyakit..... (EN, 30 thn)

.....Tidak ada pengaruh politik, ekonomi atau social. Tapi kalo ekonomi pasien ada mungkin hubungannya. Jadi dengan CP hanya pemeriksaan tertentu yang diperiksakan..... (SA, 31 Thn).

i. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penerapan Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas di Ruang Rawat Inap RS Unhas.

Tabel 19 Matriks Kesimpulan Wawancara Implementasi Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Unhas Tahun 2018

Variabel	Informasi	Kesimpulan
Standard dan Sasaran kebijakan	Implementasi	Penerapan Clinical pathway belum sesuai standar, masih ada unit yang belum mengerti dan masih ada unit yang tidak memiliki SDM sehingga tidak dilaksanakan sesuai CP, serta belum adanya panduan di RS tentang tatalaksana Clinical Pathway yang sesuai standar di Rumah Sakit Unhas.
SDM	Sumber Daya Manusia	Kompetensi SDM sudah cukup, namun ada jumlah SDM yang belum terpenuhi. Juga, Sangat diharapkan adanya case manager yang dapat menjembatani dengan profesi lainnya dalam implementasi clinical pathway.
Komunikasi	Koordinasi	Koordinasi belum optimal, oleh komite medik. Bentuk komunikasi masih berupa sosialisasi dan rapat, tidak ada media komunikasi menjalankan program secara bersama-sama sehari-hari. Sehingga adanya ketidaksesuaian dalam mencentang, dan kesalahpahaman antara beberapa pihak terjadi karena tidak adanya komunikasi antara tim clinical pathway.
Karakteristik Agen Pelaksana	Pemahaman Pelaksana	Pemahaman pelaksana berdasarkan pelatihan masih belum dapat dinilai karena belum adanya anggota tim clinical pathway bahkan komite medik sebagai koordinator yang ikut pelatihan atau workshop clinical pathway.
Lingkungan Sosial Ekonomi & Politik	Pengaruh	pengaruh ekonomi merupakan salah satu yang mendorong pelaksanaan clinical pathway pertama kali karena adanya penelitian sebelumnya tentang beberapa penyakit dengan cost yang tinggi. Namun responden tidak merasakan adanya pengaruh lingkungan sosial maupun politik dalam pelaksanaan clinical pathway terintegrasi.

Dari tabel diatas diketahui beberapa faktor-faktor yang implementasi Clinical Pathway Terintegrasi adalah sumber daya manusia pelaksana clinical pathway terintegrasi yang memadai dan kompeten, monitoring pengisian clinical

pathway terintegrasi, dan koordinasi pelaksana clinical pathway terintegrasi yang meliputi rapat koordinasi teratur, evaluasi, dan sosialisasi.

PEMBAHASAN

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa penerapan clinical pathway terintegrasi pada pasien pneumonia komunitas di pelayanan rawat inap RS Unhas. Penelitian ini dilakukan di RS Unhas yang merupakan rumah sakit pendidikan tipe B yang bekerja sama dengan BPJS. Data kuantitatif dan kualitatif hasil penelitian telah disajikan dan dideskripsikan pada bagian sebelumnya. Pembahasan penelitian ini akan dibahas dengan meninjau referensi dan penelitian sebelumnya.

1. Penerapan Clinical Pathway Terintegrasi di Ruang Rawat Inap RS Unhas

Rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanannya menyelenggarakan *clinical governance* untuk pengelolaan jaminan dan pengendalian mutu pelayanan klinis. Dimana *clinical governance* ini memiliki 4 komponen, yang salah satunya adalah *clinical effectiveness*. Salah satu bentuk *clinical effectiveness* adalah adanya clinical pathway yang berfungsi untuk standarisasi proses perawatan sehingga mengurangi variasi pelayanan dan efisiensi sumber daya (Sari, 2016).

Salah satu upaya *clinical effectiveness* dalam menciptakan *clinical governance* yang baik di RS Unhas adalah dengan melakukan

program clinical pathway. Upaya ini awalnya dilakukan atas rekomendasi KARS saat akreditasi 2017 di RS Unhas sekaligus melanjutkan clinical pathway medis yang telah dilakukan sebelumnya pada 10 penyakit.

Clinical pathway atau dengan nama lainnya *Integrated Care Pathways* merupakan rincian pada kondisi klinis tertentu yang memberikan rencana tatalaksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang berbasis bukti medis (EBM = *Evidence Based Medicine*). Dimana pelayanannya bersifat multidisiplin yang artinya semua pihak yang terlibat dalam pelayanan dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapis, nutrisi/dietitian, apoteker, dll, dapat menggunakan format yang sama (Pedoman penyusunan PPK dan CP Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Rumah Sakit, 2012)

Program clinical pathway ini telah mengalami perkembangan untuk menjadi panduan dalam pemberian pelayanan medis berbasis bukti (EBM). Bentuk dokumentasinya berupa form yang diisi oleh para klinisi dapat diukur menggunakan clinical pathway dan sangat efektif digunakan untuk proses peningkatan mutu. Menurut Kinsman (2014), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dengan adanya clinical pathway dalam mendokumentasikan pelayanan medis, terbukti meningkatkan mutu dan diperlukan audit sebagai bagian dari proses peningkatan mutunya.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa dalam penerapan clinical pathway terintegrasi pada kasus pneumonia komunitas di RS Unhas hanya dilakukan pada 50% kasus pneumonia (19 dari 38 kasus), dimana dari data 38 pasien anak dengan pneumonia komunitas tanpa komplikasi, hanya 19 pasien didokumentasikan menggunakan clinical pathway. Dan dari indikator kepatuhan pelaksanaan clinical pathway pada 19 kasus yang terdokumentasi clinical pathway, didapatkan hanya 43% yang memenuhi kepatuhan pengisian form clinical pathway, dan 57% tidak memenuhi kepatuhan pengisian form clinical pathway, bahkan masih banyak yang tidak mendapatkan tindakan yang sesuai panduan khusus pada pelayanan gizi dan farmasi.

Hasil wawancara terhadap beberapa informan yang terlibat dalam pelaksanaan clinical pathway dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan clinical pathway belum sesuai standar. Masih ada unit yang belum mengerti dan masih ada unit yang tidak memiliki SDM sesuai kebutuhan pelaksanaan clinical pathway, sehingga tidak dilaksanakan sesuai CP, serta belum adanya panduan di rumahsakit tentang tata laksana clinical pathway yang sesuai standar di Rumah Sakit Unhas.

Pelaksanaan clinical pathway terintegrasi dalam hal ini artinya melibatkan banyak integrasi antar profesi, masih terbilang baru. Terhitung saat mulai penelitian, clinical pathway baru dilaksanakan

sekitar 9 bulan dan hampir setahun sejak sosialisasi pertama dilakukan. Komitmen di awal pelaksanaan ini masih sangat kurang dan memerlukan komunikasi dan koordinasi yang intens agar dapat berjalan dengan baik. Ada beberapa temuan berdasarkan indikator kepatuhan dan konfirmasi dari pelaksana saat wawancara yang tidak sesuai, seperti tindakan yang dilakukan dokter, namun didokumentasikan tidak sesuai pada form clinical pathway sehingga alur clinical pathway dianggap tidak dilakukan karena tidak adanya centang di kolom tilik form clinical pathway. Dari hasil wawancara juga didapatkan informasi bahwa komunikasi antara para pelaksana belum terbangun dengan baik saat mendapatkan satu kasus dengan clinical pathway. Dan yang semakin mempersulit adalah pemahaman akan standar clinical pathway karena para pelaksana belum pernah mengikuti pelatihan, hanya berupa sosialisasi awal, dan rapat evaluasi setelah hampir setahun kemudian.

Temuan diatas serupa dengan penelitian yang dilakukan Astuti (2017), bahwa kendala pelaksanaan berupa kurangnya pengetahuan terhadap pentingnya clinical pathway karena sosialisasi tidak diberikan dengan baik dan rendahnya kepatuhan pendokumentasian diakibatkan oleh anggapan staf pelaksana sebagai beban kerja tambahan. Hal ini sejalan dengan pembahasan Paat, dkk. (2017), yang membahas kendala penerapan clinical pathway menurut hasil penelitian dari Zanini, *et al*, bahwa clinical pathway meningkatkan beban kerja

birokrasi dan masalah dapat timbul dalam hubungan antara dokter dan otoritas kesehatan daerah.

Pada Buku Pedoman Penyusunan PPK dan CP dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 dikemukakan bahwa secara umum pasien yang dirawat dengan clinical pathway hanya 30%. Dan dalam mendapatkan efektifitas dan efisiensi program clinical pathway ini, pasien mempunyai penyakit atau kondisi kesehatan yang perjalanannya diprediksi, terlebih pada kasus yang membutuhkan perawatan multidisiplin.

Dalam pelaksanaannya clinical pathway yang kembangkan dengan susah payah tidak akan selalu berjalan sebagaimana mestinya. Penelitian Panella, *et al* (2003) menunjukkan bahwa clinical pathway harus dihentikan secara premature akibat penolakan tenaga medis. Hambatan dalam pelaksanaan clinical pathway dapat berasal dari desain yang tidak praktis, penolakan dan ketidakpatuhan tenaga medis, dan evaluasi yang tidak berjalan dengan baik. Evaluasi berkala diperlukan untuk memberi umpan balik kepada semua pihak yang terlibat dalam pelayanan klinis (Evans, Lacko, dkk, 2010).

Berdasarkan wawancara, informasi dari semua informan menyatakan penerapan clinical pathway masih belum sesuai standar di RS UNhas. Walaupun semua informan setuju bahwa clinical pathway ini diperlukan untuk rumah sakit. Namun perlu diingat bahwa pelaksanaan clinical pathway terintegrasi ini masih terbilang baru,

setahun sejak peneliti melakukan wawancara. Komitmen di awal pelaksanaan ini masih sangat kurang dan membutuhkan komunikasi dan koordinasi yang intens agar dapat berjalan dengan baik. Ada beberapa temuan seperti tindakan yang telah dilakukan dokter, namun tidak didokumentasikan di form clinical pathway sehingga alur clinical pathway dianggap tidak dilakukan.

Dari hasil wawancara pun didapatkan dari informan tidak terlaksananya clinical pathway sesuai standar karena staf pelaksana tidak pernah memperoleh pelatihan, sosialisasi yang dilakukan hanya pada sebelum clinical pathway dibuatkan formatnya dan pada saat rapat evaluasi terakhir setelah clinical pathway dilaksanakan selama 1 tahun, kurangnya koordinasi dan komunikasi antar staf, tidak adanya monitoring dan masih adanya SDM unit yang kurang.

Penelitian yang dilakukan Sultoni (2014) juga mengalami hal yang sama, dimana 6 dari 27 hambatan penerapan clinical pathway yang paling banyak dirasakan oleh petugas dalam penerapan clinical pathway infark miokard akut di RSCM, yaitu: kurangnya sosialisasi kepada semua staf tentang cara pengisian form CP. Tidak adanya dorongan bagi petugas untuk mengekspresikan pandangan mereka mengenai keuntungan dan kesulitan penggunaan CP, tidak adanya pertemuan rutin untuk membahas perkembangan implementasi CP, tidak dilakukan audit terhadap kepatuhan penerapan CP, dan hasil audit dikomunikasikan kepada semua staf yang terlibat, tidak ada

pelatihan secara rutin penggunaan CP untuk para staf yang terlibat, dan tidak semua staf menerima pendidikan secara tertulis mengenai materi CP.

Penelitian yang dilakukan oleh Paat dkk, memperlihatkan bahwa secara umum penerapan clinical pathway di RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou, Manado, tidak mengalami hambatan. Hasil analisa peneliti diketahui bahwa pelaksanaan clinical pathway di rumah sakit tersebut mendapat dukungan dari personal (dokter), maupun dukungan dari segi manajemen dan system yang berlaku di rumah sakit. Rekam medik juga aktif dalam memanggil dokter yang bersangkutan untuk melengkapi clinical pathway di rumah sakit. Komitmen yang awalnya hanya bermula karena adanya akreditasi meningkat dengan dirasakannya manfaat pada mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik, adanya kepastian rencana tata laksana pasien, mengurangi LOS dan mengontrol biaya.

