

**TESIS**

**ANALISIS PENERAPAN *CLINICAL PATHWAY* MENGGUNAKAN ICPAT  
(*INTEGRATED CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL*) RUMAH SAKIT  
ISLAM FAISAL MAKASSAR TAHUN 2022**

***ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF CLINICAL PATHWAY WITH ICPAT  
(INTEGRATED CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL) AT FAISAL  
ISLAMIC HOSPITAL MAKASSAR YEAR 2022***



**RATU INTANIA RP**

**K022211015**

**PRODI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2024**



**ANALISIS PENERAPAN *CLINICAL PATHWAY* MENGGUNAKAN ICPAT  
(*INTEGRATED CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL*) RUMAH SAKIT  
ISLAM FAISAL MAKASSAR TAHUN 2022**

**RATU INTANIA RP**

**K022211015**



**PRODI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**ANALISIS PENERAPAN *CLINICAL PATHWAY* MENGGUNAKAN ICPAT  
(INTEGRATED *CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL*) RUMAH SAKIT  
ISLAM FAISAL MAKASSAR TAHUN 2022**

Tesis  
Sebagai Salah satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Magister Adminstrasi Rumah sakit

Disusun dan Diajukan oleh

RATU INTANIA RP  
K022211015

Kepada

**PRODI MAGISTER ADMINSTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

## TESIS

ANALISIS PENERAPAN *CLINICAL PATHWAY* MENGGUNAKAN ICPAT (*INTEGRATED CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL*) RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL  
MAKASSAR TAHUN 2022

NAMA : RATU INTANIA RENGGA P

NIM : K022211015

telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Magister pada tanggal tanggal Tiga Puluh Satu  
bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat dan dinyatakan telah  
memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit  
Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin  
Makassar

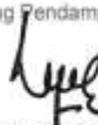
Mengesahkan:

Pembimbing Utama

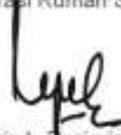


Dr. Fridawaty Rivali, SKM, M.Kes  
NIP. 19731016 199702 2 001

Pembimbing Pendamping,



Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS  
NIP. 19650210 199103 1 00 6

Ketua Program Studi  
Administrasi Rumah Sakit,

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS  
NIP. 19650210 199103 1 00 6

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,

Prof. G. M. Palutun, SKM, M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 194008200112 1 001

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, tesis berjudul "ANALISIS PENERAPAN CLINICAL PATHWAY MENGGUNAKAN ICPAT (INTEGRATED CLINICAL PATHWAY APPRAISAL TOOL) RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL MAKASSAR TAHUN 2022" adalah benar karya saya dengan arahan dari tim pembimbing (Dr. Fridawaty Rivai, SKM, M.Kes sebagai Pembimbing Utama dan Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS sebagai Pembimbing Pendamping). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah diterima di *Journal of Law and Sustainable Development* dengan judul "Analysis of Implementation of Acute Appendicitis Clinical Pathway with ICPAT (Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool) at Faisal Islamic Hospital Makassar Year 2022". Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 20 Februari 2024



Ratu Intania RP  
NIM K022211015

**Analisis Penerapan *Clinical Pathway* Menggunakan ICPAT (*Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool*) Rumah Sakit Islam Faisal Makassar  
Tahun 2022**

**Disusun dan Diajukan oleh:**

**RATU INTANIA Rengga P  
NOMOR POKOK K022211015**

**MENYETUJUI  
KOMISI PENASEHAT,**

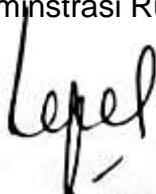


**Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes  
Ketua**



**Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS  
Anggota**

**Ketua Program Studi  
Magister Adminstrasi Rumah sakit**



**Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat, rahmat, dan bimbingan-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis Penerapan *Clinical Pathway* Menggunakan ICPAT (*Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool*) Rumah Sakit Islam Faisal Makassar Tahun 2022”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan hasil penelitian ini, penulis banyak memperoleh bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu penulis ingin menyampaikan rasa hormat mengucapkan terima kasih kepada pihak yang secara langsung maupun tidak langsung sudah membantu dalam menyusun tugas ini.

Terimakasih penulis ucapkan kepada **Dr. Fridawaty Rivai, SKM, M.Kes** selaku pembimbing I dan **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** selaku dosen pembimbing II yang telah membantu baik secara moral maupun materi, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini. Penulis ucapkan terimakasih kepada **Prof. Dr. dr. A. Indahwaty Sidin., MHSM, Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD(K)., FINASIM., M.Kes**, dan **Dr. Herlina A. Hamzah, SKM., MPH** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS**, selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. **Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH** selaku penasehat akademik selama kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang bermanfaat bagi penulis.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan informasi, masukan dan bantuan.
7. Seluruh staf RS Islam Faisal Makassar yang telah memberikan izin untuk penulis melakukan penelitian, bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.
8. Teman-teman seperjuangan **MARS 4** Tahun Angkatan 2021/2022 yang tanpa hentinya memberikan semangat dan dukungan.

Penulis secara khusus dengan penuh rasa sayang dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

9. Orang tua tercinta, Ayahanda **Dr.Ir. Elang Ilik Marawijaya, MM** dan **Prof. Dr. dr. Andi Asadul Islam, Sp.BS(K)**, Ibunda **Dr. Ir. Netti Tinaprilla, MM** dan **Dra. Muliaty**, yang tak henti memberikan doa, dukungan, dan semangat kepada penulis
10. Suami tercinta **dr. Ananda Dwiyogi Asadul**, yang senantiasa mendampingi dengan penuh kesabaran, membantu tanpa Lelah, dan memberikan restu kepada penulis.
11. Anak tersayang **Alvarendra Damar Asadul**, yang sabar dan bisa bekerjasama dalam membantu ibundanya dalam menyelesaikan studinya.
12. Adik-adik dan kakak-kakak yang penulis banggakan, Elang Barruna AG, Ratu Rozana Fianiwijaya, Tom Christy Adriani, dan Amalia Mulia Utami, yang senantiasa mendukung, dan membantu penulis.
13. Keluarga besar yang selalu memberikan bantuan, dukungan, semangat, dan doa yang tulus, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
14. Teman-teman Dosen dan Admin Prodi S1 FK Unhas, yang senantiasa memahami, mendukung, dan membantu penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi magister sembari bekerja.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini .

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Akhir kata, penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi penyusunan, bahasa, maupun penulisannya. Maka dari itu, dengan segala hati, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menjadi acuan agar penulis dapat menjadi lebih baik lagi dimasa mendatang.

Makassar, Februari 2024

Ratu Intania Rengga P

## ABSTRAK

**RATU INTANIA RP.** Analisis Penerapan Clinical Pathway Menggunakan ICPAT (*Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool*) Rumah Sakit Islam Faisal Makassar Tahun 2022 (Dibimbing oleh Fridawaty Rivali, Syahrir A Pasinringi)

*Clinical Pathway* merupakan alat yang penting untuk menerapkan *Good Clinical Governance* di rumah sakit dengan cara mengurangi variasi dalam perawatan medis untuk diagnosis yang sama, sehingga dapat mengurangi risiko kesalahan medis atau *medical error*. Di Makassar, Rumah Sakit Islam Faisal memiliki tingkat pelaksanaan *Clinical Pathway* yang paling rendah dan belum pernah dievaluasi menggunakan ICPAT (*Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool*). Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis implementasi *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Islam Faisal, dan melakukan analisis faktor-faktor yang mempengaruhinya, seperti Regulasi, Peran Manajemen, Komitmen Profesional Pemberi Asuhan (PPA), Formulir *Clinical Pathway*, dan Imbalan.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Populasi penelitian deskriptif berjumlah 1136 rekam medis dari 10 diagnosis *Clinical Pathway*, kemudian didapatkan sampel sebanyak 97 rekam medis dengan teknik *random proportional sampling* menggunakan rumus Slovin, setelah mempertimbangkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Partisipan penelitian kualitatif dipilih berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan, menghasilkan 7 partisipan. Metode validasi menggunakan triangulasi data, meliputi wawancara, observasi, dan temuan dokumen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa capaian terendah dari penerapan *Clinical Pathway* adalah Apendisitis Akut, dengan kepatuhan 0% dari 6 sampel penelitian. Hasil Checklist ICPAT (item konten dan mutu) sebagai berikut, Dimensi 1 (90% dan 100%), Dimensi 2 (39,13% dan 25%), Dimensi 3 (30,77% dan 35,29%), Dimensi 4 (60% dan 100%), Dimensi 5 (50% dan 30,77%), Dimensi 6 (66,67% dan 75%). Regulasi, Peran Manajemen, Komitmen Penyedia Layanan Kesehatan, dan Penghargaan mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway*. Formulir *Clinical Pathway* tidak mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway*. RSI Faisal Makassar belum pernah melakukan evaluasi komprehensif, terutama menggunakan alat standar seperti ICPAT. Penelitian ini menunjukkan beberapa poin yang termasuk kategori buruk, yaitu dimensi 2,3,5 ICPAT. Perlu beberapa perbaikan, terutama pada dimensi dokumentasi, pengembangan, dan pemeliharaan *Clinical Pathway*.

**Kata Kunci:** Clinical Pathway, ICPAT, Analisis Penerapan, Faktor Implementasi



**ABSTRACT**

**RATU INTANIA RP.** *Analysis of Implementation of Clinical Pathway with ICPAT (Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool) at Faisal Islamic Hospital Makassar Year 2022.* (Supervised by **Fridawaty Rivai, Syahrir A Pasinring**)

Clinical Pathways are crucial tools for implementing Good Clinical Governance in hospitals that reduce variations in medical care for the same diagnosis, ultimately decreasing the risk of medical errors. In Makassar, Faisal Islamic Hospital has the lowest rate of Clinical Pathway implementation and has never been evaluated using the ICPAT (Integrated Clinical Pathway Appraisal Tool). This study aims to analyze the implementation of the Clinical Pathway in Faisal Islamic Hospital, and the influencing factors, such as Regulation, Role of Management, Commitment of Healthcare Provider, Clinical Pathway Form, and Reward.

This research is a qualitative study with a case study approach. The descriptive population totaled 1136 medical records from 10 Clinical Pathway diagnoses and obtained 97 medical records with a random proportional sampling technique using the Slovin formula after inclusion and exclusion criteria. Qualitative study informants were 7, chosen by appropriateness and adequacy principles. The validation methods are data triangulation, including interviews, observations, and document findings.

The results showed that the lowest achievement of the Clinical Pathway implementation form was Acute Appendicitis, with compliance of 0% out of 8 samples. Dimension 1 (90% dan 100%), Dimension 2 (39,13% dan 25%), Dimension 3 (30,77% dan 35,29%), Dimension 4 (60% dan 100%), Dimension 5 (50% dan 30,77%), Dimension 6 (66,67% dan 75%). Regulation, Role of Management, Commitment of Healthcare Provider, and Reward influence Clinical Pathway implementation. Clinical Pathway Form does not influence Clinical Pathway implementation. RSI Faisal Makassar has never conducted a comprehensive evaluation, especially using standard tools such as ICPAT. This study shows several points that are included into the bad category, namely dimensions 2,3,5 ICPAT. It needs some improvement, especially on the documentation, development, and maintenance dimensions of the *Clinical Pathway*.

**Keywords:** Clinical Pathway, ICPAT, Implementation Analysis, Implementation Influencing Factor



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN TESIS .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA.....</b>	<b>v</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>12</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>14</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>15</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>16</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>17</b>
1.1 Latar Belakang.....	17
1.2 Kajian Masalah .....	21
1.3 Rumusan Masalah .....	26
1.4 Tujuan Penelitian.....	26
1.5 Manfaat Penelitian .....	27
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>29</b>
2.1 <i>Good Clinical Governance</i> .....	29
2.2 <i>Clinical Pathway</i> .....	29
2.3 Rumah Sakit.....	35
2.4 Implementasi.....	37
2.5 Kepatuhan .....	47
2.6 Mapping Variabel Penelitian.....	49
2.7 Kerangka Teori Penelitian.....	50
2.8 Kerangka Konseptual .....	51

2.9	Literatur Review.....	53
2.10	Definisi Operasional dan Definisi Konsep Penelitian.....	69
<b>BAB 3</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>77</b>
3.1	Rancangan Penelitian .....	77
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	77
3.3	Subyek Penelitian.....	78
3.4	Metode Pengumpulan Data Penelitian .....	83
3.5	Instrumen Penelitian .....	84
3.6	Pengolahan dan Analisis Data Penelitian .....	85
3.7	Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data.....	86
3.8	Alur Proses Penelitian .....	87
3.9	Cara Pengumpulan Data Penelitian .....	88
<b>BAB 4</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>89</b>
4.1.	Hasil Penelitian .....	89
4.2.	Pembahasan.....	128
<b>BAB 5</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>152</b>
5.1.	Kesimpulan.....	152
5.2.	Saran.....	153
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>155</b>
	<b>Lampiran .....</b>	<b>159</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Nasional Mutu RS Pendidikan Utama di Indonesia .....	18
Tabel 1. 2 Pencapaian Kepatuhan CP di RS Swasta X Jakarta.....	19
Tabel 1. 3 Pencapaian Kepatuhan Penerapan <i>Clinical Pathway</i> Rumah Sakit di Kota Makassar.....	19
Tabel 2. 1 Analisis mendalam karakteristik umum dari 7 alat audit CP.....	32
Tabel 2. 2 Literatur Review .....	53
Tabel 2. 3 Definisi Operasional.....	69
Tabel 2. 4 Definisi Konsep .....	70
Tabel 3. 1 Rincian Jumlah Pasien dengan dengan Diagnosis <i>Clinical Pathway</i> di Instalasi Rawat Inap RS Islam Faisal Makassar Tahun 2022.....	78
Tabel 3. 2 Rincian Proporsi Sampel Penelitian Berdasarkan Diagnosis <i>Clinical Pathway</i> di Instalasi Rawat Inap RS Islam Faisal Makassar Tahun 2022 .....	80
Tabel 3. 3 Partisipan Penelitian .....	83
Tabel 3. 4 Cara Pengumpulan Data Penelitian .....	88
Tabel 4. 1 Sampel Penelitian Berdasarkan Dokumen Rekam Medis RS Faisal Makassar Tahun 2022 .....	92
Tabel 4. 2 Partisipan Wawancara Mendalam .....	93
Tabel 4. 3 Tingkat Kepatuhan Pengisian Formulir <i>Clinical Pathway</i> RS Faisal Makassar Tahun 2022 .....	94
Tabel 4. 4 Kepatuhan Pengisian Formulir <i>Clinical Pathway</i> Berdasarkan Profesi di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	95
Tabel 4. 5 Kesesuaian Isi Rekam Medis pasien dengan <i>Checklist Clinical Pathway</i> RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	97
Tabel 4. 6 Kesesuaian Isi Rekam Medis pasien dengan <i>Checklist Clinical Pathway</i> Berdasarkan Profesi dan Kegiatan di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	99
Tabel 4. 7 Kesesuaian ICPAT Dimensi 1 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	101
Tabel 4. 8 Kesesuaian ICPAT Dimensi 2 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	103
Tabel 4. 9 Kesesuaian ICPAT Dimensi 3 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	106
Tabel 4. 10 Kesesuaian ICPAT Dimensi 4 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	110
Tabel 4. 11 Kesesuaian ICPAT Dimensi 5 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	112
Tabel 4. 12 Kesesuaian ICPAT Dimensi 6 <i>Clinical Pathway</i> Appendisitis Akut di RS Faisal Makassar Tahun 2022.....	114
Tabel 4. 13 Jumlah Perawat Ruang Rawat Inap RS Faisal Makassar yang Mendapatkan Sosialisasi Mengenai <i>Clinical Pathway</i> Tahun 2022 .....	122
Tabel 4. 14 Jumlah Pasien dirawat dengan diagnosis <i>Clinical Pathway</i> di Ruang Rawat Inap RS Faisal Makassar yang Memiliki Formulir <i>Clinical Pathway</i> Terisi Tahun 2022	122
Tabel 4. 15 Gabungan Hasil Penelitian .....	127

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Kajian Masalah Penelitian.....	25
Gambar 2. 1 Model Proses Administratif dan Politik oleh Marille S.Grindle .....	38
Gambar 2. 2 Variabel-variabel Proses Implementasi Kebijakan oleh P. Sabatier & Mazmanian.....	42
Gambar 2. 3 Model Implementasi Kebijakan oleh Van Meter & Van Horn.....	43
Gambar 2. 4 Model Dampak Kebijakan oleh Thomas J.Cook dan Frank P. Schioli, Jr. ..	45
Gambar 2. 5 Mapping Variabel Penelitian .....	49
Gambar 2. 6 Kerangka Teori Penelitian.....	50
Gambar 2. 7 Kerangka Konseptual Penelitian.....	51
Gambar 3. 1 Alur Proses Penelitian.....	87
Gambar 4. 1 Kesesuaian Dimensi 1 ICPAT.....	102
Gambar 4. 2 Kesesuaian Dimensi 2 ICPAT.....	105
Gambar 4. 3 Kesesuaian Dimensi 3 ICPAT.....	108
Gambar 4. 4 Kesesuaian Dimensi 4 ICPAT.....	111
Gambar 4. 5 Kesesuaian Dimensi 5 ICPAT.....	113
Gambar 4. 6 Kesesuaian Dimensi 6 ICPAT.....	115
Gambar 4. 7 Skema Hasil Wawancara Terkait Pengaruh Regulasi Terhadap Penerapan <i>Clinical Pathway</i> .....	118
Gambar 4. 8 Skema Hasil Wawancara Terkait Pengaruh Peran Organisasi Terhadap Penerapan <i>Clinical Pathway</i> .....	120
Gambar 4. 9 Skema Hasil Wawancara Terkait Pengaruh Komitmen PPA Terhadap Penerapan <i>Clinical Pathway</i> .....	123
Gambar 4. 10 Skema Hasil Wawancara Terkait Pengaruh Format <i>Clinical Pathway</i> Terhadap Penerapan <i>Clinical Pathway</i> .....	124
Gambar 4. 11 Skema Hasil Wawancara Terkait Pengaruh Imbalan Terhadap Penerapan <i>Clinical Pathway</i> .....	126

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Rekomendasi Persetujuan Etik.....	159
2. Surat Izin Penelitian.....	160
3. <i>Clinical Pathway Terintegrasi Apendisitis Acut RS Islam Faisal Makassar</i> .....	162
4. Surat Persetujuan Keikutsertaan Penelitian.....	167
5. Hasil Wawancara Partisipan.....	173
6. Dokumentasi Penelitian.....	200

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

*Good Clinical Governance* adalah mekanisme untuk memastikan standar perawatan klinis yang baik, yang dipertahankan pada sistem pelayanan kesehatan. Hal ini ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan sistem pelayanan Kesehatan. *Clinical Governance* terdiri dari berbagai multidisiplin ilmu yang ada di rumah sakit, yang bekerja Bersama-sama dalam mempertahankan kualitas pelayanan Kesehatan.

*Clinical Pathway* merupakan bagian penting dari dokumen dan alat dalam mewujudkan *good Clinical Governance* di rumah sakit. Rumah sakit yang memberikan pelayanan bermutu tinggi dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien dan meminimalkan risiko. Upaya peningkatan mutu di rumah sakit merupakan salah satu tujuan utama dari sistem Kesehatan nasional. Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam memenuhi tujuan tersebut diantaranya dengan mewujudkan komitmen meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien secara berkesinambungan, memberikan pelayanan dengan pendekatan yang berfokus pada pasien, dan mencegah *clinical medication error*. *Clinical Pathway* berperan dalam mengurangi variasi dalam Tindakan medis untuk kondisi klinis yang sama guna mengurangi kemungkinan adanya *medical error* dan meningkatkan mutu pelayanan. *Clinical Pathway* merupakan salah satu Indikator Mutu Nasional di RS.Indonesia. Hal ini dikarenakan *Clinical Pathway* merupakan salah satu instrument untuk menjamin mutu, selain itu *Clinical Pathway* merupakan jaminan kepatuhan PPA di rumah sakit terhadap standar pelayanan. (Mutiarasari et al., 2017) (Paat et al., 2022)(Indonesia, 2022)

*Clinical Pathway* pertama kali diperkenalkan oleh *National Library of Medicine* (NLM) pada tahun 1996. Secara internasional, *Clinical Pathway* disebut juga *critical pathway*, *integrated care pathway*, *care map*, *coordinated care pathway*, dan *anticipated recovery pathway*. Disamping perbedaan nama, semuanya memiliki makna yaitu penerapan catatan medis dan monitoring pasien yang berisi tindakan/ perawatan oleh gabungan dari tim multidisiplin (dokter, perawat, apoteker, dan dietisien). *Clinical Pathway* memiliki format umum yang terdiri dari 6 komponen analisis, yaitu *initial assessment*, *support*, *follow-up assessment*, *education*, *management*, and *outcome*. (Putri H et al., 2022) (Mutiarasari et al., 2017) (C. L. Whittle et al., 2004) (Fushen et al., 2022) Untuk melakukan penilaian terhadap pengembangan dan penerapan, maka perlu dilakukan analisis dengan menggunakan instrumen audit (*audit tools*). Penelitian oleh Kris Vanhaecht, Karel De Witte, Walter Sermeus dalam *Clinical Pathway Audit Tools: A Systematic Review* menunjukkan bahwa terdapat beberapa alat yang dikembangkan untuk melakukan evaluasi terhadap CP (*audit tools*), beberapa tools yang diteliti diantaranya (1) *Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT), (2) *Quality Assurance*

*Template (QAT) – Pathway Development/Practice Standard, (3) Integrated Care Pathway Key Elements Checklist, (4) ICP evaluation form, (5) ICP analysis sheet, (6) Template for Clinical Pathway Design, dan (7) Clinical Path Assessment.* Dari semua alat pengukuran tersebut, hanya ICPAT yang berfokus pada implementasi Pathway, dan hanya ICPAT yang sudah di uji validitas dan reliabilitas. (De Bleser et al., 2006) (C. L. Whittle et al., 2004)

Di Indonesia, pencapaian kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* masih berada dibawah standar. Data Diseminasi Hasil Rifaskes Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan judul Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway* di Indonesia pada tahun 2020 mengatakan bahwa kelengkapan pengisian form *Clinical Pathway* masih dibawah standar. Penelitian dilakukan pada 20 Rumah Sakit yang menjadi lokus studi. Hasil dari penelitian didapatkan kelengkapan pengisian form *Clinical Pathway* Stroke Iskemik sebanyak 62,14%, sedangkan kelengkapan pengisian form *Clinical Pathway* STEMI sebanyak 75,42%. (Kemenkes RI, n.d.)

Anugrahsari,*et.al* melakukan penelitian di 28 Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia. Karakteristik RS dibagi menjadi RS kelas A, kelas B, dan kelas C. RS sakit yang diteliti, terdistribusi di 5 daerah, yaitu Pulau Sumatera, Pulau Jawa, Bali, Pulau Kalimantan, dan Pulau Sulawesi. penelitian tersebut menyatakan bahwa pencapaian Indikator Nasional Mutu, khususnya pada indikator kepatuhan *Clinical Pathway* di RS Pendidikan Utama di Indonesia baru mencapai 78,40%. Seperti tertera pada tabel dibawah:

Tabel 1. 1 Nasional Mutu RS Pendidikan Utama di Indonesia

Indikator	RS Pendidikan Utama	
	Rerata	SD
Waktu Tunggu Rawat Jalan (jam)	0,90	0,20
Penundaan Operasi Elektif (hari)	5,85	3,98
Kepuasan Pasien dan Keluarga (%)	82,98	18,70
Kecepatan Respon terhadap Komplain (%)	92,30	17,09
Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh (%)	95,18	7,03
Kepatuhan <i>Clinical Pathways</i> (%)	78,40	18,69
Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium (%)	93,62	14,64
Kepatuhan Jam visite dokter (%)	74,89	20,07
Kepatuhan <i>Emergency Respon Time</i> (%)	96,37	5,64
Kepatuhan Fornas (%)	91,34	13,11
Kepatuhan Identifikasi Pasien (%)	96,90	4,82
Kepatuhan Cuci Tangan (%)	78,33	17,95

Sumber : Anugrahsari *et al* (2022)

Fushen,*et.al* menyebutkan dalam penelitiannya bahwa pencapaian kepatuhan *Clinical Pathway* di RS swasta X di Jakarta pada tahun 2018-2020 berturut-turut adalah 74%, 59%, dan 65%.