Panella, *et al*, memberikan solusi dalam penelitiannya dengan cara membuat komunikasi yang konstan dengan para anggota tim CP, antara manager dan para klinisi. Menggunakan alat yang benar untuk menganalisis variasi dalam alur. Menggunakan lembar evaluasi variasi secara regular, memungkinkan untuk mengidentifikasi masalah clinical pathway yang tidak dipatuhi. Sehingga akan memberikan ruang untuk diskusi dalam tim CP, yang mana akan memfasilitasi pelaksanaan penuh alur CP.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2017), dari variasi pada hasil penelitiannya dengan kelengkapan pengisian clinical pathway hanya 25%, tidak ditemukan variasi pada pemeriksaan laboratorium, asuhan nutrisi dan asuhan keperawatan, namun pada tatalaksana diare akut masih ditemukan variasi pada obat tambahan sebesar 41% dan lama hari sudah sesuai yaitu 3,3 hari.

Hal ini berarti efektivitas tatalaksana multididiplin masih dapat berjalan dengan baik, begitu pula dengan lama rawat inap yang masih sesuai standar walaupun pada implementasi pengisian clinical pathway tidak terdokumentasi dengan baik.

2. Pengaruh Penerapan Clinical Pathway Terintegrasi terhadap Length of Stay (LOS) di Ruang Rawat Inap di RS Unhas

Berdasarkan data kuantitatif LOS pasien pneumonia komunitas di RS Unhas selama 1 tahun terakhir, diketahui bahwa lama rawat pasien dengan penerapan clinical pathway paling banyak berada pada lama rawat 6 sampai 7 hari sedangkan pasien yang tidak dalam penerapan clinical pathway lebih banyak berada pada lama rawat 4-6 hari. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan menggunakan clinical pathway sebagai panduan dan dokumentasi maupun tidak menggunakan clinical pathway, ALOS (*Average Length of Stay*) atau rata-rata lama rawat inap pasien anak dengan pneumonia komunitas masih menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda.

Data LOS dengan atau tanpa clinical pathway yang tidak jauh berbeda ini dan sama-sama masih dalam rentang standar lama rawat inap sesuai clinical pathway juga dikemukakan dalam penelitian yang dilakukan Unit Stroke RS Bethesda, Yogyakarta, yang menyebutkan dalam hasil penelitiannya bahwa clinical pathway pada penyakit stroke tidak menunjukkan pengurangan signifikan pada rata-rata lama rawat inap dan angka mortalitasnya. Hal ini bisa saja disebabkan oleh adanya komplikasi yang meningkatkan lama rawat inap dibandingkan pasien yang tidak mengalami komplikasi. Didapatkan dari penelitian RS Unhas pasien pneumonia komunitas masih ditemukan pasien dengan komplikasi ataupun penyakit penyerta yang dibuatkan clinical pathway.

Adapun dalam penelitian yang dilakukan di RS Unhas, memperlihatkan bahwa clinical pathway di RS Unhas untuk kasus pneumonia komunitas memberi patokan lama rawat inap standar menjadi 14 hari. Hal ini berbeda dengan standar clinical pathway yang digunakan KARS dalam Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, yang menggunakan standar lama rawat inap selama 7 hari.

Didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan Pahriyani, Andayani dan Pramantara (2014) memperlihatkan pada penelitian dengan menggunakan clinical pathway terhadap pasien ACS (*Acute*

Coronary Syndrome) dari hasil analisis statistiknya tidak menunjukkan perbedaan rata-rata *length of stay* (LOS), dimana pada kelompok yang menggunakan CP yaitu 7,44 hari sedangkan kelompok yang menggunakan CP selama 6,31 hari.

Dari penelitian di RS Unhas, diketahui bahwa penggunaan clinical pathway terintegrasi pada kasus pneumonia komunitas pada pasien anak justru memperlihatkan rata-rata LOS lebih lama walaupun masih sesuai standar. Hal ini terlihat dimana terdapat 1 kasus dengan lama rawat inap selama 19 hari, dan setelah diteliti, kasus ini merupakan kasus komplikasi dimana terjadi kesalahan dalam dokumentasi clinical pathway oleh tim clinical pathway. Hal ini sesuai dengan penelitian Rejeki dan Nurwahyuni (2017) yang membahas mengenai variasi lama hari rawat dapat disebabkan oleh komplikasi maupun kesalahan medis.

Penelitian lainnya yang mendukung teori diatas adalah penelitian Susanto *dkk* (2018), dimana dalam penelitiannya pada kasus *Ca Mammae* dengan LOS yang tidak sesuai berdasarkan clinical pathway sangat banyak, mencapai 150 kasus, dan dari 106 kasus dengan LOS yang tidak sesuai ini, terdapat 79 kasus *Ca Mammae* yang memiliki diagnosis sekunder yang bersifat kronis seperti anemia, secondary malignant neoplasm of lymphonode, diabetes mellitus dan hipertensi. Terbanyak adalah anemia dengan tingkat keparahan I. dalam penejelasan lebih lanjutnya, peneliti

menyebutkan bahwa semakin banyaknya diagnosis sekunder belum tentu menjadikan LOS pasien semakin panjang, namun tergantung dari jenis diagnosis sekunder.

Pemberlakuan clinical pathway tidak membuktikan perbaikan luaran klinis dalam penurunan lama rawat inap juga di sampaikan dari hasil penelitian Rahmawati, Pinzon, Lestari (2017) pada implementasi clinical pathway kasus appendicitis elektif. Dalam penelitiannya rerata lama rawat inap memperlihatkan tidak ada perbedaan signifikan. Peneliti berasumsi bahwa hal ini menunjukkan bahwa perawatan pasien appendicitis sebelum pemberlakuan clinical pathway sudah dilakukan sesuai dengan panduan praktek klinis dengan tepat.

Berbeda dengan temuan penelitian, clinical pathway dan pengaruhnya terhadap LOS juga didapatkan pada penelitian Cenrara (2017), dimana implementasi clinical pathway mempunyai pengaruh dalam perawatan pasien NHS di RSUD Andi Makkasau, hasil penelitian menunjukkan hubungan positif dan signifikan yang ditunjukkan oleh nilai signifikansi sebesar 0,001. Dimana pemberlakuan clinical pathway secara signifikan menurunkan lama perawatan pada pasien NHS di RSUD Andi Makkasau. Hal ini juga didukung oleh clinical pathway dapat mengurangi LOS dibandingkan kelompok kontrol yang tidak menggunakan clinical pathway.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian Lin, *et al*, (2011), dimana penelitiannya memperlihatkan adanya perbedaan signifikan

lama rawat inap pasca operasi reseksi liver dengan menggunakan *fast track clinical pathway*. Bila dibandingkan antara kelompok yang menggunakan dan tidak menggunakan clinical pathway maka hasilnya sangat berbeda secara signifikan, dimana dengan clinical pathway maka LOS menjadi 7 hari sedangkan jika tidak menggunakan clinical pathway maka LOS menjadi 10 hari ($P < 0,01$). Adapun faktor-faktor yang berpengaruh akan penurunan LOS antara lain: meningkatkan ekspektasi pasien, edukasi pra-operasi dari provider layanan rumah sakit, mobilisasi awal serta intake yang cepat, dan penghentian pemberian cairan intravena lebih awal.

Dalam Pedoman Penyusunan PPK dan CP Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Rumah Sakit 2012 menyatakan, hal lain yang dapat mempengaruhi lama rawat inap adalah variasi pada pelaksanaan clinical pathway yang juga disebabkan oleh beberapa faktor, dimana perjalanan klinis dan outcome penyakit yang dibuat dalam clinical pathway tidak sesuai harapan, akibat: sifat penyakit pada individu tertentu, terapi tidak diberikan sesuai dengan ketentuan, pasien tidak mentoleransi obat, dan/atau terdapat ko-morbiditas. Adapun temuan dari penelitian Rozani, dkk (2017), salah satu penyebab yang dapat memperpanjang hari perawatan adalah proses diagnosis di UGD (Unit Gawat Darurat).

Dalam melihat salah satu keuntungan penggunaan clinical pathway dalam menurunkan LOS, Rotter (2010), menjelaskan bahwa

dalam LOS bukan menjadi indikator kinerja apabila tidak digunakan dalam mengukur outcome pasien secara objektif. Bagaimanapun, LOS harus selalu dinilai dalam pertanyaan penelitian dan sebagai perbandingan memastikan pengukuran pasien, sehingga kematian pada outcome pasien tidak menyebabkan munculnya kesimpulan yang salah. Sehingga dalam penelitiannya disimpulkan bahwa clinical pathway diasosiasikan dengan temuan menarik, yaitu menurunkan komplikasi dalam rawat inap tanpa meningkatkan LOS dan biaya perawatan.

Baz, *et al* (2007) dalam review jurnal terhadap 92 publikasi melaporkan adanya penurunan LOS dan 60 diantaranya dilaporkan terjadi penurunan biaya. Dari seluruh penelitian mutu yang dikaji melaporkan hasil signifikan secara statistik penurunan LOS dan biaya. Hal ini juga dibuktikan oleh Panella *et al* (2003) dimana terjadi fenomena pengurangan dalam pelayanan kesehatan, salah satunya adalah LOS atau lama rawat inap pasien pada pasien gagal jantung.

Penelitian lainnya yang memperlihatkan penurunan LOS adalah penelitian Hanna, *et al* (1999). Dalam penelitiannya terbukti dengan adanya clinical pathway pada tindakan laringektomi dapat menurunkan LOS sebanyak 2,4 hari (29%; $P=0,01$). Penelitian lain yang juga mendukung adalah hasil penelitian Dautremont (2013) yang memberikan hasil signifikan dalam pengurangan LOS pada periode post-operatif. Dimana setelah menggunakan clinical pathway

mempunyai *mean* 14,1 hari, dan dibandingkan pada kelompok yang tidak menggunakan *clinical pathway* memiliki rata-rata LOS lebih lama yaitu 21,3 hari.

Analisis yang dilakukan pada penelitian Li, *et al* (2014) dari hasil penelitiannya yang melibatkan 324 sampel dimana 174-nya telah mendapatkan pelayanan dengan *clinical pathway* terintegrasi memperlihatkan penurunan kesalahan medis (*medical error*) yang signifikan sebesar 70,9% ($P < 0,001$) dari berbagai *error* dalam proses penatalaksanaan. Peneliti kemudian berasumsi bahwa dengan berkurangnya kesalahan medis, maka rata-rata *length of stay* menjadi berkurang. *Mean length of stay* sebelum dilakukan *clinical pathway* (*pre-implementation clinical pathway group*) memiliki kisaran LOS $12,8 \pm 5,2$ hari, dan pada kelompok *post-implementation clinical pathway* memiliki kisaran LOS $10,1 \pm 4,7$ hari.

Walapun Rotter, *et al* (2010) menjelaskan bahwa dalam LOS bukan menjadi indikator kinerja apabila tidak digunakan dalam mengukur outcome pasien secara objektif, dari pengamatannya terhadap 27 penelitian yang melibatkan 11.398 partisipan yang sesuai kriteria inklusi, ditemukan bahwa *length of stay* merupakan ukuran outcome yang sering digunakan dan hampir semua penelitian membuktikan adanya pengurangan *length of stay* yang signifikan. Hasil yang sama juga diperlihatkan dalam penelitian Deng, *et al* (2014) dimana perbandingan antara dua kelompok.

Banyaknya penelitian sebelumnya yang menunjukkan perbedaan dari kelompok yang menggunakan clinical pathway dan tidak menggunakan serta kelompok clinical pathway yang memperlihatkan efisiensi, diteliti pada kasus-kasus bedah yang sebelumnya lama rawat inap memanjang karena adanya waktu penundaan operasi dan dengan adanya clinical pathway tanpa penundaan operasi memperlihatkan adanya pengurangan lama rawat inap.

Dari hasil-hasil penelitian sebelumnya, peneliti berasumsi bahwa tidak adanya perbedaan LOS yang signifikan antara kedua kelompok dapat disebabkan oleh kedua kelompok baik yang menggunakan clinical pathway terintegrasi maupun yang tidak menggunakan clinical pathway karena kedua kelompok diberikan tatalaksana yang sudah sesuai dengan PPK yang ada, dalam kedua kelompok ada yang disertai dengan komplikasi dan dapat memperpanjang lama rawat inap dibanding diagnosis tunggal.