Tabel 1. 2 Pencapaian Kepatuhan CP di RS Swasta X Jakarta

Pencapaian Kepatuhan CP di RS Swasta X Jakarta			
Tahun	2018	2019	2020
Pencapaian	74%	59%	65%

Sumber : Fushen *et al* (2022)

Sari dan Sundari mengatakan dalam penelitiannya bahwa tingkat kepatuhan *Clinical Pathway* di RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah 28,57%, sedangkan masih 0% yang terisi dengan lengkap (Fushen et al., 2022) (Sari & Sundari, 2017).

Beberapa penelitian yang dilakukan di Sulawesi menunjukkan hasil yang serupa. Reny,*et.al* dalam penelitian kualitatifnya menyatakan bahwa implementasi *Clinical Pathway* di RSUD Lasinrang Pinrang masih belum maksimal. Paat, dkk mengatakan penerapan *Clinical Pathway* di RSUP Prof Dr R.D. Kandou masih memiliki beberapa hambatan. Diah, *et.al* dalam penelitiannya mengatakan bahwa penerapan *Clinical Pathway* di RS Anutapura Kota Palu masih belum optimal. (Reny Widya Astuti , Alimin Maidin, 2018)(Paat et al., 2017)(Mutiarasari et al., 2017).

Berdasarkan data awal penelitian di Kota Makassar, didapatkan Sebagian Rumah Sakit sudah menerapkan *Clinical Pathway*. Namun,,masih ada Rumah Sakit yang belum menerapkan *Clinical Pathway* seperti RSUD Labuang Baji dan RSUD Haji. Rumah sakit yang sudah menerapkan *Clinical Pathway* di Kota Makassar seperti RSUD Sayang Rakyat, RS Universitas Hasanuddin, RS Stella Maris, dan RS Islam Faisal. Adapun persentase tingkat kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. 3 Pencapaian Kepatuhan Penerapan *Clinical Pathway* Rumah Sakit di Kota Makassar

No	Rumah Sakit	Tingkat Kepatuhan Penerapan <i>Clinical Pathway</i>
1	RSUD Sayang Rakyat	84,5%
2	RS Universitas Hasanuddin	94,78%
3	RS Stella Maris	92,07%
4	RS Islam Faisal	78%

No	Rumah Sakit	Tingkat Kepatuhan Penerapan <i>Clinical Pathway</i>
5	RSUD Labuang Baji	Belum terimplementasi
6	RSUD Haji	Belum terimplementasi

Sumber : Data Sekunder (2022)

Dari data yang telah disebutkan sebelumnya, didapatkan bahwa RS Islam Faisal memiliki angka terendah dalam penerapan *Clinical Pathway* dibandingkan dengan Rumah Sakit lain yang sudah menerapkan *Clinical Pathway*. Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa hanya RS Islam Faisal yang masih belum sesuai dengan standar kepatuhan penerapan *Clinical Pathway*, yaitu 80% (standar menurut PMK no.30 th.2022), sehingga peneliti tertarik untuk melakukan analisis tingkat kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* di RS Islam Faisal Makassar.

RS Islam Faisal Makassar merupakan salah satu rumah sakit Pendidikan di Kota Makassar yang telah terakreditasi SNARS tahun 2019 kelas B pada tanggal 12 Februari 2019 dengan status "Lulus" dan predikat "Utama". RS Islam Faisal Makassar berkomitmen untuk meningkatkan pelayanan berstandar internasional, salah satu upayanya dengan mengimplementasikan *Clinical Pathway*. RS Islam Faisal sudah menerapkan *Clinical Pathway* yang berjumlah 10 diagnosis penyakit. yang dikembangkan sejak tahun 2021, yaitu Hipertensi, DM tipe 2, TB paru, tumor mammae, HIV AIDS, pneumonia, demam tifoid, appendicitis akut, DBD, dan Stroke Iskemik.

Namun pada kenyataannya, studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti mendapatkan bahwa penerapan *Clinical Pathway* masih belum berjalan sebagaimana mestinya, dan hanya bersifat administratif. Data Indikator Nasional Mutu RS Islam Faisal Makassar, khususnya pada kepatuhan *Clinical Pathway*, didapatkan pencapaian kepatuhan sebanyak 78% dari standar 80% (menurut PMK no.30 th.2022). Namun, pada pengambilan data awal yang dilakukan peneliti dengan cara telaah dokumen rekam medis, didapatkan 8 formulir rekam medis pada bulan february 2023 dengan diagnosis yang berbeda, Dari 8 form *Clinical Pathway* tersebut, 50% (4 unit) form *Clinical Pathway* terisi, sedangkan 0% atau tidak ada form *Clinical Pathway* yang terisi secara lengkap. Wawancara awal yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan perwakilan dari pihak manajemen dan pelaksana. Pihak manajemen, khususnya tim penyusun *Clinical Pathway* mengatakan bahwa masih kurangnya komitmen dari PPA dalam penerapan dan pengisian form *Clinical Pathway*. Sedangkan di sisi lain, PPA yang ditemui oleh peneliti (dokter, perawat, apoteker, dan dietisien) mengatakan bahwa masih kurangnya sosialisasi atau pelatihan yang diadakan oleh pihak manajemen.

Rendahnya implementasi *Clinical Pathway* (78%) di RS Islam Faisal Makassar berdasarkan data Indikator Nasional Mutu tahun 2022. RS Islam Faisal Makassar belum pernah melakukan evaluasi mengenai pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* di RS Islam Faisal Makassar. Maka dari itu, peneliti bermaksud untuk

melakukan analisis pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* di RS Islam Faisal Makassar menggunakan instrumen yang sudah baku dan tervalidasi, yaitu *Integrated Care Pathway Appraisal Tool (ICPAT)*. Kemudian untuk melihat faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengisian formulir *Clinical Pathway*, dilakukan pengukuran kepatuhan pengisian *Clinical Pathway* dan analisis faktor yang mempengaruhinya sesuai dengan studi pendahuluan, yaitu Regulasi, Peran Organisasi, Komitmen PPA, Validitas Form CP, dan Imbalan.

## 1.2 Kajian Masalah

*Clinical Pathway* merupakan bagian penting dari dokumen dan alat dalam mewujudkan good clinical governance di rumah sakit. Di Indonesia, dokumen ini juga menjadi salah satu persyaratan yang harus dipenuhi berdasarkan standar akreditasi Rumah Sakit. Implementasi *Clinical Pathway* dapat menjadi sarana dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat serta sumber daya rumah sakit. Namun, pada kenyataannya penerapan *Clinical Pathway* dalam pelayanan kesehatan rumah sakit masih belum optimal. Masih banyak rumah sakit yang belum menerapkan *Clinical Pathway* sesuai dengan standar, bahkan pengembangan dan pelaksanaannya hanya bertujuan untuk memenuhi standar akreditasi Rumah Sakit. Monitoring dan evaluasi dari penerapan *Clinical Pathway* juga dilakukan sebelum akreditasi untuk memenuhi standar akreditasi Rumah Sakit, kemudian terbengkalai setelah selesai proses akreditasi Rumah Sakit.

RS Islam Faisal merupakan Rumah Sakit Pendidikan yang telah terakreditasi SNARS predikat "Utama". RS Islam Faisal Makassar berkomitmen untuk meningkatkan pelayanan berstandar internasional, salah satu upayanya dengan mengimplementasikan *Clinical Pathway*. RS Islam Faisal sudah menerapkan *Clinical Pathway* yang berjumlah 10 diagnosis penyakit yang dikembangkan sejak tahun 2021, yaitu Hipertensi, DM tipe 2, TB Paru, Tumor Mammae, HIV AIDS, Pneumonia, Demam Tifoid, Appendicitis Akut, Demam Berdarah, dan Stroke Iskemik. Pemilihan penyakit yang dibuatkan *Clinical Pathway* sesuai dengan prioritas nasional adalah Hipertensi, Diabetes melitus, TB, tumor *mammae*, dan HIV. Pemilihan penyakit yang dibuatkan *Clinical Pathway* oleh Rumah sakit diprioritaskan berdasarkan kriteria seperti *high volume* (kasus banyak), *high risk* (pelayanan berisiko tinggi), *high cost* (berbiaya tinggi), dan *multidisciplinary* (melibatkan banyak bagian yang terlibat aktif dalam penanganan pasien) dengan tujuan untuk mewujudkan pelayanan berkualitas dan mengendalikan biaya.

Namun, pada kenyataannya penerapan *Clinical Pathway* masih belum berjalan sebagaimana mestinya. Peneliti melakukan uji pra-penelitian dengan observasi, telaah dokumen, dan wawancara stakeholder karyawan RS Islam Faisal. Menurut hasil diskusi dengan beberapa karyawan RS Islam Faisal pada tahap pra-penelitian, perhitungan Indikator Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* RS Islam Faisal tidak dilaksanakan secara maksimal. Didapatkan bahwa *Clinical Pathway* di RS Islam

Faisal bukan merupakan formulir untuk kebutuhan operasional, namun hanya bersifat administratif. Hal ini dapat dilihat dari dokumen *Clinical Pathway* yang hanya merupakan syarat terlaksananya *Clinical Pathway* itu sendiri, bukan merupakan alat yang digunakan sebagai pedoman alur pelayanan klinis pasien. Pada telaah dokumen rekam medis, peneliti mendapatkan 8 formulir rekam medis pada bulan february 2023 dengan diagnosis yang berbeda, yaitu 1 buah form *Clinical Pathway* diabetes melitus tipe 2, 1 buah form *Clinical Pathway* Hipertensi, 2 buah form *Clinical Pathway* TB paru, 2 buah form *Clinical Pathway* demam tifoid, 1 buah form *Clinical Pathway* demam berdarah, dan 1 buah form *Clinical Pathway* pneumonia. Dari 8 buah form *Clinical Pathway* tersebut, 50% (4 unit) form *Clinical Pathway* terisi, sedangkan 0% atau tidak ada form *Clinical Pathway* yang terisi secara lengkap.

Angka kepatuhan implementasi *Clinical Pathway* penting untuk diketahui. *Clinical Paathway* merupakan suatu instrument untuk kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit, sehingga dengan melihat hasil evaluasi dari implementasi *Clinical Pathway*, dapat dilihat upaya rumah sakit dalam pengendalian mutu dan biaya. Jika implementasi *Clinical Pathway* masih rendah, berarti rumah sakit perlu memperbaiki sistem pelayanan Kesehatan.

Beberapa ahli menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi implementasi *Clinical Pathway* . Edward III berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi/sikap, dan struktur birokrasi. Sedangkan Van Meter dan Van Horn menyebutkan bahwa kinerja implementasi dipengaruhi oleh 5 faktor, yaitu Standar dan sasaran kebijakan, Sumberdaya, Komunikasi antarorganisasi dan penguatan aktivitas, Karakteristik agen pelaksana, Kondisi sosial, ekonomi dan politik. Grindle menyebutkan 2 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu Konten (Isi) Kebijakan, dan Konteks (lingkungan) Kebijakan. Sedangkan Donald P. Warwick menyatakan 3 (tiga) faktor pendorong implementasi kebijakan, yaitu komitmen pimpinan, komitmen pelaksana, dan dukungan dari kelompok internal.

Selain teori implementasi dalam skala makro, beberapa ahli juga menjelaskan teori implementasi yang terkhusus pada level mikro. William A. Niskanen (1975) menyebutkan bahwa pelaksanaan suatu kebijakan berfokus pada prinsip agen pelaksana dapat dipengaruhi oleh imbalan/insentif (*reward*) seperti, gaji, bonus, prestise, dan reputasi. Everett M. Rogers (1983) dalam teorinya yang dikenal sebagai *Diffusion of Innovation* menjelaskan bahwa pelaksanaan sebuah inovasi atau kebijakan baru dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu komunikasi, sistem sosial, dan karakteristik inovasi itu sendiri. Michael Lipsky (1980) memiliki teori yang disebut dengan *Street-level Bureaucracy* yang menyebutkan bahwa pelaksanaan kebijakan memiliki beberapa factor pada tingkat jalanan yang berperan, yaitu discretion/ kewenangan, komunikasi/interaksi, factor eksternal, dan tantangan seperti kurangnya sumberdaya dan SOP yang kurang jelas.