3. Pengaruh Penerapan Clinical Pathway Terintegrasi Terhadap Biaya Perawatan di Ruang Rawat Inap RS Unhas

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan biaya perawatan antara kelompok kontrol yang tidak diterapkan clinical pathway terintegrasi dengan kelompok yang diterapkan clinical pathway terintegrasi. Berdasarkan tabel, menunjukkan bahwa pasien dengan penerapan clinical pathway lebih banyak yang memenuhi

standar biaya perawatan yaitu 52,6%, sedangkan pasien yang tidak dalam penerapan clinical pathway sebesar 47,4% yang memenuhi standar biaya perawatan berdasarkan INA-CBG's. Dari hasil perhitungan, dari 19 pasien pneumonia komunitas anak yang diterapkan clinical pathway memiliki biaya perawatan total (Rp 42.530.989), sedangkan 19 pasien pneumonia komunitas anak yang tidak diterapkan clinical pathway terintegrasi memiliki biaya perawatan total sedikit lebih besar (Rp 46.310.000).

Maka dari perhitungan selisih diatas, diketahui bahwa dengan menggunakan clinical pathway terintegrasi pada pasien anak pneumonia komunitas, maka biaya perawatan akan lebih efisien 8,85% dari biaya perawatan pasien pneumonia komunitas tanpa menggunakan clinical pathway terintegrasi.

Pada hasil tersebut dapat diketahui bahwa selisih rata-rata biaya perawatan antara kelompok yang diterapkan clinical pathway terintegrasi dengan kelompok yang tidak diterapkan clinical pathway terintegrasi selisihnya sebesar Rp 618.432. Dalam hal ini diketahui bahwa penerapan clinical pathway dapat menurunkan rata-rata biaya perawatan pada kelompok yang tidak menerapkan clinical pathway terintegrasi. Hal ini berarti bahwa pemberlakuan clinical pathway terintegrasi dapat menurunkan biaya perawatan pada pasien anak Pneumonia Komunitas di RS Unhas.

Namun perlu diperhatikan bahwa selisih rata-rata biaya perawatan antara kelompok yang menggunakan clinical pathway terintegrasi tidak terlalu besar perbedaannya. Mengingat dalam penggunaan clinical pathway terintegrasi masih belum tepat pada beberapa kasus, khususnya kasus dengan diagnosis tambahan dan tambahan variasi pengobatan menyebabkan adanya penambahan biaya dalam tiap kasus.

Dalam penelitian Hanna, *et al*, (1999), memperlihatkan bahwa dengan clinical pathway memberikan manfaat dalam menurunkan rata-rata variabel biaya perawatan. Pada penelitiannya didapatkan data penurunan dari \$3992 menjadi \$3419 per kasusnya. Hal ini merupakan penurunan biaya 14,4% yang berhubungan dengan implementasi clinical pathway ($p=0,2$). Hal ini bisa terjadi dengan adanya standarisasi pelayanan yang membatasi variasi yang tidak diperlukan dan pengulangan dalam penggunaan sumber daya, dan hasilnya dapat menurunkan biaya keseluruhan.

Adapun dalam review penelitian yang dilakukan Schrijvers, *et al*, (2012) menyimpulkan keuntungan dan kelebihan dengan adanya *care pathway* atau clinical pathway. Salah satu keuntungannya adalah dengan adanya clinical pathway maka akan menurunkan biaya-biaya di rumahsakit. Hal ini disebabkan dengan adanya clinical pathway maka akan menurunkan biaya-biaya

dirumahsakit. Hal ini disebabkan dengan adanya clinical pathway dapat menghindarkan duplikasi (contohnya proses mendapatkan informasi dari pasien, pengulangan tes darah yang sama dan pengulangan mendapatkan data pribadi pasien), hal ini tentunya bermanfaat untuk pasien, professional dan lainnya. Dan tentunya akan mengurangi lama rawat inap serta pengurangan lama rawat inap serta pengurangan jumlah kunjungan rawat jalan dapat menurunkan biaya rumah sakit. Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil yang diperoleh pada hasil penelitian Yang, *et al* (2012), yang memperlihatkan penggunaan clinical pathway pada kasus stroke di rumah sakit Inggris, menunjukkan bahwa dengan ICPA (*Imperial Clinical Pathway Analyzer*) membuktikan sejumlah pasien dapat dilayani dengan biaya yang lebih rendah, lama rawat inap dapat diestimasi dan pulang dalam periode waktu yang sudah ditentukan.

Hasil penelitian clinical pathway lainnya, yang dilakukan oleh Cenrara (2017) menunjukkan bahwa dari 146 sampel yang diteliti, terdapat 54 responden (74%) dengan penerapan clinical pathway memiliki biaya perawatan yang lebih rendah sedangkan 26% (19 responden) lainnya memiliki perawatan tinggi. Sehingga peneliti menyimpulkan bahwa implementasi clinical pathway berhubungan signifikan dan merupakan faktor yang berarti jika clinical pathway diimplementasikan dalam perawatan NHS di RSUD Andi Makkasau

maka biaya perawatan pasien NHS akan rendah/kurang dari standard dan sebaliknya.

Penelitian lain oleh Romeyke dan Stummer (2011) mencoba mencari solusi dalam penanganan nyeri multimodal yang mana dalam prosesnya melibatkan kelompok profesil yang berbeda dan berpotensi menjadi risiko. Dalam penelitiannya penanganan nyeri multimodal menggunakan clinical pathway sebagai stuktur proses inti dan menggabungkan elemen-elemen penjaminan mutu. Dalam pelaksanaanya dilakukan pengujian yang memperlihatkan penghematan signifikan dengan penggunaan clinical pathway, dimana pasien-pasien dengan clinical pathway menghabiskan EUR3086±212, sedangkan pasien yang tidak menggunakan clinical pathway adalah EUR 3774±460.

Penelitian lain yang juga mendukung adalah penelitian Ellis, *et al* (2017) yang menggambarkan dalam periode penelitiannya, pada pasien-pasien kanker kolorektal dengan clinical pathway mendorong para klinisi dalam penggunaan obat-obatan dengan regimen yang lebih berbiaya rendah yang mana efektivitas dan toksisitasnya sebanding dengan regimen lainnya. Perubahan dalam kebiasaan penggunaan regimen terbaru ini meningkatkan perubahan alur tatalaksana. Dan pada akhirnya dari hasil penelitian memperkirakan total penghematan biaya dari respons perubahan alur ini adalah \$711.021. Peneliti menyimpulkan bahwa clinical

pathway dalam bidang onkologi ini dapat menurunkan biaya dan dengan cepat merespon perubahan paradigm pengobatan para klinisi dengan konsensus terbaru, peringatan toksisitas dan informasi biaya regimen.

Turut mendukung teori pengurangan biaya dengan adanya clinical pathway, Rotter, *et al* (2010) dari pengamatan 27 penelitian melaporkan bahwa pengurangan *length of stay* juga berimbas dengan pengurangan biaya. Penurunan *hospital cost* / tagihan setelah diobservasi, berkisar dari WMD +261 US\$ dari *usual care* atau yang tidak menggunakan clinical pathway, sedangkan yang mengimplementasikan clinical pathway berkisar WMD-4919 US\$. Sehingga peneliti dapat berasumsi bahwa clinical pathway dapat diasosiasikan dengan pengurangan komplikasi rawat inap, mendorong dokumentasi tanpa memberikan dampak terhadap *length of stay* dan *hospital cost*.

Walaupun clinical pathway terintegrasi pneumonia komunitas pada pasien anak telah dilaksanakan dan rata-rata biaya perawatannya yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien anak kasus pneumonia komunitas yang tidak didokumentasikan dan sesuai clinical pathway, data yang didapatkan 9 pasien dari 19 pasien dengan penerapan clinical pathway dengan biaya yang tidak sesuai standar INA-CBG's, diantaranya peneliti melihat dari lama rawat inap lebih dari 7 hari, dan variasi dalam pelayanan karena

kasus yang diambil bukan dengan diagnosis tunggal pneumonia komunitas.

Sama halnya dengan hasil penelitian diatas, hasil penelitian Rejeki dan Nurwahyuni menjelaskan dalam hasil penelitiannya bahwa komponen terbesar dari *cost of treatment* adalah rawat inap dimana termasuk didalamnya ada akomodasi rawat inap dan visit dokter spesialis. Dan dari penelitiannya menunjukkan bahwa besaran yang dibutuhkan dari awal hingga akhir dipengaruhi oleh lama hari rawat, dan kemudian biaya farmasi, sehingga makin lama pasien dirawat maka obat-obatan dan alkes yang diterima akan memperbesar biaya perawatan pasien selama rawat inap.

Berbalik dari beberapa penelitian diatas, hasil analisis bivariat yang dilakukan Unit Stroke RS Bethesda Yogyakarta (2009) mengungkapkan bahwa clinical pathway pada pelayanan stroke belum mampu mengurangi biaya yang dikeluarkan kelompok clinical pathway dibandingkan kelompok kontrol. Penjelasan lebih lanjut menjelaskan bahwa hal ini dapat terjadi terkait dengan lama rawat inap pasien. Adanya komplikasi juga pada pasien dapat meningkatkan pembiayaan pasien dibanding yang tidak mengalami komplikasi. Hal ini disebabkan karena pasien dengan komplikasi akan membutuhkan perawatan yang lebih intensif dan perawatan

yang lama sehingga mengakibatkan peningkatan biaya yang dikeluarkan.

Hiren (2007) menyebutkan dalam (penelitian Rozany, dkk, 2017) bahwa dalam system pembayar prospektif, penggunaan clinical pathway dapat menurunkan pembiayaan hingga 11% pada pasien dengan kasus post operasi lutut. Dan hal ini disebabkan adanya monitoring pasca operasi yang baik, masa perawatan di rumahsakit lebih pendek dan penggunaan sumber daya lebih minimal.

Adapun dari hasil penelitian Mardiah dan Rivany (2015) yang menarik, menunjukkan dalam penelitiannya adanya selisih negative pada kasus *coronary artery disesase* (CAD) pada tindakan PCI, dimana hal ini disebabkan perbedaan *cost recovery rate* (CRR) tariff di rumahsakit pada severity level I berada diatas CRR tariff INA-CBG's, sedangkan pada severity level III CRR CBG's jauh lebih tinggi disbanding CRR RS. Hal ini menguntungkan rumah sakit apabila diperoleh kasus dengan severity level yang tinggi.

Dari pemaparan hasil penelitian-penelitian diatas, baik yang membuktikan adanya efisiensi dengan penurunan pembiayaan dengan clinical pathway, maupun yang tidak memberikan hasil yang signifikan, dari penelitian yang dilakukan peneliti di RS Unhas penggunaan clinical pathway terintegrasi di RS Unhas memberikan efisiensi penurunan biaya pada pasien anak dengan kasus

pneumonia komunitas dibandingkan dengan yang tidak mengimplementasikan clinical pathway terintegrasi. Hal ini dapat disebabkan dengan adanya pendokumentasian yang lebih baik sehingga menghindarkan tindakan berulang yang dilakukan para klinisi dan paramedis yang dapat menambah tagihan perkasus.

4. Pengaruh Penerapan Clinical Pathway Terintegrasi Terhadap Outcome Pasien Anak Pneumonia Komunitas di Ruang Rawat Inap RS Unhas

Dari hasil pengamatan selama penelitian melalui dokumen form clinical pathway terintegrasi CAP pasien anak di rumah sakit Unhas menunjukkan bahwa baik pasien dengan penerapan clinical pathways maupun tidak penerapan clinical pathways keduanya memiliki outcome sembuh 100%. Sembuh dalam kasus pneumonia komunitas berdasarkan PPK yang digunakan di departemen anak adalah telah memenuhi kriteria pulang, yaitu: bebas demam 3 hari, anak mau makan, minum bagus, sisa batuk yang ada hanya proses penyembuhan, dapat melanjutkan oral antibiotic di rumah dan kontrol setelah 5 hari.

Dalam Pedoman Pelayanan Medis IDAI (2009), menjelaskan kriteria pulang yang digunakan untuk pasien pneumonia komunitas adalah gejala dan tanda pneumonia menghilang, asupan per oral adekuat, pemberian antibiotik dapat diteruskan di rumah (per oral),

keluarga mengerti dan setuju pemberian terapi dan rencana kontrol, serta kondisi rumah memungkinkan untuk perawatan lanjutan di rumah. Kriteria pulang yang menyatakan sembuh ini sama dengan kriteria pulang yang ditetapkan di RS Unhas mengingat Panduan Praktik Klinis (PPK) yang digunakan di departemen anak Unhas berkiblat dengan Pedoman Pelayanan Medis IDAI terbaru.

PPK atau Panduan Praktik Klinis adalah istilah sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran 224 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Dalam Buku Pedoman CP dan PPK Persi lebih lanjut menjelaskan bahwa secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: Alur klinis (*clinical pathway*), protocol, prosedur, algoritme dan *standing order*.

Perlu diketahui bersama bahwa apabila terdapat Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), maka PPK dibuat dengan rujukan utamanya dalah PNPK. Namun PNPK ini hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar PPK penyakit dibuat dengan rujukan lain yang dapat sama atau berbeda dengan RS yang lain.

Dalam pembuatan PPK pneumonia komunitas anak di RS Unhas telah mengadopsi PNPk yang ada yang telah diterbitkan oleh IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) 2009. Dan penatalaksanaan dalam clinical pathway pun tersadur dari protokol yang telah dibuat oleh IDAI.

Adanya fenomena yang serupa antara kelompok terimplementasi clinical pathway dan kelompok yang tidak terimplementasi clinical pathway yang sama-sama memperlihatkan efektivitas dalam outcome pasien yang pada kedua kelompok 100% memperlihatkan kesembuhan pada pasien sesuai kriteria pulang pneumonia komunitas anak, dapat merupakan gambaran bahwa penggunaan PPK yang dilakukan oleh dokter pada kelompok tidak terimplementasi clinical pathway terintegrasi, yang merupakan bagian dari clinical pathway terintegrasi yang berkiat pada Pedoman Pneumonia Komunitas yang dibuat oleh IDAI. Sehingga dengan atau tidak menggunakan clinical pathway, pemeriksaan penunjang, diagnosis, tatalaksana hingga kriteria pulang tidak memiliki perbedaan.

Masih dalam buku Pedoman PPK dan CP Persi, juga menjelaskan bahwa Panduan Praktik Klinis (termasuk “turunan-turunannya”: *clinical pathway, algoritme, protocol, prosedur, standing order*) dikatakan bersifat rekomendasi atau *advis*. Apa yang tertulis dalam PPK tidak harus diterapkan pada semua

pasien. Dengan alasan: (1) PPK dibuat untuk “average patients”. Bukan dengan kondisi komplikasi; (2) PPK dibuat untuk penyakit atau kondisi kesehatan tunggal; (3) Respon pasien terhadap prosedur diagnostic dan teraupetik sangat bervariasi; (4) PPK dianggap valid pada saat di cetak hingga apabila terbukti dikemudian hari pengobatan, atau tindakan lebih efektif dapat diberikan sebagai pengganti dari advis PPK.

Dalam hasil wawancara semi terstruktur dengan dan telaah dokumentasi diketahui bahwa pelaksanaan pelayanan medis pada pasien anak dengan clinical pathway terintegrasi tidak mempunyai banyak perbedaan. Perbedaan terbesar hanya dalam adanya dokumentasi terukur dengan form clinical pathway yang mendukung. Sedangkan penilaian pemeriksaan penunjang, diagnosis, tatalaksana hingga kriteria pulang semuanya sama saja karena penanganan medis untuk pneumonia komunitas anak dilaksanakan berdasarkan Panduan Praktik Klinis yang dianut Departemen Anak Universitas Hasanuddin.

Efektifitas dalam kedua kelompok baik dengan menggunakan clinical pathway maupun tanpa menggunakan clinical pathway juga diperlihatkan pada penelitian yang dilakukan Zhu, dkk (2014), dimana penelitiannya dengan clinical pathway hepatektomi pada pasien karsinoma hepatoselular memperlihatkan tidak adanya perbedaan dalam *outcome* pasien pada kedua

kelompok baik dalam hal komplikasi, mortalitas maupun angka readmisi.

Hal yang sama juga pada penelitian yang dilakukan Pahriyani, Andayani, dan Pramantara (2014), dimana salah satu variabelnya adalah melihat luaran klinik (*outcome*) pada pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yang menggunakan clinical pathway tidak memperlihatkan perbedaan signifikan. Baik dari LOS (*length of stay*) 7,44 dengan 6,31 hari, IHM (*In-hospital mortality*) juga tidak berbeda pada pasien dengan kelompok sebelum CP 12 pasien dengan kelompok setelah CP 6 pasien, sedangkan untuk RR (*readmission rate*) tidak terdapat pasien yang menjalani perawatan sebelum CP (0%) dan setelah menggunakan CP 1 pasien (1,7%).

Pemberlakuan clinical pathway tidak membuktikan perbaikan luaran klinis juga di sampaikan dari hasil penelitian Rahmawati, Pinzon, Lestari (2017) pada implementasi clinical pathway kasus appendicitis elektif. Dalam penelitiannya tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kejadian infeksi luka operasi saat pemulangan pasien (*surgery site infection*) ($P>0,05$). Peneliti berasumsi bahwa hal ini menunjukkan bahwa perawatan pasien appendicitis sebelum pemberlakuan clinical pathway sudah dilakukan sesuai dengan panduan praktek klinis dengan tepat.

Penelitian lainnya yang mendukung tidak adanya perbedaan *outcome* dengan atau tanpa clinical pathway adalah penelitian yang dilakukan di Unit Stroke Bethesda (2009). Dari 50 pasien yang dilakukan uji coba dengan clinical pathway stroke, diperoleh data yang membandingkan dengan pasien stroke tahun sebelumnya yang belum menggunakan clinical pathway, terdapat perbaikan dalam fungsi menelan pasien namun tidak perbedaan dalam mortalitas diantara dua periode pengamatan. Keterbatasan yang ada menyebabkan peneliti menyarankan untuk melihat efektivitas pathway ini dalam jangka waktu yang lebih lama.

Penelitian yang dilakukan Panella, Marchisio dan Di Stanislao (2003) dari membuktikan adanya fenomena pengurangan dalam pelayanan kesehatan. Dimana LOS dan variasi pelayanan terjadi pengurangan pada clinical pathway yang sukses dilaksanakan. Dan terjadi peningkatan yang signifikan dari *outcome* pasien, dimana pasien gagal jantung yang diberikan pelayanan sesuai clinical pathway memperlihatkan perbaikan klinis.

Penelitian lainnya dari peneliti yang sama pada tahun 2012, dalam melihat efektivitas clinical pathway pada pasien stroke membuktikan bahwa ,dengan adanya clinical pathway meningkatkan outcome pasien stroke dibandingkan pasien stroke yang mendapatkan penatalaksanaan tanpa clinical pathway. Peneliti berasumsi bahwa hal ini membuktikan aplikasi yang lebih

baik dengan adanya EBM dalam intervensi, diagnostic dan prosedur terapi.

Berbeda dengan hasil penelitian diatas, pada penelitian Deutremont (2013) menjelaskan hasil dari 118 pasien inklusinya, semuanya memberikan outcome postoperative yang lebih efektif, sehingga dianggap sebagai intervensi klinis dominan. *Outcome* pasien ini dinilai berdasarkan berkurangnya pneumonia nasokomial, komplikasi yang mengakibatkan kebutuhan untuk kembali ke ICU, dan komplikasi yang membutuhkan operasi eksploratif di leher.

Dari pemaparan hasil penelitian di RS Unhas diketahui bahwa pada kedua kelompok baik yang terimplementasi clinical pathway terintegrasi dan yang tidak terimplementasi clinical pathway terintegrasi pada pasien anak dengan kasus pneumonia komunitas, sama-sama menunjukkan kesembuhan atau outcome sembuh dan bisa diartikan adanya efektifitas dalam pelayanan kesehatan di RS Unhas. Walaupun pada kelompok yang tidak terimplementasi clinical pathway terintegrasi, namun pelayanan medis tetap dilakukan berdasarkan PPK yang sudah dianut dirumah sakit. Dimana pedoman PPK ini juga merupakan pedoman yang sama yang digunakan dalam penyusunan alur yang tepat dan sesuai pada clinical pathway terintegrasi. Sehingga dalam

efektifitas outcome pasien dapat terlihat kesembuhan pada kedua kelompok.

5. Faktor-Faktor yang mempengaruhi penerapan Clinical Pathway Terintegrasi Pneumonia Komunitas di Ruang Rawat Inap RS Unhas ;

Dari hasil pengamatan peneliti mengenai pelaksanaan clinical pathway terintegrasi berdasarkan pengisian form clinical pathway bahwa yang terimplementasi $\geq 80\%$ sebanyak 13 (43%) indikator, sedangkan terimplementasi $< 80\%$ sebanyak 22 (73%). Hasil dari pengamatan yang terimplementasi $< 80\%$ sebagian besar merupakan indikator pelayanan gizi dan farmasi yang tidak dilaksanakan karena SDM farmasi klinis yang tidak ada untuk melaksanakan pelayanan farmasi sesuai clinical pathway terintegrasi, dan kurangnya staf gizi yang hanya 1 orang penanggung jawab untuk mengontrol pelaksanaan gizi sesuai clinical pathway terintegrasi di seluruh rumah sakit. Adapun beberapa indikator dari tindakan medis dari DPJP bukannya tidak dilaksanakan, namun tidak dipahami oleh perawat ataupun miskomunikasi perawat dan DPJP menyebabkan, tindakan yang sudah dilaksanakan oleh DPJP maupun asistennya dalam hal ini residen tidak disampaikan ke perawat sehingga dianggap tidak pernah dilakukan oleh DPJP ataupun asistennya. Hal ini juga tampak pada data indikator kepatuhan, dimana ada

ketidaksesuaian tindak dokter yang dituliskan di status rekam medis namun tidak centang oleh perawat, dalam hal ini ada pendapat perawat bahwa hal ini terjadi dapat disebabkan karena miskomunikasi antara perawat bahwa pengisian dilakukan oleh dokter sendiri sesuai tanggung jawabnya.

Evans-Lacko, *et al* (2010) membahas bahwa *care pathway* (clinical pathway) dapat memberikan pasien gambaran jelas terhadap pengobatan mereka, menjelaskan progress pengobatan pasien, mempromosikan kerjasama antara tim multidisiplin, mendorong penggunaan pedoman yang ada, dan dapat menjadi dasar dalam system pembayaran. Dengan berbagai keuntungan penggunaan *care pathway* ini, diharapkan para tim-tim dirumah sakit dapat mencapai kepatuhan implementasi, perlu disadari akan faktor-faktor yang dapat mendukung maupun menghambat pelaksanaan *care pathway* pada setiap tingkatan, mulai dari saat pengembangan clinical pathway, implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden yang terkait dalam pelaksanaan clinical pathway terintegrasi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan clinical pathway di rumah sakit. Dalam hal ini faktor-faktor inilah yang menjadi penghambat tidak terimplementasinya clinical pathway seperti yang diharapkan di rumahsakit. Faktor-faktor yang mempengaruhi ini antara lain adalah sosialisasi yang masih kurang, komunikasi dan

kolaborasi antara multidisiplin dalam pelaksanaan clinical pathway, SDM yang memadai, evaluasi rutin, dan pelatihan bagi para pelaksana.

Dalam pelaksanaan clinical pathway terintegrasi di RS Unhas, tidak dilaksanakan oleh dokter dan perawat saja. Dalam satu tim clinical pathway terintegrasi ini dilaksanakan oleh dokter, baik dokter umum dalam asesmen awal pada saat di UGD maupun DPJP oleh dokter spesialis yang melakukan asesmen awal di rawat jalan hingga bertanggung jawab sampai pasien keluar rumahsakit, perawat di rawat inap, dietisien, dan farmakologi klinis dari farmasi.