Beberapa penelitian sebelumnya menyebutkan beberapa faktor-faktor yang bisa menjadi pendukung dan tantangan bagi pelaksanaan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit. Penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Yessica menyatakan bahwa faktor

pendukung utama implementasi CP adalah *Deployment Setting* (Regulasi). (Putri H et al., 2022) Mira dalam penelitiannya mengatakan bahwa regulasi (nursing care management) memiliki hasil positif sebagai faktor pendukung implementasi CP. (Asmirajanti et al., 2019) Penelitian yang dilakukan Diah menyebutkan faktor pendukung implementasi CP yaitu sinergi seluruh manajemen RS, adanya Clinical Champion, dan desain CP yang tidak terlalu rumit sehingga mudah dimengerti. Selain itu, Case manager juga mempunyai peran sangat penting dalam mengawasi implementasi *Clinical Pathway*. Sedangkan beberapa faktor tantangan dalam implementasi CP diantaranya kerja Case Manager yang belum optimal, case management system belum diterapkan, kurangnya SDM, dan belum ada program pelatihan CP. Fushen menyebutkan beberapa faktor tantangan dalam implementasi CP adalah tingkat kesadaran PPA yang masih rendah, ketidakseimbangan beban kerja,

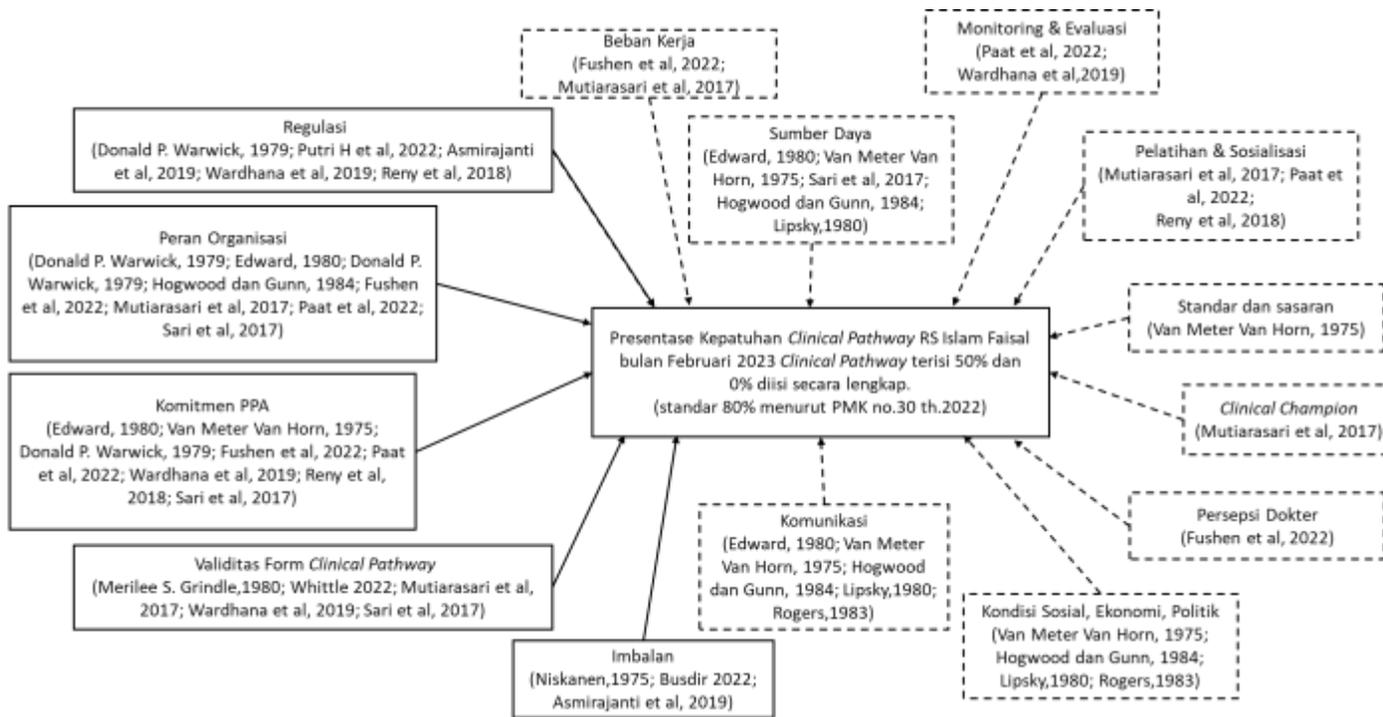
Whittle et.al membagi penilaian pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* menjadi 6 dimensi, yaitu validitas form CP, dokumentasi CP, pengembangan CP, penerapan CP, pemeliharaan CP dan peran organisasi untuk CP. Jika dibagi berdasarkan teori sistem *input-process-output*, maka 6 dimensi tersebut dapat dikategorikan sebagai berikut, validitas CP dan peran organisasi untuk CP merupakan *input*, sedangkan dokumentasi CP, pengembangan CP, penerapan CP, dan pemeliharaan CP merupakan *process*. Keenam dimensi ini merupakan aspek penting yang perlu dievaluasi dalam implementasi *Clinical Pathway* di Rumah Sakit. Sesuai dengan teori sistem, maka *input* yang ada akan mempengaruhi proses, dan kemudian akan mempengaruhi *output*. Sehingga, untuk mencapai *output* angka penerapan implementasi *Clinical Pathway* yang baik, maka input dan output terkait *Clinical Pathway* juga perlu diperbaiki.

Organisasi Rumah Sakit, khususnya pada bagian manajemen dapat dikelompokkan dalam beberapa tingkatan manajemen yang bertujuan untuk mempermudah pembagian dan pengelolaan tanggung jawab pada masing-masing tingkatan. Pembagian tingkatan manajemen tersebut yaitu *Top Management*, *Middle Management*, and *Lower Management*. (Herujito, 2006) Hal ini sesuai dengan teori implementasi yang dikemukakan oleh Warwick, yang menyebutkan bahwa 3 faktor pendorong implementasi kebijakan yaitu komitmen pimpinan, dukungan dari kelompok internal dan komitmen pelaksana. Komitmen pimpinan maksudnya komitmen dari pimpinan yang berkuasa, dalam hal rumah sakit adalah direktur, dalam bentuk regulasi. Dukungan dari kelompok internal mencakup kemampuan organisasi dari segi teknis, komunikasi, dan pengembangan SOP. Sedangkan komitmen dari pelaksana, dalam hal ini Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah kesediaan dan kemauan pelaksana untuk mengerjakan suatu kebijakan yang ada. Selain dari faktor implementasi secara makro, Niskanen menjelaskan teori tentang implementasi secara mikro. Teori Niskanen berfokus pada insentif dan perilaku agen (birokrasi) dalam mengelola sumber daya dan menjalankan tugas-tugas mereka,

Berdasarkan kajian yang telah dilakukan dari teori ahli dan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, dapat dilihat pentingnya penerapan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit. Kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* dapat dinilai dengan cara

menghitung jumlah formulir *Clinical Pathway* yang diisi, dibandingkan dengan jumlah pasien yang dirawat dengan diagnosis tersebut. Sedangkan pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* , dapat dinilai dengan menggunakan instrumen yang sudah baru dan sudah tervalidasi, yaitu *Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT).

Selain melakukan evaluasi kepatuhan, pengembangan, dan penerapan *Clinical Pathway* , peneliti juga ingin melakukan analisis mengenai faktor-faktor yang memiliki pengaruh terhadap pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* , yaitu Regulasi, Peran Organisasi, Komitmen PPA, Validitas Form CP, dan Imbalan. Maka dari itu, metode penelitian kuantitatif saja tidak cukup untuk menjawab pertanyaan penelitian mengenai factor-faktor yang memiliki pengaruh terhadap pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* . Peneliti memilih metode penelitian *mix-method* yang menggabungkan jenis penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif dengan desain *exploratory sequential*. Desain penelitian ini menerapkan dua metode penelitian secara berurutan, yaitu metode kuantitatif terjadi terlebih dahulu dan memiliki penekanan lebih besar dalam mengatasi tujuan penelitian, dan metode kualitatif mengikuti untuk membantu menjelaskan hasil kuantitatif. (Busdir, 2022; Fushen et al., 2022; Lipsky, 1980; Paat et al., 2022; Reny Widya Astuti , Alimin Maidin, 2018; Rogers, 1983; Subianto, 2020)(de Luc & Whittle, 2002; Mutiarasari et al., 2017; C. Whittle, 2009)



Gambar 1. 1 Kajian Masalah Penelitian

### 1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat dilihat pentingnya penerapan *Clinical Pathway* terhadap peningkatan mutu pelayanan Rumah sakit. Dari uraian diatas, penulis Menyusun beberapa pertanyaan penelitian, yaitu:

1. Bagaimana gambaran tingkat kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* pada rekam medik pasien di RS Islam Faisal Makassar?
2. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 1 ICPAT (Dimensi Validitas form *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
3. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 2 ICPAT (Dimensi Dokumentasi *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
4. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 3 ICPAT (Dimensi Pengembangan *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
5. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 4 ICPAT (Dimensi Penerapan *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
6. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 5 ICPAT (Dimensi Pemeliharaan *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
7. Bagaimana gambaran tingkat kesesuaian dimensi 6 ICPAT (Dimensi Peran Organisasi untuk *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar?
8. Apakah Regulasi mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar?
9. Apakah Dukungan Organisasi mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar?
10. Apakah Komitmen PPA mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar?
11. Apakah Format *Clinical Pathway* mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar?
12. Apakah Imbalan mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar?

### 1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah tersebut, dapat disimpulkan tujuan dari penelitian ini, yang terbagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus, diantaranya:

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk melakukan audit implementasi dan faktor-faktor yang memengaruhi *Clinical Pathway* untuk dilakukan pengembangan (continual improvement) di RS Islam Faisal Makassar.

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Memberikan gambaran tingkat kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* pada rekam medik pasien di RS Islam Faisal Makassar dalam bentuk presentase.
2. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 1 ICPAT (Dimensi Validitas form *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
3. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 2 ICPAT (Dimensi Dokumentasi *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
4. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 3 ICPAT (Dimensi Pengembangan *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
5. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 4 ICPAT (Dimensi Penerapan *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
6. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 5 ICPAT (Dimensi *Pemeliharaan Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
7. Memberikan gambaran tingkat kesesuaian dimensi 6 ICPAT (Dimensi Peran Organisasi untuk *Clinical Pathway*) di RS Islam Faisal Makassar.
8. Mengidentifikasi pengaruh Regulasi terhadap penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar.
9. Mengidentifikasi pengaruh Peran Organisasi terhadap penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar.
10. Mengidentifikasi pengaruh Komitmen PPA terhadap penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar.
11. Mengidentifikasi pengaruh Format *Clinical Pathway* terhadap penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar.
12. Mengidentifikasi pengaruh Imbalan terhadap penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal Makassar.

### 1.5 Manfaat Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang, permasalahan penelitian, dan tujuan penelitian yang telah disampaikan, maka diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat, baik manfaat keilmuan maupun manfaat terapan sebagaimana dijabarkan sebagai berikut:

#### 1.5.1 Manfaat Bagi Perkembangan Keilmuan

1. Memahami tingkat kesesuaian pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* RS Islam Faisal dengan ICPAT (Integrated *Clinical Pathway* Appraisal Tools)
2. Memahami pengatuh dari factor-faktor Regulasi, Peran Organisasi, Komitmen PPA, Valitidas Form CP, dan Imbalan terhadap implementasi *Clinical Pathway*

#### 1.5.2 Manfaat Bagi Instalasi/ Rumah Sakit

1. Menjadi pertimbangan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu dan kualitas rumah sakit melalui pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway*.
2. Menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan Rumah Sakit.

3. Masukan bagi professional pemberi asuhan dalam menerapkan *Clinical Pathway* pada pelayanan pasien sehingga tujuan terapi dapat tercapai dalam menurunkan angka mortalitas dan morbiditas.
4. Masukan bagi manajemen rumah sakit untuk mendukung pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* di rumah sakit
5. Mengoptimalkan peran *Clinical Pathway* sebagai alat kendali mutu kendali biaya di rumah sakit.

#### 1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti

1. Semua tahapan penelitian yang dilakukan serta dari hasil penelitian yang diperoleh dapat menjadi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan studi Magister Administrasi Rumah Sakit.
2. Menambah pengetahuan dan sarana mengimplementasikan pengetahuan bagi penulis mengenai pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway*.
3. Memperluas wawasan serta pengetahuan empirik penulis dalam bidang Manajemen Mutu di Rumah sakit.

#### 1.5.4 Manfaat Bagi Peneliti Lain

1. Memberikan inspirasi kepada penelitian lebih lanjut untuk menggunakan komponen penelitian ini.
2. Memperluas wawasan keilmuan dan pengetahuan mengenai *Clinical Pathway*. Serta sebagai bahan acuan, informasi, rujukan dan referensi yang diharapkan dapat menambah wawasan dan bahan bacaan bermanfaat bagi peneliti selanjutnya maupun masyarakat umum.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Good Clinical Governance**

*Good Clinical Governance* adalah mekanisme untuk melakukan peningkatan kualitas secara berkelanjutan pada pelayanan kesehatan dan menjaga standar pelayanan yang tinggi. Klinisi harus turut serta pada berbagai aktivitas kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan yang disediakan pada pasien dan memastikan akuntabilitas sistem pada pasien. Salah satu pilar *Good Clinical Governance* adalah efektifitas klinis. Efektifitas klinis adalah memastikan semua yang dilakukan menghasilkan luaran terbaik dari pasien, dengan prinsip “apa yang kita lakukan adalah hal yang tepat, pada orang yang tepat, pada waktu yang tepat, di tempat yang tepat”. *Clinical Pathway* adalah satu upaya yang dapat dilakukan untuk efektifitas klinis. *Clinical Pathway* berperan dalam mengurangi variasi dalam Tindakan medis untuk kondisi klinis yang sama guna mengurangi kemungkinan adanya medical error dan meningkatkan mutu pelayanan. (West, 1998)

#### **2.2 Clinical Pathway**

##### **2.2.1 Definisi Clinical Pathway**

*Clinical Pathway* adalah catatan medis yang merupakan alat monitoring pasien yang berisi Tindakan atau perawatan oleh gabungan dari tim multidisiplin (dokter, perawat, apoteker, dan dietisien). Luc,*et.al* menyebutkan 17 nama berberda yang digunakan untuk menjelaskan konsep *Clinical Pathway* . Istilah yang sering digunakan adalah *Critical Pathway*, *Integrated Care Pathway*, *Care Pathway*, dan *Care Map*. Selain itu, beberapa istilah yang juga digunakan adalah *Clinical Progressions*, *Clinical Outcomes*, *Care Protocol*, *Care Profile*, *Collaborative Care Plan*, *Coordinated Care Pathway*, *Anticipated Recovery Pathway*, dll. (Putri H et al., 2022)(C. L. Whittle et al., 2004) (Mutiarasari et al., 2017)(Vanhaecht et al., 2006)(De Bleser et al., 2006)

*Clinical Pathway* adalah salah satu metode dalam *patient-care management* sekelompok pasien tertentu selama periode waktu tertentu. CP mendefinisikan elemen kunci dan tujuan dari perawatan berdasarkan pedoman *Evidence Based Medicine* (EBM), *best practice*, dan ekspektasi/harapan pasien dengan memfasilitasi komunikasi, koordinasi, dan serangkaian aktivitas dari kelompok pelayanan multidisiplin, pasien, dan keluarga; dengan melakukan dokumentasi, monitoring, dan evaluasi variasi-variasi; dan menyediakan sumber daya dan hasil yang diperlukan. Tujuan dari *Clinical Pathway* adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi risiko, meningkatkan kepuasan pasien, serta meningkatkan efisiensi dan pemanfaatan sumberdaya.(De Bleser et al., 2006).

### 2.2.2 Manfaat *Clinical Pathway*

*Clinical Pathway* adalah alat yang diperlukan oleh semua penyedia layanan kesehatan untuk menerjemahkan praktik terbaik standar ke realitas operasional, dan memastikan bahwa semua pasien menerima perawatan terbaik, dengan sumber daya dan infrastruktur yang tersedia, serta populasi yang dilayani oleh unit layanan kesehatan tertentu. *Clinical Pathway* adalah pendekatan yang efektif dan efisien dalam standarisasi diagnosis, pengobatan, serta memfasilitasi pengambilan keputusan klinis.

Sebagai alat baku proses layanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, maka *Clinical Pathway* diharapkan:

1. Berpusat pada pasien (*Patient Centered*);
2. Bersifat multidisiplin;
3. Merupakan praktik terbaik untuk sebagian besar pasien di sebagian besar waktu;
4. Menjadi indikator perawatan yang dapat diterima pasien;
5. Memberikan petunjuk untuk melihat apakah tes/intervensi telah dilakukan dan hasilnya sesuai yang diharapkan.

Dengan demikian, *Clinical Pathway* berfungsi sebagai peta jalan berbasis bukti bagi dokter, berdampak positif pada kualitas perawatan yang diberikan kepada masing-masing pasien, alur kerja penyedia garis depan (mengurangi kesalahan), dan proses dalam organisasi perawatan kesehatan (meningkatkan efisiensi). Selain itu, jalur klinis dapat berkontribusi pada hasil keuangan yang positif dan dapat memengaruhi kemajuan misi strategis organisasi layanan kesehatan.

### 2.2.3 *Clinical Pathway* sebagai Alat Kendali Mutu Pelayanan Kesehatan

Indikator nasional mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu alat untuk menilai dan mengevaluasi pelayanan Kesehatan seperti tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Pengaturan Indikator Mutu digunakan sebagai acuan bagi Rumah Sakit dalam pelaksanaan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan Indikator Mutu yang ditetapkan.

Definisi indikator mutu menjadi acuan rumah sakit dalam mengukur dan mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan indikator mutu yang telah ditetapkan. Indikator mutu merupakan metrik untuk menilai pencapaian sasaran mutu dalam pelayanan kesehatan rumah sakit. Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal, diberikan sesuai standar pelayanan dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta memenuhi hak dan tanggung jawab pasien. Indikator mutu di rumah sakit, dalam PMK No. 30 Tahun 2022 Pasal 3 terdiri atas 13 indikator, salah satunya adalah kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* .(Peraturan Pemerintah, 2021)

## 2.2.4 Pengembangan *Clinical Pathway*

*Clinical Pathway* merupakan salah satu bagian penting yang berupa dokumen dan alat dalam mewujudkan Clinical Governance di Rumah Sakit. *Clinical Pathway* merupakan salah satu syarat dalam akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.

Pemilihan topik atau diagnosis untuk sebuah *Clinical Pathway* harus merupakan setting klinis yang memenuhi beberapa kriteria seperti *high volume/* kasus terbanyak, *high risk/* pelayanan berisiko tinggi, *high cost/* berbiaya tinggi, *problem prone/* mudah menimbulkan masalah dan *multidisciplinary/* melibatkan banyak bagian yang terlibat aktif dalam penanganan pasien. (Mutiarasari et al., 2017) (Ketut Gunawan & S. Pantja Djati, 2011) (KARS, 2015)

Proses Pengembangan *Clinical Pathway* Ada 8 langkah dalam pengembangan Integrated Care Pathway (ICP), yaitu: (Mutiarasari et al., 2017)

13. Keputusan untuk mengembangkan CP
14. Identifikasi stakeholder dan pimpinan
15. Identifikasi tanggung jawab dan pimpinan tim
16. Pemetaan proses
17. Audit awal dan pengumpulan data
18. Pengembangan isi CP
19. Uji coba dan penerapan
20. Review CP secara teratur

Meskipun peningkatan penggunaan Clinical Pathway sebagai strategi untuk meningkatkan hasil pasien dan sistem di rumah sakit, masih ada tantangan yang terus berlanjut dalam konseptualisasi, implementasi, dan evaluasinya. Dalam sebuah artikel yang diterbitkan di Klinik Pediatrik Amerika Utara, penulis menguraikan lima karakteristik kunci dari jalur klinis yang berhasil:

1. Bersifat interdisipliner dan multidisiplin;
2. Berlaku di seluruh kontinum perawatan;
3. Panduan alur dan bukti;
4. Menyertakan pengukuran outcome;
5. Selaras dengan tujuan strategis lembaga.

Keberhasilan implementasi CP sangat bergantung pada keikutsertaan PPA dan manajer. *Engagement* dari seluruh petugas yang berkaitan penting untuk memastikan tujuan tercapai (dari penyusunan, implementasi, dan pemeliharaan).

Beberapa hambatan yang berpengaruh terhadap CP dapat terjadi pada tingkatan petugas (PPA atau manajemen), atau pada tingkatan organisasi (manajemen, sumberdaya, finansial, atau struktur institusional), atau bahkan dari factor eksternal. Berfokus pada hambatan yang berkaitan dengan PPA, diantaranya: (Braithwaite, 2018)

1. Kurangnya kesadaran dan familiaritas
2. Kurang applicable
3. Perbedaan informasi dari guideline yang berbeda
4. Kurangnya ekspektasi hasil

5. CP dianggap dipaksakan secara eksternal, lebih ditujukan pada alasan manajemen seperti pembatasan cost, dibanding dengan peningkatan luaran/ outcome pasien.

### 2.2.5 Penerapan *Clinical Pathway*

*Clinical Pathway* membantu pasien dengan kondisi atau diagnosis tertentu untuk secara progresif melalui pengalaman klinis menuju hasil yang diinginkan. Sebuah tim multidisiplin dibentuk untuk menyusun *Clinical Pathway* yang terdiri dari dokter, perawat dan profesional kesehatan medis lainnya, tergantung pada kasus *Clinical Pathway* tersebut.

Penerapan *Clinical Pathway* dapat menjadikan pelayanan kesehatan terorganisir dan dapat mendorong klinisi untuk mengambil keputusan manajemen berbasis bukti serta membutuhkan sumber daya medis yang lebih sedikit sehingga tidak ada hambatan lagi dalam pengembangan pelayanan kesehatan pasien. (Mutiarasari et al., 2017)

### 2.2.6 Evaluasi *Clinical Pathway*

*Clinical Pathway* memiliki format umum yang terdiri dari 6 komponen analisis, yaitu *initial assessment, support, follow-up assessment, education, management, dan outcome*. (Fushen et al., 2022)

Alat penilaian jalur klinis yang baik harus memiliki karakteristik sebagai berikut, komitmen organisasi, path project management, pemahaman konsep *Clinical Pathway*, format dokumen, isi *Clinical Pathway*, keterlibatan multidisiplin ilmu, manajemen keragaman, kedokteran berbasis bukti sebagai pedoman, pemeliharaan *Clinical Pathway*, akuntabilitas, keterlibatan pasien, pengembangan *Clinical Pathway*, dukungan tambahan untuk sistem dan dokumentasi, pengaturan operasional, implementasi, manajemen hasil, dan keamanan. (Mutiarasari et al., 2017)

Tabel 2. 1 Analisis mendalam karakteristik umum dari 7 alat audit CP

Clinical pathway audit tool	Reference	Country or locality of origin	Year of development	Source	No. of domains	Total no. of items*	Validation	Scoring system	Total score	Pathway score compared with patient outcomes†
Clinical Path Assessment	Blower & Zander, 2000 [33]	USA	2000	EPA	11	44	No	1-4 scale	score per domain	no
ICP Analysis Sheet	Bryson & Browning, 1999 [20]	Scotland	1998	Smartgroup	28	101	No	Yes/No/Not Applicable	score per item	no
ICP Evaluation Form	Jones, 2002 [28]	Wales	2002	Smartgroup	5	38	No	Yes/No	score per domain	no
ICP Key Elements Checklist	Croncher, 2005 [26]	England	2005	Literature	14	14	No	Yes/No	overall score	no
ICPAT	Whittle et al., 2004 [24]	England	1999	Literature	6	99	Yes	Yes/No/Not Sure/Not Applicable	score per domain	no