Dari hasil wawancara kepada para informan diketahui penerapan Clinical pathway belum sesuai standar, masih ada unit yang belum mengerti dan masih ada unit yang tidak memiliki SDM sehingga tidak dilaksanakan sesuai CP, serta belum adanya panduan di RS tentang tatalaksana Clinical Pathway yang sesuai standar di Rumah Sakit Unhas. Hal ini tergambar dari hasil evaluasi indikator kepatuhan pengisian form clinical pathway yang masih memperlihatkan ketidaksesuaian pada indikator kepatuhan pengisian clinical pathway terintegrasi.

Penelitian yang dilakukan Rosalina dkk (2018) di rumah sakit di Malang terhadap monitoring clinical pathway pada pasien demam tifoid, memperlihatkan faktor-faktor yang menjadi kendala pelaksanaan monitoring clinical pathway antara lain adalah belum

adanya SPO pengisian form clinical pathway, dan kurangnya sosialisasi.

Penelitian diatas sesuai dengan hasil yang didapatkan peneliti dari hasil wawancara terhadap informan. Dimana kurangnya sosialisasi menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi implementasi clinical pathway. Dari hasil wawancara sosialisasi dilakukan pada paramedis hanya dilakukan diawal penyusunan form clinical pathway. Hal ini tentu akan menyulitkan paramedis dalam melaksanakan tugasnya dalam implementasi clinical pathway terintegrasi secara general. Informasi pelaksanaan clinical pathway terintegrasi masih dirasakan kurang dengan hanya pertemuan sebentar dalam sosialisasi di awal pelaksanaan program.

Hal yang sama juga disimpulkan dalam penelitian Astuti, Dewi dan Arini (2017) yang menilai hambatan utama ketidakpatuhan dalam kelengkapan dokumen disebabkan oleh kurangnya kesadaran terhadap pentingnya clinical pathway karena sosialisasi tidak diberikan secara merata. Hal ini juga senada diungkapkan dari hasil wawancara terhadap respon menanggapi kurangnya partisipasi dalam pelaksanaan clinical pathway di RS Unhas disebabkan oleh sosialisasi yang tidak merata kepada semua perawat.

Menambahkan dalam penelitian Astuti (2017) yang membahas faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan clinical pathway dari penelitian Wolff, *et al* (2004) di rumah sakit Wimmera Basis, antara lain adalah memiliki manajemen budaya risiko klinis yang ditetapkan rumah sakit, menunjuk perawat senior untuk mengkoordinasikan program, membayar staf yang ikut serta dalam tim untuk pekerjaan tambahan, melibatkan tim multidisiplin dalam pengembangan clinical pathway, dan kerjasama tim antara professional kesehatan dan memberikan kepemilikan (*ownership*) kepada masing-masing staf dalam memberikan pelayanan.

Faktor lain yang mempengaruhi penerapan clinical pathway dirumah sakit dari penelitian sebelumnya diatas yang juga tampak dari hasil wawancara di RS Unhas adalah keterlibatan tim multidisiplin dan kerjasama tim antar profesi. Dari hasil wawancara terhadap beberapa informan dapat disimpulkan peneliti adalah Koordinasi belum optimal, oleh komite medik. Bentuk komunikasi masih berupa sosialisasi dan rapat, dan tidak ada media komunikasi menjalankan program secara bersama-sama sehari-hari. Sehingga adanya ketidaksesuaian dalam mencentang, dan kesalahpahaman antara beberapa pihak terjadi karena tidak adanya komunikasi antara tim clinical pathway.

Kerjasama maupun komunikasi dalam tim clinical pathway dirasakan oleh paramedis masih sangat kurang dan

mempengaruhi dalam pelaksanaan program clinical pathway terintegrasi. Beberapa tindakan antar para profesi masih belum bisa dipahami satu sama lain. Dan dalam proses pengisian form clinical pathway, dalam pencetakan, menjadikan masalah pada paramedis khususnya para perawat dalam memahami tindakan yang dilakukan dokter maupun gizi telah sesuai dengan clinical pathway terintegrasi ataukah tidak. Sehingga menghambat pengisian form yang bahkan menyebabkan kekosongan beberapa kolom pada form clinical pathway terintegrasi karena dianggap belum dilaksanakan.

Masih dari hasil wawancara para pelaksana sebagai informan penelitian juga diperoleh informasi bahwa Kompetensi SDM sudah cukup, dalam melaksanakan tindakan sesuai ranah profesi namun ada jumlah SDM yang belum terpenuhi. Juga, Sangat diharapkan adanya case manager yang dapat menjembatani dengan profesi lainnya dalam implementasi clinical pathway.

Hal ini sesuai dengan pemaparan penelitian sebelumnya, dimana dijelaskan bahwa kunci keberhasilan penerapan *clinical pathway* di berbagai RS di Singapura adalah adanya dukungan pihak manajemen, dukungan para klinisi, kehadiran seorang manajer kasus yang memastikan *clinical pathway* dijalankan, dan adanya tim perawat yang berdedikasi.

Dari Workshop clinical pathway (2017) juga menyampaikan bahwa dalam proses *maintenance* suatu *clinical pathway*, dari kajian penelitian terdahulu yang dirangkum oleh Unit Stroke Betesda Yogyakarta dari Jenkins dan Jones, (2008) menunjukkan beberapa hal penting yang harus diperhatikan, yaitu adanya petugas khusus yang memastikan *clinical pathway*, dalam hal ini adalah *case manajer*.

Dari penelitian lainnya, hambatan yang dilaporkan oleh rachma (2016) terhadap implementasi clinical pathway adalah beban penulisan bertambah, kebijakan belum mencakup evaluasi dan pedoman atau petunjuk pengisian, kurangnya sosialisasi, belum adanya monitoring, evaluasi, dan *feedback*.

Beban penulisan ini juga menjadi keluhan paramedis khususnya karena dianggap kurangnya SDM dalam tim clinical pathway. Dari hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa salah satu unit tidak mempunyai perwakilan dalam tim clinical pathway, yaitu farmakologi klinis. Ketidakadaan farmakologi klinis mempengaruhi implementasi clinical pathway terintegrasi secara optimal. karena beberapa intervensi dan edukasi terkait yang dibutuhkan pasien tidak dapat dilaksanakan sesuai alur clinical pathway.

Sedangkan dari evaluasi, diketahui evaluasi baru dilaksanakan sekali dalam setahun pelaksanaan. Hal ini

menyulitkan seluruh pihak karena tanpa evaluasi yang rutin, sulit untuk mengevaluasi tindakan yang dilakukan sudah sesuai atau belum. Dan pemahaman akan pelaksanaan *clinical pathway* belum merata diseluruh tim pelaksana. Dari hasil wawancara juga diketahui bahwa Pemahaman pelaksana berdasarkan pelatihan masih belum dapat dinilai karena belum adanya anggota tim *clinical pathway* bahkan komite medik sebagai koordinator yang ikut pelatihan atau workshop *clinical pathway*. Hal ini terlihat dari para pelaksana dilapangan yang masih kesulitan dalam menentukan kasus yang sesuai dengan kriteria inklusi *clinical pathway* atau tidak.

Mengutip dalam penelitian Wijayanti (2016), "Masalah klasik yang menjadi hambatan dalam penerapan *clinical pathway* adalah sumber daya yang terbatas dan tingginya beban kerja di RS. Stephen dalam Middleton dan Robert menjelaskan bahwa fasilitator merupakan kunci keberhasilan penerapan CP dalam situasi tersebut diatas. Di Indonesia, fasilitator sering disebut sebagai koordinator atau ketua tim yang bertugas mengkolaborasikan seluruh pemain kunci/tim multidisiplin yang terlibat dalam suatu CP tertentu. Penentuan/pemilihan fasilitator/koordinator adalah salah satu lacsngkah penting bahkan sejak dimulainya penyusunan CP. RS perlu memproyeksikan siapa-siapa saja yang dapat

menjalankan peran sebagai fasilitator serta menyiapkan orang-orang tersebut guna menjalankan perannya.

Sari (2014) dalam penelitiannya yang menganalisis penerapan, penyusunan, dan pengawasan pelaksanaan clinical pathway dengan BPJS antara RS Negeri dan RS Swasta menemukan bahwa kendala dari hasil pengawasan terhadap pelaksanaan clinical pathways adalah: (1) kepatuhan dokter penanggung jawab pasien terhadap clinical pathway masih kurang, (2) kurangnya konsentrasi dalam pengisian pembentukan clinical pathway, (3) kesulitan kepastian penggunaan clinical pathway, kapan harus didrop dan kapan harus dipakai karena clinical pathway harus tanpa komplikasi.

Hal-hal yang disebutkan dari penelitian sebelumnya diatas terkait dengan adanya pelatihan yang sudah diperoleh para tim clinical pathway. Ketidakefektifan pelaksanaan clinical pathway terintegrasi dari hasil wawancara seringkali disebabkan oleh ketidakpahaman pelaksanaan clinical pathway yang sesuai standar. Pemahaman pelaksana berdasarkan pelatihan masih belum dapat dinilai karena belum adanya anggota tim clinical pathway bahkan komite medik sebagai koordinator yang ikut pelatihan atau workshop clinical pathway

Penelitian yang dilakukan Rosalina, dkk (2018) mengkaji faktor-faktor yang menjadi kendala pelaksanaan monitoring *Clinical*

pathway di sebuah rumah sakit di Kota Malang adalah belum terbentuknya tim *clinical pathway*, ketidaksesuaian isi panduan *Clinical pathway*, belum adanya SPO pengisian form *clinical pathway* dan kurangnya sosialisasi. Sari dan Sundari (2017) menyebutkan dalam hasil penelitiannya bahwa pengembangan *clinical pathway* dengan melibatkan tim *clinical pathway*, komite medic, ksm perawat, farmasi dan profesi lainnya masih belum menjamin implementasi *clinical pathway* yang optimal. Hal ini terhambat karena masih belum adanya training atau pelatihan khusus terkait *clinical pathway*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Penerapan *clinical pathway* terintegrasi di RS Unhas masih belum terimplementasi dengan optimal berdasarkan indikator kepatuhan yang ada. Hal ini disebabkan belum terlaksana

dengan baiknya monitoring dan koordinasi pelaksanaan clinical pathway, SDM pelaksana yang belum memenuhi jumlah dan kompetensi serta monitoring pengisian clinical pathway terintegrasi.

2. Implementasi clinical pathway terintegrasi pada kasus pneumonia komunitas di RS Unhas tidak signifikan terhadap lama rawat pasien pneumonia komunitas. Hal ini dibuktikan dengan tidak adanya perbedaan yang antara lama rawat inap antara pasien yang diterapkan clinical pathway terintegrasi dan pasien yang tidak diterapkan clinical pathway terintegrasi.
3. Implementasi clinical pathway terintegrasi pasien anak pneumonia komunitas terhadap biaya perawatan di RS Unhas menunjukkan efisiensi 8,85% dari biaya perawatan pasien anak pneumonia komunitas tanpa menggunakan clinical pathway terintegrasi.
4. Implementasi clinical pathway terintegrasi pasien anak pneumonia komunitas tidak memperlihatkan perbedaan *outcome* dengan kelompok yang tidak menggunakan clinical pathway terintegrasi pneumonia komunitas di RS Unhas.
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi clinical pathway terintegrasi yaitu:
 - a. Sumber daya manusia pelaksana clinical pathway terintegrasi yang memadai dan kompeten.

- b. Monitoring pengisian clinical pathway terintegrasi.
- c. Koordinasi pelaksana clinical pathway terintegrasi yang meliputi rapat koordinasi teratur, evaluasi, dan sosialisasi.

B. Saran

1. Saran bagi Manajemen Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan laporan analisis untuk dimanfaatkan oleh pihak manajemen. Peneliti menyarankan untuk adanya *case manager* yang dapat mengawasi pelaksanaan clinical pathway terintegrasi, dan pemberian pelatihan *clinical pathway* bagi SDM dalam tim clinical pathway.

2. Saran bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan metode mix method guna menggali lebih dalam mengenai efektivitas terkait *length of stay*, biaya perawatan dan *outcome* pasien yang diintervensi *clinical pathway* terintegrasi.
- b. Disarankan agar melakukan penelitian pada kasus-kasus lain yang menggunakan *clinical pathway* terintegrasi untuk melihat lebih jauh efektivitas clinical pathway di Rumah sakit.
- c. Disarankan untuk melakukan evaluasi terhadap implementasi clinical pathway menggunakan *tools* seperti ICP dan ICPAT

untuk menilai lebih baik kualitas *clinical pathway* yang dilakukan di Rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Arsjad, Zulvinah S. *Analisis Perbedaan Tarif Indonesian Case Based Grups (INA-CBGs) Berdasarkan Kelengkapan Diagnosis dan Prosedur Medis Rawat Inap Triwulan I di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2017*. Makassar. 2017.

- Astuti, YD., Dewi, A., Arini, M. *Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit. 6 (2): 97-111. Juli 2017.
- Böckman, B., Heiden, K. *Extracting and Transforming Clinical Guidelines into Pathway Models for Different Hospital Information Systems*. Health Information Science and Systems. 2013.
- Cenrara, Andi. *Pengaruh Implementasi Clinical Pathway Terhadap Lama Perawatan, Tingkat Kecacatan dan Biaya Perawatan pada Pasien Non Hemorrhagic Stroke di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare*. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. 2017
- Dautremon JF, Rudmik LR, Yeung J, Asante T, et al. *Cost-effectiveness analysis of a postoperative clinical care pathway in head and neck surgery with microvascular reconstruction*. Journal of Otolaryngology Head & Neck Surgery. 2013.
- Ellis, PT, O'Neil, B., Earle, MF., et al. *Clinical pathways: Management of Quality and Cost in Oncology Networks in Metastatic Colorectal Cancer Setting*. Journal of Oncology Practice. Vol.13. Issue 5. May, 2017.
- Evans-Lacko, S, Jarret, M, McCrone, P. *Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Care Pathways*. BMC Health Services Research. 2010.
- Hanna, E., Schultz, S., Doctor, D., et al. *Development and Implementation of a Clinical Pathway for Patients Undergoing Total Laryngectomy: Impact on Cost and Quality of Care*. American Medical Association. 1999.
- Hanna, E., Schultz, S., Vural, E., et al. *Development and Implementation of a Clinical Pathway for Patients Undergoing Total Laryngectomy*. Arch Otolaryngol, Head, Neck Surg. 1999. Vol 125.
- Ikatan Dokter Indonesia. *Pedoman Pelayanan Medis IDAI*. 2009
- Iroth, Jemsner I., Ahmad, Riris A., Pinzon, Rizaldy. *Pengaruh Implementasi Clinical pathway Terhadap luaran klinik dan ekonomik pasien Acute Coronary Syndrome*. Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana. Vol.02. No.01. Desember, 2016.

- Li, W. *et al. Integrated Clinical Pathway Managemet Medical Quality Improvement – Based on Semiotically Inspired Systems Architecture*. European Journal of Information Systems. 2014. Vol.23. 400-17.
- Maidin, HMA. Anggraeni,R. Mangilep, AUA, Dkk. *Analisis Efektifitas Paket Pelayanan INA CBG's Pada Kesembuhan Pasien di Rumah Sakiy Universitas Hasaunddin*. Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin.
- Mardiah. Rivany, R. *Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, Vol.1, No.4. 2015.
- Panella, M. Marchisio, S. Di Stanislao, F. *Reducing Clinical Variations with Pathways: Do Pathways Work?*. International Journal for Quality in Health care. Vol.15, Number 6. 2003.
- Panella, M., Marchisio, S., Brambila, R., Vanhacht, K., Di Stanislao, F. *A Cluster Randomized Trial to Assess The Effect of Clinical Pathways for Patients with Stroke: Results of the Clinical Pathways for Effective and Appropriate Care Study*. BMC Medicine. 2012.
- Pinzon, R. Sugianto, Asanti, L, Widyono, K., *Clinical Pathway dalam Pelayanan Stroke Akut: Apakah Pathway Memperbaiki Proses Pelayanan?* Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2009. Volume 12.
- Rachma, D. *Audit Implementasi Clinical Pathway Diare Akut di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita*. Jurnal ARSI. 2016
- Rejeki, VMM. Nurwahyuni, A. *Cost of Treatment Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Rawat Inap Berdasarkan Clinical Pathway di RS X Jakarta*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia. 2017. Volume 2 , Nomor 2.
- Romeykye, T. Stummer, H. *Clinical Pathways as Instruments for Risk and Cost Management in Hospitals – A Discussion Paper*. Global Journal of Health Science. 2012. Vol.4, No.2.
- Rosalina, IK, Mansur, M. Hidayat MKS, Widyaningrum K. *Evaluating Clinical Pathway Thypoid Fever Monitoring at Hospital Malang*.

- Jurnal Medicoeticolegal dan Manajeheamen Rumah Sakit. 2018.
- Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., *et al.* *Clinical Pathways: Effects on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay and Hospital Cost.* The Conchrane Collaboration. Issue 7. 2010.
- Rozany, F. Yuliansyah, N. Susilo, SJ. *Panduan Praktek Klinis dan Clinical Pathway Sebagai Solusi Efisiensi Pembiayaan Diagnosa Hernia Inguinalis, Appendisitis, dan Sectio Caesarea di RSI Gondanlengi.*
- Sari, D.R *Audit Implementasi Clinical Pathway Diare Akut Di Rumah Sakit Anak dan vRumah Sakit Indonesia.* 2016.
- Sari, I., Sundari, S. *Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Krisis Hipertensi di Instalasi Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.* Proceeding Health Architecture. 2017.
- Sari, Ratih P. *Perbandingan Biaya Riil dengan Tarif Paket INA-CBG's dan Analisis Faktor yang Mempegaruhi Biaya Riil pada Pasien Diabetes Melitus Rawat Inap Jamkesmas.* Jurnal Spread. April, 2014. Volume 4, Nomor 1.
- Sunarto, E.E. *Membangun Tata Kelola Klinis Melalui Clinical Pathway M Berdarah Dengue Rumah Sakit Umum Rizki Amalia Medika.* Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit. 2016. Vol.5, No.2
- Susanto, E., Umboro, L., Marsum, Rofi'ah, S. *The Suitability Lebngth of Stay of BPJS Patient Based on Clinical Pathway of Ca Mammae Case in RSUP Dr. Kariadi Semarang.*Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. 2018
- Tim Penyusun. *Pedoman Penyusun Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012.* KARS-PERSI. Edisi 1. 2015
- Unit Stroke RS Betehsda Yogyakarta. *Pegembangan dan Penerapan Clinical Pathway dan Register Stroke untuk Perbaikan Indikator Proses dan Luaran Stroke.* Quality Medical Care Project.
- Wijayanti, AI, Sugiarsi, S. 2010. *Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif Paket INA-CBG pada Pembayaran Klaim*

Jamkesmas Pasien RAwat INap di RSUD Kabupaten SUkoharjo. Apikes Mitra HUsada Karanganyar.

Wijayanti, FER., Lamsudin, R. Wajdi, F. *Analisis Clinical Pathway dengan BPJS Antara RS Negeri dan RS Swasta.* Program Studi Magister Manajemen Sekolah Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2016

Yang, W., Han, R., Guo, Y., *et al.* *Modelling and Performance Analysis of Clinical Pathways Using the Stochastic Process Algebra PEPA.* BMC Bioinformatics (14): 54. 2011.

Zhu, L. Li, Jun, Li, XK, Feng, JQ, Gao, JM. *Impact of a Clinical pathway on Hospital Costs, Length of Stay and Early Outcome after Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma.* Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. Vol.15. 2014.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar penjelasan untuk informan

LEMBAR PENJELASAN UNTUK INFORMAN
Assalamu'alaikum Warahmatullahi wabarakatuh

Mohon maaf saya menyita waktu Bapak/Ibu beberapa menit. Saya Citra Apriyanti Anas, Mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit bermaksud untuk meminta keterangan/informasi kepada Bapak/Ibu terkait dengan penelitian tesis saya dengan judul “Analisis Efektivitas Clinical Pathway Terintegrasi pada KAsus Pneumonia Komunitas di RS Unhas”

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan clinical pathway terintegrasi pada kasus pneumonia komunitas di Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Unhas. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan bagi masyarakat. Diharapkan pula, dapat digunakan sebagai dasar dalam menjadi informasi dan bahan pertimbangan untuk pengambilan keputusan dalam menetapkan kebijakan di rumah sakit.. Selain itu, dapat mendukung rumah sakit dalam menyukkseskan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai bagian alam akreditasi rumah sakit. Penelitian ini akan dilakukan dengan wawancara singkat dengan menggunakan pedoman wawancara selama 10-25 menit. Penelitian ini tidak akan merugikan para informan maupun pihak Rumah Sakit.

Penelitian ini bersifat sukarela. Saya selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang akan diberikan oleh Bapak/Ibu jika bersedia menjadi responden, sehingga saya sangat berharap Bapak/Ibu menjawab pernyataan dengan jujur tanpa keraguan. Jika Bapak/Ibu ingin jawaban yang diberikan tidak diketahui orang lain, maka wawancara singkat bisa dilakukan secara tertutup.

Bila selama penelitian ini berlangsung atau saat wawancara singkat informan ingin mengundurkan diri karena sesuatu hal (misalnya: sakit atau ada keperluan lain yang mendesak) maka dapat mengungkapkan langsung kepada peneliti. Hal-hal yang tidak jelas dapat menghubungi saya (**Citra apriyanti anas – 08114165656**).

Makassar,
2019

Peneliti

Citra Apriyanti Anas
(No.hp 08114165656)

Lampiran 2. Informed Consent Informan

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Dengan hormat,

Saya adalah mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis efektivitas clinical pathway terintegrasi pada kasus pneumonika komunitas di rawat inap rumah sakit unhas. Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat bebas untuk menjadi informan atau menolak tanpa ada sanksi apapun. Jika bapak/ibu bersedia menjadi informan, silahkan mengisi formulir ini dan saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan saya dengan jujur apa adanya.

Nama Inisial Informan:

Usia :

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian yang dilaksanakan oleh saudara :

Nama : Citra Apriyanti Anas

HP/TLP : 0814165656

Kerahasiaan informasi dan identitas saudara dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebarluaskan baik melalui media massa atau pun elektronik.

Makassar,

2019

.....

Lampiran 3.

Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS EFEKTIVITAS CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI PADA PASIEN PNEUMONIA KOMUNITAS DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Karakteristik Informan

1. Nama (inisial) :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :

A. Daftar Pertanyaan

Standar dan Sasaran Kebijakan

1. Menurut anda, apakah standar penerapan clinical pathway terintegrasi RS Unhas sesuai standar telah diterapkan ? Apakah ada ukuran untuk menilai hal tersebut?
2. Menurut anda, bagaimana pemahaman pelaksanaan clinical pathway terintegrasi di RS Unhas ?

3. Apakah penerapan clinical pathway terintegrasi di RS Unhas sudah efektif ? Apakah ada ukuran untuk menilai hal tersebut?

Sumber daya

1. Apakah jumlah dan kompetensi pelaksana clinical pathway terintegrasi ini sudah cukup dan memadai ?
2. Menurut anda, bagaimana pengetahuan pelaksana clinical pathway terintegrasi ?
3. Apakah sumberdaya finansial mendukung dalam penerapan clinical pathway terintegrasi?
4. Bagaimana fasilitas untuk mendukung pelaksana dalam menerapkan clinical pathway terintegrasi?

Komunikasi antarorganisasi dan penguatan aktivitas

1. Bagaimana komunikasi Komite medik atau Tim Clinical pathway terintegrasi dengan Rumah Sakit terkait penerapan clinical pathway terintegrasi?
2. Bagaimana proses koordinasi yang dilakukan Komite medic atau Tim clinical pathway terintegrasi dengan Rumah Sakit terkait penerapan clinical pathway terintegrasi?
3. Apakah ada sosialisasi yang dilakukan Komite medik atau Tim CPI terkait penerapan clinical pathway terintegrasi ?
4. Bagaimana proses sosialisasi dilakukan ?
5. Apakah sosialisasi yang dilakukan Komite medik atau Tim clinical pathway terintegrasi terkait penerapan clinical pathway terintegrasi efektif, efisien dan mudah dipahami?
6. Apakah sosialisasi yang dilakukan Komite medic atau Tim clinical pathway terkait penerapan clinical pathway terintegrasi sudah

diketahui oleh pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan ?