Quality Assurance Template Pathway Development/ Practice Standard	McSherry et al., 2003 [25]	England	2001	Literature	4	24	No	0-4 scale	score per domain	no
Template For Clinical Pathway Design	Mallock & Braithwaite, 2005 [32]	Australia	2005	EPA / Literature	5	20	No	Yes/No	score per domain	no

\* Number of domains or items as defined by the author(s) of the tool

Sumber: (Vanhaecht et al., 2006)

Penelitian oleh Kris Vanhaecht, Karel De Witte, Walter Sermeus dalam *Clinical Pathway Audit Tools: A Systematic Review* menunjukkan bahwa terdapat beberapa alat yang dikembangkan untuk melakukan evaluasi terhadap CP (*audit tools*), beberapa tools yang diteliti diantaranya (1) *Integrated Care Pathway Appraisal Tool* (ICPAT), (2) *Quality Assurance Template* (QAT) – *Pathway Development/Practice Standard*, (3) *Integrated Care Pathway Key Elements Checklist*, (4) *ICP evaluation form*, (5) *ICP analysis sheet*, (6) *Template for Clinical Pathway Design*, dan (7) *Clinical Path Assessment*. Dari semua alat pengukuran tersebut, hanya ICPAT yang berfokus pada implementasi Pathway, dan hanya ICPAT yang sudah di uji validasi. (Vanhaecht et al., 2006)

### 2.2.7 *Integrated Clinical Pathway Assessment Tools* (ICPAT)

Alat Penilaian Jalur Perawatan Terpadu (ICPAT) telah dikembangkan sejak tahun 1999 dan telah divalidasi oleh Whittle et al. (Inggris) dengan dukungan dari Kemitraan untuk Mengembangkan Kualitas, Badan Retribusi Regional West Midlands. Ini didasarkan pada desain yang mirip dengan *Instrumen Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE). Keenam dimensi ICPAT memiliki konsistensi internal yang baik, dengan alpha Cronbach berkisar antara 0,77 hingga 0,96. Kesepakatan antar penilai juga baik, dengan korelasi antar kelas berkisar antara 0,63 hingga 0,99. Sebagian besar item berkorelasi dengan dimensi yang sesuai. ICPAT saat ini sedang digunakan dan menjalani pengembangan dan validasi lebih lanjut. Penggunaan ICPAT di masa depan termasuk memfasilitasi komisi layanan, menilai tata kelola klinis, membimbing pengembang jalur pemula, dan mengembangkan jalur elektronik. (Vanhaecht et al., 2006)

Whittle menjelaskan klasifikasi evaluasi ICPAT dengan menggunakan skor persentase. Jika didapatkan hasil penilaian <50%, maka dikategorikan kedalam kriteria buruk. Jika terdapat diantara 50-75%, maka termasuk dalam kategori moderat, dan jika hasil penilaian berada >75%, maka termasuk kateria baik.

Keenam dimensi ICPAT tersebut adalah:(C. Whittle, 2009)

- a. Dimensi 1 (Dimensi Validitas Form CP). Dimensi ini menentukan apakah formulir yang akan dievaluasi adalah *Clinical Pathway* (CP) atau bukan, kemudian dievaluasi item konten dan mutu.
- b. Dimensi 2 (Dimensi Dokumentasi CP). Mengevaluasi proses dokumentasi *Clinical Pathway*. Dimensi ini mencakup 23 item konten, termasuk yang terkait dengan ketelitian (nomor halaman, singkatan, tanggal kajian, dan penyimpanan), keterlibatan pengguna layanan, pelaporan varian, dan item yang berkaitan dengan dasar bukti *Clinical Pathway*. Empat item karakteristik kualitas mengidentifikasi kesepakatan dengan hasil *Clinical Pathway* dan mengidentifikasi adanya perbedaan dalam hal keterlibatan pengguna layanan. *Clinical Pathway* ini dapat mencatat kepatuhan dan ketidakpatuhan sesuai standar yang berlaku.
- c. Dimensi 3 (Dimensi Pengembangan CP). Mengevaluasi proses pengembangan *Clinical Pathway*. Dimensi ini berkaitan dengan proses pengembangan yang meliputi kajian literatur dan data bukti uji coba, audit dan evaluasi, serta keikutsertaan pengguna (PPA) yang memiliki catatan selama proses pengembangan. Pengujian *Clinical Pathway* dilakukan untuk pasien rawat inap di rumah sakit. Proses pengembangan *Clinical Pathway* sama pentingnya dengan *Clinical Pathway* yang dibuat, karena *Clinical Pathway* merupakan alat yang digunakan untuk mengevaluasi asuhan yang diberikan dan meningkatkan mutu pelayanan.
- d. Dimensi 4 (Dimensi Penerapan CP): Mengevaluasi penerapan *Clinical Pathway*. Pertanyaan pada dimensi ini disusun untuk mengetahui apakah persiapan yang dilakukan sebelum penerapan *Clinical Pathway* sudah memenuhi standar, sehingga penerapan *Clinical Pathway* dapat berjalan teratur, efektif, berbasis bukti dan berkesinambungan. Beberapa hal yang dilihat pada dimensi ini diantaranya, pelatihan untuk pengguna, hubungan manajemen pengguna, risiko selama implementasi.
- e. Dimensi 5 (Dimensi Pemeliharaan CP): Menilai pemeliharaan *Clinical Pathway*. Salah satu faktor terpenting dalam penggunaan *Clinical Pathway* adalah pemeliharaan *Clinical Pathway* dengan mensyaratkan *Clinical Pathway* berfungsi sebagai alat dinamis yang dapat merespon masukan pasien, staf, dan klinisi, serta referensi terbaru sehingga konten dan mutu *Clinical Pathway* perlu ditinjau secara berkala.
- f. Dimensi 6 (Dimensi Peran Organisasi untuk CP): Mengevaluasi peran organisasi, dalam konteks rumah sakit. Dalam proses penerapan dan penggunaan *Clinical Pathway*, dukungan organisasi merupakan salah satu hal yang sangat penting. Peran organisasi berhubungan dengan tata Kelola klinis, kepemimpinan klinis, dan hubungan manajemen dengan sistem kelembagaan lainnya.

## 2.3 Rumah Sakit

### 2.3.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar Akreditasi. (Peraturan Pemerintah no.47, 2021) (PMK 30 th2022)

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit didefinisikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perserorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tujuan rumah sakit, seperti yang dinyatakan dalam deskripsi rumah sakit dan fungsinya, adalah untuk melayani pasien yang terisolasi dari keluarga dan masyarakat sekitar dan untuk menawarkan layanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat, baik preventif maupun kuratif. Selain menjadi rumah bagi mereka, fasilitas kesehatan ini juga berfungsi sebagai tempat penelitian biososial dan rumah sakit pendidikan bagi para profesional medis. (Dewan Perwakilan Rakyat RI, 2023)

### 2.3.2 Tujuan dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang- Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, disebutkan bahwa Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik, pelayanan kesehatan dasar dan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan serta menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. (Dewan Perwakilan Rakyat RI, 2023)

### 2.3.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus. Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus ditetapkan klasifikasinya oleh pemerintah berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia. . (Peraturan Pemerintah no.47, 2021)

Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

- a. Rumah Sakit umum kelas A;
- b. Rumah Sakit umum kelas B;
- c. Rumah Sakit umum kelas C; dan
- d. Rumah Sakit umum kelas D.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas:

- a. Rumah Sakit khusus kelas A;
- b. Rumah Sakit khusus kelas B; dan
- c. Rumah Sakit khusus kelas C.

#### 2.3.4 Kewajiban Rumah Sakit

Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban berupa: (Peraturan Pemerintah no.47, 2021)

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan Pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana cian prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, Wanita menyusri, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perund ang-urrdangan ;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasicn;
- m. menghormati dan melindungi hak Pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## 2.4 Implementasi

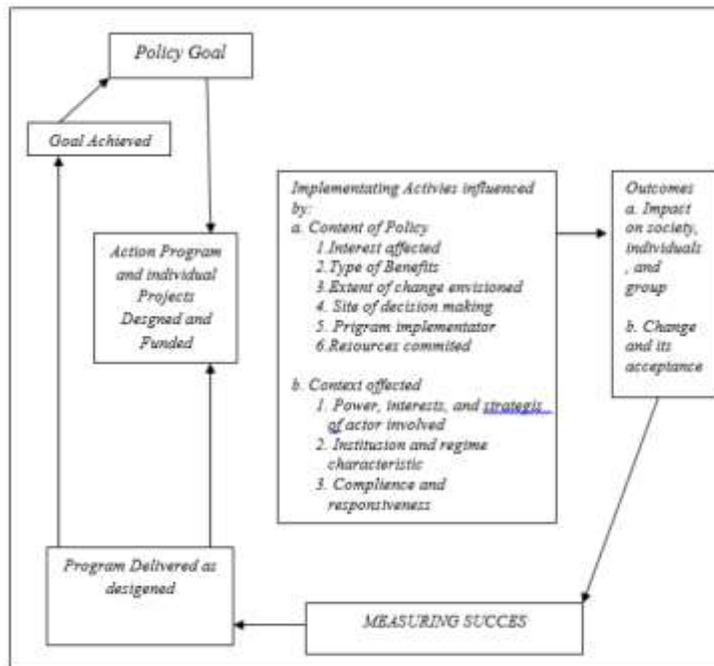
Implementasi merupakan tahap yang sangat menentukan dalam proses kebijakan karena tanpa implementasi yang efektif maka keputusan pembuat kebijakan tidak akan berhasil dilaksanakan. Implementasi kebijakan merupakan aktivitas yang terlihat setelah adanya pengarahannya yang sah dari suatu kebijakan yang meliputi upaya mengelola input untuk menghasilkan output atau outcomes bagi masyarakat. Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, kemudian program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap untuk proses pelaksanaannya dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran atau tujuan kebijakan yang diinginkan. Kebijakan biasanya berisi suatu program untuk mencapai tujuan, nilai-nilai yang dilakukan melalui tindakan-tindakan yang terarah. Apabila program atau kebijakan sudah dibuat maka program tersebut harus dilakukan oleh para mobiliasor atau para aparat yang berkepentingan.

Suatu Kebijakan yang telah dirumuskan tentunya memiliki tujuan-tujuan atau target-target yang ingin dicapai. Pencapaian target baru akan terealisasi jika kebijakan tersebut telah diimplementasikan, dengan demikian dapat dikatakan bahwa implementasi kebijakan adalah tahapan yang paling penting dalam proses kebijakan bahkan jauh lebih penting daripada proses pembuatan kebijakan. (Trining Dyah)

### 2.3.1 Model Proses Administratif dan Politik oleh Marille S. Grindle

Berdasarkan definisi "implementation" dari Grindle, sebagaimana model konseptual dan kerangka pemikiran implementasi sebagai proses politik dan proses administrasi. Kerangka pemikiran tersebut disusun atas jawaban dua pertanyaan pokok, khususnya di negara berkembang pada umumnya. Pertanyaan pertama mengenai "Content" (isi) dari program itu sendiri, dan mengenai "Context" (kondisi lingkungan) yang memiliki kaitan pengaruh atau hubungan terhadap implementasi. Berdasarkan frame-work tersebut, Grindle mengemukakan Model Implementasi sebagai berikut: (Subianto, 2020).

Gambar 2. 1 Model Proses Administratif dan Politik oleh Marille S.Grindle  
Sumber:(Subianto, 2020)



Gambar tersebut menjelaskan bahwa implementasi kebijakan ditentukan oleh 2 variabel yang masing-masing memiliki parameter/ unsur, yaitu:

1. Variabel Konten

- a. *Interest Affected* (pihak yang kepentingannya dipengaruhi). Kebijakan yang dibuat membawa pengaruh terhadap proses politik yang di “stimuli” oleh aktivitas perumusan kebijakan.
- b. *Type of Benefits* (manfaat yang diperoleh). Program yang menyediakan manfaat kolektif, dapat lebih mudah untuk diimplementasikan. Program yang hanya memberi manfaat dan dapat dibagi habis serta bersifat partikularistik/khusus dapat mempertajam konflik.
- c. *Extent of Change Envisioned* (jangkauan yang diharapkan). Program dalam jangka panjang, atau menuntut perubahan pelaku, cenderung mengalami kesulitan implementasinya.
- d. *Site of Decision Making* (letak pengambilan keputusan). Semakin tersebar implementor (secara geografis, organisasi), maka semakin sulit diimplementasikan.
- e. *Program Implementor* (pelaksana program). Kualitas dari pelaksana program mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi.
- f. *Resources Comitted* (sumber-sumber yang dapat dialokasikan). Ketersediaan sumber daya yang memadai dapat mendukung implementasi program.