Karakteristik agen pelaksana

1. Dalam penerapan clinical pathway terintegrasi, bagaimana pemahaman pelaksana setelah mengikuti pendidikan dan pelatihan ?
2. Adakah perbedaan pemahaman dalam pelaksanaannya yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dengan yang belum mengikuti?
3. Adakah proses transfer pengetahuan dari yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dengan yang belum?
4. Apakah pada penerapan clinical pathway terintegrasi hanya pada pelaksana yang telah mengikuti pendidikan atau ada mekanisme atau aturan khusus yang menjelaskan?

Lingkungan Sosial, ekonomi dan Politik

1. Apakah kondisi ekonomi turut mempengaruhi penerapan penatalaksanaan *clinical pathway terintegrasi*?
2. wApakah lingkungan sosial turut mempengaruhi penerapan clinical pathway terintegrasi?
3. _Apakah kondisi politik turut mempengaruhi penerapan clinical pathway terintegrasi?

Pertanyaan penutup :

- 1) Adakah hal lain yang ingin anda sampaikan terkait pengalaman anda selama melaksanakan penerapan *Clinical Pathway Terintegrasi*?
- 2) Apabila masih ada informasi yang saya butuhkan, bisakah saya menghubungi anda kembali ?
- 3) Terima Kasih atas kesediaan waktunya untuk diwawancarai. Semoga informasi yang anda berikan dapat memeberikan wawasan baru

	Monitoring & Evaluasi Gizi	B	B	S	B	S	S	TS	S	B	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Monitoring & Evaluasi Farmasi	B	B	B	B	B	B	B	S	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Mobilisasi	Mobilisasi/Rehabilitasi	S	S	TS	S	S	S	S	S	TS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Outcome	Outcome/Hasil Medis	TS	S	S	S	S	S	S	S	S	TS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Outcome Keperawatan	S	S	TS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	TS	S	S	S	S	S	S	
	Outcome Farmasi	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
	Outcome Gizi	S	B	TS	B	S	S	B	B	B	TS	S	S	TS	S	S	TS	TS	S	B	
	Kriteria Pulang	TS	S	S	S	S	S	TS	S	S	TS	TS	S	TS	S	S	S	S	S	S	
	Rencana Pulang	S	S	S	S	S	S	S	S	S	TS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Ket S = SESUAI (sesuai antara yang dibuat di Rekam Medis dengan yang di centang di CP)
 B = Belum diberikan (Tidak dilakukan tindakan sesuai dengan arahan CP, dan tidak adanya centang di CP)
 TS = Tidak sesuai (Tidak sesuai antara yang dibuat di RM dengan yang di centang di CP)

Lampiran 5:

Master tabel

No	Jenis Kelamin	Tgl Lahir	LOS	R.INAP	Total Tagihan	Klaim BPJS	Selisih	Cost RS	INA-CBG's	Asuransi	Outcome	Diagnosis	CP
1	Perempuan	14/02/2018	13	KLS 1	11.937.125	–				UMUM	Sembuh	CAP	√
2	Laki-laki	9/5/2014	5	VIP	8.334.500	4970100		3364400	4970100	BPJS	Sembuh	CAP	–
3	Laki-laki	29-08-2016	3	KLS 2	1.987.500	–				UMUM	Sembuh	CAP	–
4	Laki-laki	14-08-2012	7	KLS 3	4.732.000	4732000		1181900	3550100	BPJS	Sembuh	CAP	–
5	Perempuan	25/07/2016	7	KLS 1	7.044.363	7044363		2074263	4970100	BPJS	Sembuh	CAP	√
6	Laki-laki	23/06/2017	5	KLS 3	2.999.500	2999500		+	3550100	BPJS	Sembuh	CAP	–
7	Laki-laki	17/07/2014	4	KLS 2	3.624.500	3624500		+	4.260,100	BPJS	Sembuh	CAP	–
8	Laki-laki	1/1/2018	7	KLS 1	8.116.426	8107426	9000	3137326	4970100	BPJS	Sembuh	CAP	√
9	Laki-laki	26/11/2017	4	KLS 1	8.896.376	8896376		3926376	4970100	BPJS	Sembuh	CAP	–
10	Laki-laki	25/03/2018	4	KLS 3	3.812.000	–		–		UMUM	Sembuh	CAP	–
11	Laki-laki	17/09/2017	11	KLS 1	14.211.500	14018500		193000	4970100	BPJS	Membaik	CAP	–
12	Laki-laki	23/02/2018	3	VIP	2.970.500	2970500		+	4970100	BPJS	PULPAK	CAP	√
13	Laki-laki	11/1/2014	5	KLS 1	6.891.026	6891026		1920926	4970100	BPJS	Sembuh	CAP	–
14	Laki-laki	12/12/2017	8	KLS 2	8.394.000	8394000		4133900	4.260,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
15	Laki-laki	1/10/2015	6	KLS 1	6.951.500	6951500		1981400	4.970,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
16	Laki-laki	26/03/2010	6	KLS 2	6.850.650	6850650		2590550	4.260,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
17	Laki-laki	8/5/2018	7	KLS 3	6.261.650	6261650		2711550	3.550,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
18	Perempuan	1/2/2018	6	KLS 1	7.703.500	7703500		2733400	4.970,100	BPJS	Membaik	CAP	√
19	Perempuan	21/04/2018	4	KLS 3	4.492.500	4492500		942400	3.550,100	BPJS	PULPAK	CAP	√
20	Laki-laki	5/1/2018	6	KLS 2	5.031.000	5031000				UMUM	Sembuh	CAP	–
21	Laki-laki	30/04/2018	8	KLS 3	9.320.000	9320000		5769900	3.550,100	BPJS	Sembuh	CAP	–
22	Laki-laki	27/01/2018	6	KLS 1	7.797.500	7787500	10.000	2817400	4.970,100	BPJS	Sembuh	CAP	–
23	Laki-laki	25/12/2017	5	KLS 3	3.900.500	3900500				UMUM	Sembuh	CAP	–
24	Perempuan	15/06/2018	7	KLS 2/3	6.003.500	5993500	10.000		3.550,100	BPJS	Sembuh	CAP	–

25	Laki-laki	6/10/2014	8	KLS 3	6.715.200	6695200	20.000	3145100	3,550,100	BPJS	Sembuh	CAP	-
26	Laki-laki	13/05/2017	2	VIP	4.970.100	4970100		-	4,970,100	BPJS	Sembuh	CAP	-
27	Laki-laki	8/9/2017	6	KLS 2	5.034.000	5034000		773900	4,260,100	BPJS	Sembuh	CAP	-
28	Laki-laki	2/9/2016	5	KLS 3	4.402.500	4038500	4	4000	3,550,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
29	Laki-laki	12/5/2018	6	KLS 1	7.859.000	4970100	2.888.900	-	4,970,100	BPJS	Sembuh	CAP	-
30	Laki-laki	7/10/2016	4	KLS 2	5.650.500	5650500		1390400	4,260,100	BPJS	Sembuh	CAP	-
31	Laki-laki	24-09-2017	3	KLS 2	6,900,500				4,260,100	BPJS	Sembuh	CAP+anemia+Hemangioma	√
32	Laki-laki	20-04-2012	7	KLS 3	6,421,500			113.900	6,307,600	BPJS	Membaik	CAP+marasmus+leukositosis	√
33	Laki-laki	09-05-2017	19	KLS 3	20,495,300			14187700	4,988,800	BPJS	Sembuh	CAP+diare+dehidrasi+hipokalemia	√
34	Laki-laki	25-04-2018	6	KLS 3	6,799,500			1810700	4,988,800	BPJS	Sembuh	CAP+Aneemia	√
35	Perempuan	18-02-2018	5	VIP						BPJS	Sembuh	CAP+marasmus	√
36	Laki-laki	21-09-2015	8	VIP	12,319,500			5335200	6,984,300	BPJS	Sembuh	CAP+epilepsi	√
37	Laki-laki	05-07-2011	6	KLS 1	6,030,900				4,970,100	BPJS	Sembuh	CAP	√
38	Laki-laki	15-06-2017	7	KLS 2	6,706,000				4,260,100	BPJS	Sembuh	CAP+leukositosis	√

Lampiran 6 Matrix Penelitian

Variabel	Informasi	Informan	Kutipan Wawancara	Kesimpulan
Standard dan Sasaran kebijakan	Implementasi	NM	Penerapan CP Terintegrasi belum sepertinya sesuai standar. Pengukuran evaluasi pun masih menggunakan evaluasi kepatuhan standar sebelumnya yang pakai excel. Kepatuhan sendiri hanya beberapa unit yang baru mengerti. Untuk efektifitas, belum terlalu efektif, kita hanya nilai presentasi kepatuhan yang baru dibuat.	Penerapan Clinical pathway belum sesuai standar, masih ada unit yang belum mengerti dan masih ada unit yang tidak memiliki SDM sehingga tidak dilaksanakan sesuai CP, serta belum adanya panduan di RS tentang tatalaksana Clinical Pathway yang sesuai standar di Rumah Sakit Unhas.
		IC	Untuk CP Pneumoni untuk pasien anak. Kalau bentuk CP sudah mi rapat dari medis farmasi gizi perawat sudah difasilitasi sama komite medic dan direvisi juga. Kalau penerapan, dari farmasi dan gizi tidak full 100% seperti dr.NM bilan g. Pemahaman lumayan, Cuma seperti farmasi ndak ada orangnya.	
		DN	Kalau sesuai standar, belum ada yang tahu standar yang sesuai. Ada beberapa item yang tidak sesuai dengan yang ada di rekam medis dan CP.	
			Masih kurang pemahaman. Sosialisasi pada orang-orang tertentu hanya beberapa orang yang hadir, dan lebih banyak residen diruangan sementara residen sering ganti-ganti.	
Efektif saya rasa CP sekarang. Yang saya maksud efektif pasien sesuai target lama rawat inapnya. Kalo ada pasien CAP dengan penunjang lab sesuai dengan leukositosis, jadi kita masukkan juga diagnosis tambahan leukositosis, karena pengkodean ini bisa menaikkan tariff.				
EN	Untuk dari komite, formatnya sudah ada, dan kami isi sesuai bidang masing-masing. Pengontrolannya saja masih kurang tapi sesuai standar. Bukunya tentang CP ada.			
	Pemahaman pada beberapa orang belum paham soal CP itu seperti apa.			
	Efektif tahun kemarin belum.			

			Hasil evaluasi ada pake persenan, gizi berapa persen, dan gizi hamper semua tidak ada 70% karena dulu dicentang sama KaRu. Tapi nanti akan kami masing-masing yang isi. Jadi nanti, ada grup WA, kita di beri info terus kami konfirmasi di ruangan	
		SA	CP tidak terlalu tersosialisasi ke peserta didik. Seperti residen tidak tersosialisasi, sepertinya yang tersosialisasi perawatnya saja, gizi sama DPJP. Jadi belum sesuai standar.	
			Untuk isi CP sesuai standar.	
			Sosialisasinya hanya ke bagian atas, tidak sampai ke staf. Perawat primerku mengerti, tapi perawat pelaksana tidak.	
			Untuk CP yang dengan diagnosisnya ada komplikasi sudah tidak efektif. Diluar CAP sering seperti CKD. Kalau pasien baru ada diagnosis sesuai CP saya langsung buatkan CPnya, tapi kalo komplikasi penyakitnya terlalu banyak saya tidak mau ambil. Kalau ada CP yang ada komplikasinya secara umum biasa saya tidak langsung batalkan CP nya.	
		AL	Untuk paham semua belum 100%, karena salah satunya pengisian yang di centang, seperti monitoring dll, dilakukan, tapi perawat tidak centang. Sampai ada yang 30% saja, karena dipikir kami tidak lakukan, ternyata dilakukan tapi tidak dicentang.	
SDM	Sumber Daya Manusia	NM	Jumlahnya tidak cukup karena pas rapat, farmasi dan gizi kurang, farmasi tidak ada beberapa bulan terakhir, sedangkan gizi 1 orang satu rumah sakit. Kalo kompetensi memadai. Pengetahuan pelaksana mungkin belum juga, karena tindakan gizi sama farmasi belum diketahui sama KaRu.	Kompetensi SDM sudah cukup, namun ada jumlah SDM yang belum terpenuhi. Juga, Sangat diharapkan adanya case manager yang dapat menjembatani dengan profesi lainnya dalam implementasi clinical pathway.
		IC	Dari perawat cukup mi. kalau gizi dan farmasi perlu kita kaji. Di ruangan perawat primer ada perawat associate. Saya biasa koordinir kalau ada CP sama PP nanti dia yang sampaikan lagi ke PA. yang isi bisa PP dan PA tapi lebih perawat primer yang isi. Sebenarnya kita harap ada case manager yang bisa menjembatani lima profesi lihat lama rawat.	