## 2. Variabel konteks

- a. *Power, Interest and Strategies of Actor Involved* (kekuasaan, kepentingan serta strategi dari para aktor yang terlibat). Keterlibatan para pihak ditentukan oleh isi serta bentuk dari program yang diadministrasikan.
- b. *Institution and Regime Characteristics* (ciri-ciri kelembagaan/rezim). Kemampuan atau kekuasaan dari para pihak yang terlibat dan karakteristik dari rezim dimana berinteraksi, memudahkan penilaian terhadap tingkat peluang untuk mewujudkan tujuan kebijakan atau program.
- c. *Compliance and Responsiveness* (responsi dan daya tanggap). Pejabat pelaksana harus fokus pada: bagaimana mewujudkan konsistensi tujuan dalam kebijakan. Mereka harus mampu untuk merubah sikap menentang dari yang dirugikan oleh kebijakan atau program menjadi menerima.

### 2.3.2 Model Transaksional oleh Donald P. Warwick

Donald P. Warwick mengemukakan bahwa untuk dapat memahami beragam persoalan pada tahap pelaksanaan suatu rencana atau kebijakan, hubungan antara perencanaan dan implementasi tidak dapat diabaikan. Tahap perencanaan tidak dapat diartikan sebagai proses yang terpisah dengan pelaksanaannya. Pada tahap implementasi beragam kekuatan akan berpengaruh sebagai faktor yang mendorong, memperlancar ataupun kekuatan yang menghambat atau memacetkan pelaksanaan dari suatu program.

Kemampuan perencana meliputi 4 aspek utama, yaitu:

Tahap implementasi kebijakan meliputi 2 kategori faktor yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi, yaitu:

1. Kondisi-kondisi atau faktor pendorong (*facilitating conditions for implementation*)
  - a. Regulasi sebagai bentuk komitmen pimpinan politik dalam praktik: utamanya komitmen dari pimpinan pemerintah, karena pimpinan pemerintah hakekatnya tercakup dalam pimpinan politik yang berkuasa. Bidang perumahasakitan juga memiliki pimpinan, pemimpin dapat diartikan sebagai pimpinan puncak (*Top Management*), yaitu Direktur Rumah Sakit atau wakilnya. Pimpinan puncak berkewenangan untuk membuat dan merumuskan konsep yang akan dikembangkan pada tingkat manajemen di bawahnya, salah satunya membuat aturan dalam bentuk regulasi. Beberapa bentuk regulasi yang ada di Rumah Sakit, khususnya dalam rangka penerapan *Clinical Pathway* adalah SOP (sebagai panduan bagi PPA dalam melaksanakan pelayanan Kesehatan khususnya dalam penerapan CP), SK penugasan (sebagai bukti pelimpahan kewenangan dalam hal ini yang terkait dengan CP), sosialisasi/ pelatihan (khususnya CP). (KARS, 2015)
  - b. Peran organisasi: tahap implementasi program atau proyek, hakekatnya dapat dimaknai sebagai kemampuan guna melaksanakan tugas yang

seharusnya, sebagaimana telah ditetapkan atau dibebankan pada salah satu unit organisasi. Peran organisasi atau dukungan dari manajemen, dalam hal ini manajemen menengah (*middle management*), dapat berupa komunikasi, monitoring, dan evaluasi. Manajemen menengah bertugas mengembangkan rencanarencana pada tingkatan yang lebih tinggi, namun tetap sesuai dengan tujuan kemudian melaporkannya kepada manajemen puncak kembali. Manajemen menengah harus memiliki keahlian interpersonal / manusiawi, artinya keahlian untuk berkomunikasi, bekerjasama dan memotivasi orang lain dengan sangat baik. Peran organisasi menurut Whittle terkait dengan hubungan CP dengan tata kelola klinis. Proses yang dilihat yaitu dari dokumentasi CP, perencanaan CP, pemeliharaan CP, dan pengembangan CP dalam konteks strategi organisasi, manajemen, dan hubungan dengan sistem organisasi lainnya. (C. Whittle, 2009)

- c. Komitmen pelaksana (implementors): salah satu asumsi yang kerap kali keliru, yakni apabila pimpinan telah siap untuk bergerak, maka bawahan akan mengikuti. Realitas bahwa kesediaan dan kemauan bawahan untuk mengerjakan dan melaksanakan suatu kebijakan yang telah disetujui bervariasi dan mempengaruhi pelaksanaan kebijakan itu sendiri. Pelaksana di Rumah Sakit adalah Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Menurut Allen dan Meyer, Komitmen dapat dibagi menjadi 3 komponen dasar, yaitu komitmen afektif (*affective commitment*), komitmen berkelanjutan (*continuance commitment*), dan komitmen normatif (*normative commitment*). Komitmen afektif berkaitan dengan pengaruh emosional pelaksana, dan keturutsertaannya dalam hal tersebut dilakukan karena keinginan sendiri (*want to do so*). Komitmen berkelanjutan berkaitan dengan kesadaran dengan efek/ konsekuensi yang ditimbulkan jika tidak dilakukan, sehingga keturutsertaannya dalam hal tersebut dilakukan karena dianggap perlu untuk dilakukan (*need to do so*). Komitmen normatif mencerminkan sikap patuh terhadap kelanjutan implementasi, sehingga keturutsertaannya dalam hal tersebut dilakukan karena dianggap harus untuk dilakukan (*ought to do so*). (Natalie J. Allen, 1991)
2. Kondisi atau faktor penghambat. Adapun factor-faktor yang secara teoritik menimbulkan hambatan terhadap implementasi program pembangunan, yakni:
    - a. Banyaknya 'pemain' (*actors*) yang terlibat. Semakin banyak pihak yang terlibat serta ikut mempengaruhi implementasi, maka semakin rumit komunikasi dalam proses pengambilan keputusan, sehingga semakin besar potensi terjadinya '*delay*' hambatan dalam proses implementasi.
    - b. Terdapatnya komitmen atau loyalitas ganda. Dalam banyak kasus, pihak yang terlibat serta ikut menentukan dalam proyek-proyek pembangunan, telah menyetujui suatu proyek, kan tetapi implementasinya mengalami penundaan karena adanya komitmen terhadap proyek atau program lainnya. Seringkali seseorang yang seharusnya berperan untuk keberhasilan proyek tersebut, tidak memiliki cukup perhatian, hanya

semata-mata karena tidak memiliki cukup waktu, mengingat seluruh waktunya habis untuk tugas-tugas lainnya.

- c. Kerumitan yang melekat pada proyek itu sendiri (*intrinsic-complexity*). Dalam hal ini berupa faktor teknis (*technical complexity*), pengadaan bahan (*supply complexity*) dan faktor perilaku pelaksanaan atau masyarakat (*behavioral complexity*).
- d. Jenjang pengambilan keputusan yang terlalu banyak. Semakin banyak jenjang serta letak pengambilan keputusan, diperlukan untuk persetujuan sebelum rencana proyek dilaksanakan. Demikian pula pada tahap operasional, penyaluran serta kontribusi yang dibutuhkan, memerlukan banyak waktu, karena membutuhkan persetujuan dari berbagai pihak.
- e. Faktor lain: Waktu dan perubahan kepemimpinan. Semakin panjang waktu yang diperlukan mulai tahap penyusunan rencana dengan pelaksanaan, maka semakin besar kemungkinan implementasi menghadapi hambatan, terlebih apabila terjadi perubahan kebijakan.

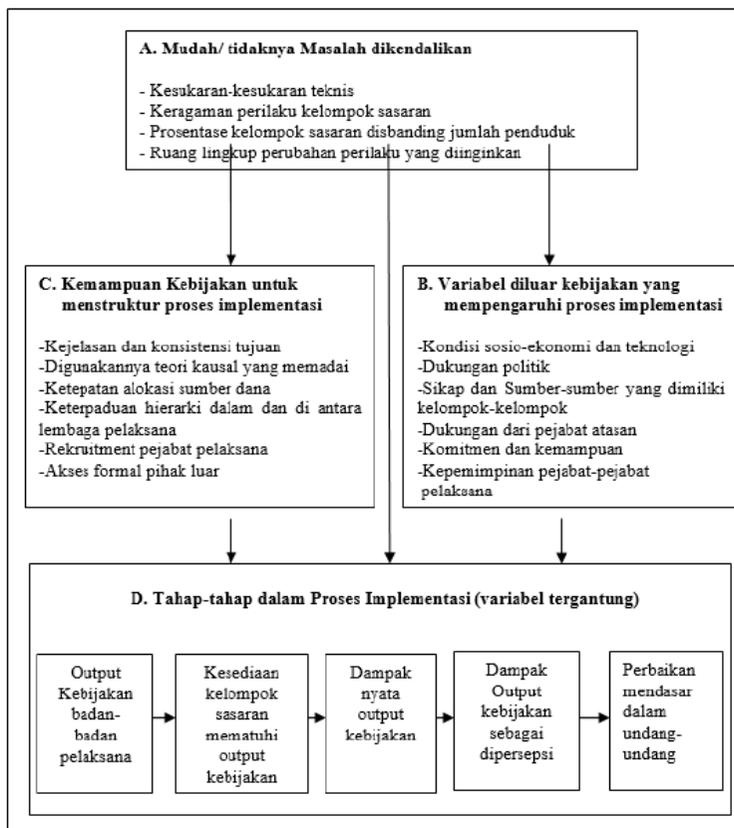
### 2.3.3 Model Analisis Implementasi oleh Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Kedua ahli mengemukakan bahwa unsur penting dari analisis implementasi kebijakan adalah melakukan identifikasi variabel yang dapat mempengaruhi tercapainya tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel-variabel tersebut diklasifikasikan menjadi tiga kategori/aspek, yakni:

- (1). Mudah tidaknya permasalahan dikendalikan.
- (2). Kemampuan kebijakan untuk menstruktur proses implementasi
- (3). Pengaruh langsung pada berbagai variabel politik terhadap keseimbangan dukungan terhadap tujuan yang ditetapkan dalam kebijakan.

Gambaran kerangka konseptual (*frame work*) proses implementasi kebijakan sebagaimana gambar berikut:

Gambar 2. 2 Variabel-variabel Proses Implementasi Kebijakan oleh P. Sabatier & Mazmanian (Subianto, 2020)



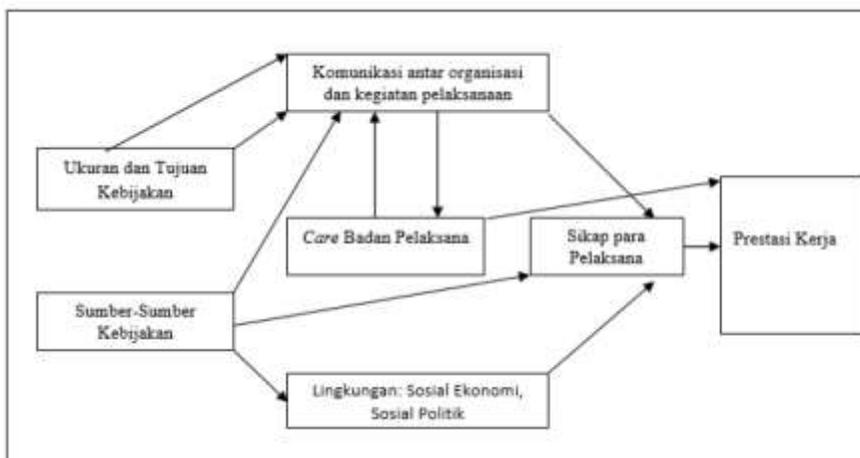
#### 2.3.4 Model Proses Implementasi oleh Van Metter dan Van Horn

Van Metter dan Van Horn dalam teorinya berawal dari argumentasi bahwa perbedaan dalam proses implementasi dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang dilaksanakan. Selanjutnya mereka menawarkan pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi serta suatu model konseptual yang menghubungkan antara kebijakan dengan prestasi kerja (*performance*). Mereka menegaskan bahwa 'perubahan, control, dan kepatuhan bertindak' merupakan konsep penting dalam prosedur implementasi.