		DN	Kompetensi perawat susah memenuhi, dan jumlah pasien dengan CP yang tidak seberapa dibanding jumlah perawat cukup ji. Yang dibutuhkan mungkin sosialisasi karena tidak semua tersosialisasi. Case manajer dibutuhkan, dulu sudah ada, tapi sekarang tidak ada masih mencari orang.
		EN	Untuk saat ini SDM masih sangat kurang. Tapi sekarang sih sudah lebih mengerti dibanding tahun sebelumnya. Untuk masalah biaya tidak ada harga, semacam jasa, tapi tidak masalah. Tapi kalau ada semakin semangat kita isi. Fasilitas cukup saat ini.
		SA	Yang sering kosong, seringnya dokter, farmasi, dan gizi dan kadang saya isikan. Padahal harusnya masing-masing mengisi. kadang ada juga pelaksana yang tidak mengerti jadi dilewati (gizi). Sebenarnya pelaksana sudah tereduksi. Bukan tidak tahu juga.
		AL	Untuk kompetensi sudah cukup, tapi secara jumlah SDM nya kurang. Seperti gizi.
		IC	Cuman form ji. Karna kalau saya butuh saya harus telepon ke komite medic dulu.
		DN	Terkadang form CP habis dan kita harus minta di poliklinik sama komite medic. Kalau tidak ada form, kita tidak buat CP-nya.
		SA	Formnya kami minta sebelum kosong. Jumlah diruangan kami di VIP tidak sebanyak di kelas atas.
		AL	Untuk sarana seperti pemeriksaan CAP ada semua.
Komunikasi	Koordinasi	NM	Jadi, komunikasinya itu satu tahun ada 2 kali pelaporan evaluasi CP ke YanMed. Dan komunikasinya efektif ke Yanmed. Rapat semuanya datang, yang kurang efektif itu ke SMF.
		IC	Sebenarnya harusnya sama-sama ki lihat pasien bersama-sama. Tapi sekarang yang ada kita jalan masing-masing sendiri. Maunya kita sama-sama duduk untuk bahas ini pasien bersama. Diskusi sesama dan antara profesi lain sudah dibahas mi di rapat sosialisasi kemarin untuk diskusi.

Koordinasi belum optimal, oleh komite medik. Bentuk komunikasi masih berupa sosialisasi dan rapat, tidak ada media komunikasi menjalankan program secara bersama-sama sehari-hari. Sehingga adanya ketidaksesuaian dalam mencentang, dan kesalahpahaman antara beberapa pihak terjadi karena tidak adanya komunikasi antara tim clinical pathway.

		DN	<p>Komunikasi selama ini, kalau ada pasien sesuai CP, kami kabari DPJP bahkan gizi juga untuk mengingatkan. Kalau kordinasinya masih butuh ditingkatkan.</p> <p>Proses sosialisasi dulu, dijelaskan tata cara pengisian CP oleh komite medik. Dan sosialisasinya awalnya sendiri-sendiri, perawat dengan perawat saja, terakhir baru digabung dengan DPJP, Gizi dan Farmasi. Tapi sosialisasi sebelumnya masih membingungkan, cuman hasil kordinasinya tidak sesuai dengan info yang sebelumnya kami dapat. Beda pemahaman kami yang disosialisasi dengan yang buat rekapan evaluasi sehingga hasil evaluasi banyak yang tidak sesuai.</p>
		EN	<p>Belum terkoordinasi dulu karena jalan sendiri-sendiri. Sekarang ada mi grup WA. Kemarin, kita ada diagnosis dengan CP bahkan komplikasi dibikin juga. Sekarang kami paham harus diagnosis tunggal saja sejak pembaharuan.</p>
		SA	<p>Kordinasi sama komunikasinya lewat rapat evaluasi saja. Tapi monitoring setiap bulan sih tidak ada. Harusnya ada monitoring evaluasi sama edukasi yang sesuai pengisiannya sebenarnya bagaimana.</p>
		AL	<p>Komunikasi ada sudah berapa kali rapat evaluasi, untuk lihat apakah pelaksanaannya sudah sesuai yang kita harapkan.</p> <p>Sosialisasi dari perawat ke pasien belum ada.</p>
Karakteristik Agen Pelaksana	Pemahaman Pelaksana	NM	<p>Sulit dinilai pemahaman karena tidak ada yang pernah ikuti pendidikan dan pelatihan CP terintegrasi. Intinya butuh pendidikan dan pelatihan. Karena kita disampaikan sama KARS dan cari di google.</p>
		IC	<p>Tidak ada pelatihan. Hanya sosialisasi, dengan semua terkait CP ada. Untuk efektifnya susah dilihat karena baru 1 kali sosialisasinya, masih butuh lagi.</p> <p>Jadi kami KaRu yang diundang sosialisasi nanti akan sampakan informasi sama PA tentang ini CP.</p>
		DN	<p>Dokter mencentang punya dokter, perawat mencentang punya perawat.</p> <p>Untuk pelatihan khusus CP tidak ada yang ikut. Hanya sosialisasi bagaimana cara pengisiannya, nanti saya sampaikan ke perawat pelaksana yang tidak ikut.</p>

Pemahaman pelaksana berdasarkan pelatihan masih belum dapat dinilai karena belum adanya anggota tim clinical pathway bahkan komite medik sebagai koordinator yang ikut pelatihan atau workshop clinical pathway.

		EN	Pemahaman awal sepertinya lumayan saja setelah sosialisasi. Tapi memang setelah sering rapat dan grup jadi kami lebih mengerti.	
		SA	Tidak ada pelatihan sampai saat ini. Hanya sosialisasi dan tidak harus yang ikut sosialisasi, yang penting pasiennya, dia bertanggung jawab.	
			Untuk efektif belum, karena sosialisasi belum ke semua. Seperti misalnya di gizi, hanya saya yang diberikan sosialisasi dan berikutnya saya yang sampaikan ke teman-teman. Takutnya sih nanti saya salah memberikan informasi.	
		AL	Pelatihan khusus belum pernah diikuti, saya tidak tahu apa di intern rumah sakit sudah ikut atau tidak.	
Lingkungan Sosial Ekonomi & Politik	Pengaruh	NM	Tidak ada pelatihan. Hanya sosialisasi, dengan semua terkait CP ada. Untuk efektifnya susah dilihat karena baru 1 kali sosialisasinya, masih butuh lagi.	pengaruh ekonomi merupakan salah satu yang mendorong pelaksanaan clinical pathway pertama kali karena adanya penelitian sebelumnya tentang beberapa penyakit dengan cost yang tinggi. Namun responden tidak merasakan adanya pengaruh lingkungan sosial maupun politik dalam pelaksanaan clinical pathway terintegrasi.
		IC	Salah satu penyebab adanya CP di RS karena akreditasi. Kalau adanya social ekonomi sama politik kayaknya tidak ada pengaruhnya.	
		DN	Kalau kondisi ekonomi belum ada informasi atau data yang pernah disampaikan dengan penggunaan CP. Begitu juga lingkungan social dan politik tidak ada pengaruhnya.	
		EN	Kalau dari politik dan social tidak ada. Tapi kalo ekonomi sepertinya karena pengaruh cost pada beberapa penyakit.	
		SA	Tidak ada pengaruh politik, ekonomi atau social. Tapi kalo ekonomi pasien ada mungkin hubungannya. Jadi dengan CP hanya pemeriksaan tertentu yang diperiksakan. Tapi bisa jadi masalah kalo pasien tidak punya uang sementara harus pasien periksa.	
		AL	-	

Lampiran 7



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, Fax (0411) 586013
E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, website : www.fkm.unhas.ac.id

No : 1460/UN4.14/PL.00.00/2018

28 Februari 2018

Lamp : -

Hal : Permohonan Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.
Direktur RS Pendidikan UNHAS

Di -
Tempat

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang tersebut di bawah ini :

Nama : Citra Apriyani Anas
Nomor Pokok : P1806216025
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi : Administrasi Rumah Sakit

Bermaksud melakukan Pengambilan data awal mengenai 1) data laporan tarif riil Rumah Sakit pada 5 penyakit terbanyak (sesuai clinical pathway) di Rumah Sakit UNHAS tahun 2015-2017, 2) data tarif Ina-CBG's 5 penyakit terbanyak di Rumah Sakit Unhas tahun 2015-2017, untuk penyusunan proposal tesis.

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberi izin kepada yang bersangkutan.

Atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dekan



Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes
NIP. 19630105 199003 1 002

Tembusan

1. Para Wakil Dekan FKM Unhas
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Peringgal

Lampiran 8



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585638, 516-005, Fax (0411) 586013
E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, website : www.fkm.unhas.ac.id

No : 073/UN4.14/PL.00.00/2019

3 Januari 2019

Lamp : Proposal

Hal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan
Cq. Kepala UPT P2T, BKPM
Provinsi Sulawesi Selatan
Di -
Tempat

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang tersebut di bawah ini :

Nama : **Citra Apriyanti Anas**
Nomor Pokok : **P1806216025**
Program Studi : **Kesehatan Masyarakat**
Konsentrasi : **Manajemen Rumah sakit**

Bermaksud melakukan penelitian dalam rangka persiapan penulisan tesis dengan judul
"Analisis Efektifitas Clinical Pathway Terintegrasi pada Kasus Pneumonia
Komunitas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin"

Pembimbing : 1. Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH (Ketua)
2. Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, MS (Anggota)
Waktu Penelitian : Januari – Maret 2019

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberi izin kepada yang bersangkutan.

Atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dekan

Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed.
NIP. 19670617 199903 1 003

Tembusan :

1. Para Wakil Dekan FKM Unhas
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Peninggal

Lampiran 9




PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 9914/S.01/PTSP/2019
 Lampiran : -
 Perihal : **izin Penelitian**

Kepada Yth.
 Direktur RSU. Univ. Hasanuddin Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 073/UN4.14/PL.00.00/2019 tanggal 03 Januari 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **CITRA APRIYANTI ANAS**
 Nomor Pokok : P1806216025
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat
 Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S2)
 Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Tesis, dengan judul :

**" ANALISIS EFEKTIFITAS CLINICAL PATHWAY TERINTEGRASI PADA KASUS PNEUMONIA KOMUNITAS
 DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **09 Januari s/d 28 Februari 2019**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian;

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
 Pada tanggal : 07 Januari 2019

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
 Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
 Pangkat : Pembina Utama Madya
 Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
 1. Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar di Makassar;
 2. *Pertinggal.*

CURRICULUM VITAE

I. Data Pribadi

Nama : Citra Apriyanti Anas
 Tempat, Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 6 April 1988
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia
 Agama : Islam
 Status Pernikahan : Menikah
 Alamat : Permata Hijau Permai K2/DH
 No. Telepon/HP : 08114165656
 Alamat Email : Citraanas64@gmail.com
 Nama Orang Tua
 Ayah : (Alm) H.M. Anas Genda
 Ibu : Hj. Dra. Nuraeni Lakku
 Status dalam Keluarga : Anak pertama dari empat bersaudara



II. Pendidikan

Periode (Tahun)	Jenjang Pendidikan	Sekolah/ Instansi/ Universitas	Jurusan
1992-1994	TK	TK Aisyah Mamajang	-
1994-2001	SD	SDN Komp Sambung Jawa	-
2001-2003	SMP	SMPN 1 Jeneponto	-
2003-2006	SMA	SMAN 1 Jeneponto	IPA
2006-2009	S1	Universitas Hasanuddin	Pendidikan Dokter
2009-2011	Profesi	Universitas Hasanuddin	Dokter Umum
2016-2019	S2	Universitas Hasanuddin	Manajemen Rumah Sakit