Kedua ahli tersebut mengemukakan bahwa tahapan yang menghubungkan antara kebijakan dan prestasi kerja dipisahkan oleh sejumlah variabel bebas (*independent variable*) yang saling berhubungan, diantaranya:

1. Ukuran dan Tujuan Kebijakan.
2. Sumber-sumber Kebijakan.
3. Ciri-ciri atau karakteristik Badan/Instansi Pelaksana.
4. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan.
5. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

Gambar 2. 3 Model Implementasi Kebijakan oleh Van Meter &amp; Van Horn



Sumber:(Subianto, 2020)

### 2.3.5 Model Implementasi Masalah Kebijakan oleh George C. Edwards III

Edwards III menguraikan beberapa pendekatan terhadap studi implementasi dari beberapa ahli, seperti Case Study Approach dari Merille S. Grindle, pendekatan berdasarkan analisis keputusan oleh Graham Allison dalam bukunya *'Essence of Decision'* (1971), pendekatan berdasarkan analisis keputusan oleh Graham Allison dalam bukunya Donald Van Carl Van Horn, dan Paul Sabatier dan Daniel Mazmanian. Berdasarkan latar belakang pendapat para ahli tersebut diatas, Edward III mengemukakan dua pertanyaan pokok, yaitu hal-hal apa saja yang merupakan prasyarat bagi suatu implementasi yang berhasil? Dan Apa saja yang menjadi penghambat utama terhadap keberhasilan implementasi? Berdasarkan kedua pertanyaan tersebut, maka dirumuskan empat faktor atau variabel yang merupakan syarat-syarat terpenting guna berhasilnya proses implementasi. Keempat faktor tersebut yakni:

1. Komunikasi. Suatu program hanya dapat diimplementasikan dengan baik, jika jelas bagi pelaksana. Hal ini menyangkut proses penyampaian informasi atau transmisi, kejelasan informasi (clarity) serta konsentrasi informasi yang disampaikan.
2. *Resources* (Sumber Daya). Mencakup empat komponen yakni, Staff yang cukup (kuantitas & kualitas); informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan; *Authority* (kewenangan) guna melaksanakan tugas dan tanggung-jawab serta fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan.
3. Disposisi. Merupakan sikap dan komitmen dari pelaksana terhadap program, khususnya dari mereka yang menjadi implementor, dalam hal ini terutama adalah aparatur birokrasi.

4. Struktur Birokrasi. Terdapatnya suatu SOP (*Standard Operating Procedures*), tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan program. Jika hal ini tidak ada, maka sulit untuk mencapai hasil yang memuaskan, karena penyelesaian masalah bersifat ad-hoc, memerlukan penanganan dan penyelesaian khusus tanpa pola yang standar. Fragmentasi yang sering terdapat di dalam organisasi harus dihindari dan diatasi melalui sistem koordinasi.

#### 2.3.6 Model Top Down oleh Brian. W. Hogwood dan Lewis A. Gunn

Model ini oleh para ahli disebut "*top down approach*". Menurut Hogwood dan Gunn (1984), untuk mengimplementasikan kebijakan publik secara sempurna (*Perfect Implementation*), dibutuhkan persyaratan tertentu sebagai berikut:

- a. Kondisi Eksternal yang dihadapi oleh Badan/Institusi Pelaksana tidak akan menimbulkan Gangguan/Kendala yang serius.
- b. Untuk Pelaksanaan Program Tersedia Waktu dan Sumber-sumber yang Cukup Memadai
- c. Perpaduan Sumber-sumber yang Diperlukan Benar-benar Tersedia
- d. Kebijakan Yang Akan Diimplementasikan Didasari Oleh Suatu Hubungan Kausal Yang Andal .
- e. Hubungan Kausalitas Bersifat Langsung Dan Hanya Sedikit Mata Rantai Penghubungnya.
- f. Hubungan Saling Ketergantungan Harus Kecil.
- g. Pemahaman Yang Mendalam Dan Kesepakatan Terhadap Tujuan
- h. Tugas-Tugas Diperinci dan Ditempatkan Dalam Urutan Yang Tepat
- i. Komunikasi Dan Koordinasi Yang Sempurna
- j. Pihak-pihak Yang Memiliki Wewenang Kekuasaan Dapat Menuntut Dan Mendapatkan Kepatuhan Yang Sempurna.

#### 2.3.7 Model Analisis Problem Perkotaan oleh Gordon Chase

Gordon mengidentifikasi 44 faktor yang potensial sebagai sumber yang mungkin timbul dari setiap proses implementasi program pelayanan kepada masyarakat. Hambatan utama dalam implementasi program pelayanan pada masyarakat dapat dibedakan dalam 3 kategori, yaitu (1) permasalahan yang timbul karena kebutuhan operasional yang melekat pada program tersebut, (2) permasalahan yang timbul terkait dengan sumber daya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program dan (3) permasalahan lain yang timbul karena terkait dengan organisasi atau birokrasi lainnya, yang diperlukan dukungan, bantuan dan persetujuannya guna pelaksanaan program tersebut.

### 2.3.8 Model Dampak Kebijakan oleh Thomas J. Cook dan Frank P. Schioli, Jr.

Program	Objectives	Activities	Effectiveness Criteria	Impacts									
P1	01	A1	M1	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>I</td> <td>U</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td>P1</td> <td>PU</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>S1</td> <td>SU</td> </tr> </table>		I	U	P	P1	PU	S	S1	SU
			I		U								
		P	P1		PU								
	S	S1	SU										
	A2	M2											
	A3	M3											
	02	A4	M5										
			M6										
		A5	M7										
	03	A6	M8										
			M9										
		M10											
		M11											

Where: P: Primary Impact (P); S: Secondary Impact (P); I: Intended Impact (S);  
U: Un-Intended Impact (S)

Gambar 2. 4 Model Dampak Kebijakan oleh Thomas J. Cook dan Frank P. Schioli, Jr.  
Sumber: (Subianto, 2020)

Policy impact model dijabarkan pada gambar 8, bahwa kerangka analisis dampak atau hasil dari suatu kebijakan dalam suatu *policy research*, hal ini perlu diketahui dan dipahami: pertama, 'apa' yang menjadi program dari kebijakan yang akan dievaluasi; kedua, setelah program diketahui, maka dapat dirumuskan dengan tepat 'apa' yang menjadi tujuan dari kebijakan tersebut. Oleh karena itu, apabila tujuan kebijakan belum dirumuskan dengan benar, maka *public policy evaluation research* yang dilaksanakan tidak akan mencapai hasil atau sasaran diharapkan; ketiga, setelah 'apa' yang menjadi tujuan dari kebijakan atau program dirumuskan, maka tahap berikutnya yakni penentuan langkah-langkah aktivitas 'apa' yang perlu dan telah dilakukan; keempat, berdasarkan aktivitas yang dilakukan tersebut, kemudian diformulasikan guna mengukur tingkat efektif tidaknya suatu dampak atau hasil 'apa' yang telah dicapai dari kebijakan atau program tersebut, baik dampak yang diharapkan maupun dampak yang tidak diharapkan/tidak diinginkan (*Intended and unintended impact*).

### 2.3.9 Street-level Bureaucracy menurut Michael Lipsky

Michael Lipsky dalam karyanya yang terkenal "*Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*" mengemukakan teori implementasi level mikro yang dikenal sebagai "*street-level bureaucracy*". Menurut Lipsky, implementasi kebijakan publik di tingkat mikro, terutama oleh para birokrat atau pelaksana kebijakan publik di lapangan (*street-level bureaucrats*), melibatkan sejumlah dilema dan tantangan yang unik. Beberapa konsep kunci dalam teori implementasi level mikro Lipsky adalah sebagai berikut:

1. *Discretion/* kewenangan. Lipsky mengemukakan bahwa para *street-level bureaucrats*, sebagai pelaksana kebijakan publik di tingkat mikro, sering kali menggunakan "discretion" atau kewenangan dalam menjalankan kebijakan publik. *Discretion* memberikan kebebasan kepada para pelaksana untuk membuat keputusan lokal yang dapat mempengaruhi hasil implementasi kebijakan publik, tergantung pada situasi yang dihadapi.
2. Tantangan Dalam Implementasi. Lipsky mengidentifikasi sejumlah tantangan yang dihadapi oleh para *street-level bureaucrats*, seperti kompleksitas tugas tanpa pedoman yang jelas, dan sumber daya terbatas.
3. Komunikasi dengan masyarakat atau pelaksana kebijakan. Lipsky menekankan bahwa para *street-level bureaucrats* berinteraksi langsung dengan masyarakat atau pelaksana dalam menjalankan kebijakan. Interaksi ini melibatkan komunikasi, negosiasi, dan hubungan antara pelaksana, yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan publik di tingkat mikro.
4. Faktor eksternal. Lipsky menyoroti pentingnya konteks lokal dalam implementasi kebijakan publik di tingkat mikro. Faktor-faktor lokal, seperti norma, nilai, budaya, dan kondisi fisik daerah implementasi, dapat mempengaruhi bagaimana kebijakan publik dijalankan dan direspon oleh para pelaksana dan masyarakat. (Lipsky, 1980)

#### 2.3.10 Teori *Principal Agent* menurut William A. Niskanen

Niskanen adalah seorang ekonom yang dikenal karena karyanya dalam ekonomi publik dan teori kebijakan publik, terutama dalam konteks teori agensi (*agency theory*) yang berkaitan dengan hubungan prinsipal-agen atau hubungan antara pemberi mandat (prinsipal) dan pelaksana mandat (agen).

Dalam karyanya yang berjudul "*Bureaucracy and Representative Government*", Niskanen mengemukakan mengenai teori mikro implementasi, yaitu teori agensi yang berfokus pada perilaku birokrasi pemerintah sebagai agen dalam pelaksanaan kebijakan publik. Teori Niskanen berfokus pada insentif dan perilaku agen (birokrasi) dalam mengelola sumber daya dan menjalankan tugas-tugas mereka, termasuk dalam konteks implementasi kebijakan publik.

Menurut Niskanen, dalam Busdir, 2022, birokrasi memiliki *reward/* insentif untuk meningkatkan otonomi dan sumber daya mereka, serta memperjuangkan kepentingan mereka sendiri dalam pelaksanaan kebijakan publik. Niskanen mengemukakan bahwa birokrasi cenderung untuk mengoptimalkan kepentingan mereka sendiri, yang tidak selalu sejalan dengan tujuan kebijakan publik yang diinginkan oleh pemberi mandat (prinsipal). (Busdir, 2022)

#### 2.3.11 Teori Difusi Inovasi (*Diffusion of Innovations Theory*) menurut Everett M. Rogers

Everett M. Rogers, seorang ilmuwan sosial terkenal yang dikenal sebagai ahli dalam bidang inovasi dan difusi, juga memiliki kontribusi penting dalam teori implementasi level mikro. Dalam teorinya yang dikenal sebagai "Teori Difusi Inovasi" (*Diffusion of Innovations Theory*), Rogers menyajikan pandangannya tentang

bagaimana inovasi atau perubahan dapat diimplementasikan atau diterapkan di tingkat mikro, yaitu oleh individu atau kelompok dalam suatu sistem. (Rogers, 1983)

Menurut Rogers, implementasi inovasi di tingkat mikro dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Karakteristik Inovasi: Rogers mengemukakan bahwa karakteristik inovasi, seperti keunggulan relatif, kesederhanaan, keberlanjutan, ketahanan terhadap perubahan, dan kompatibilitas dengan nilai-nilai dan kebutuhan individu, mempengaruhi adopsi atau penerimaan inovasi oleh individu atau kelompok. Implementasi inovasi yang berhasil di tingkat mikro harus mempertimbangkan karakteristik inovasi yang relevan bagi pelaksana.
2. Komunikasi Antar-individu: Rogers menekankan pentingnya komunikasi antarindividu dalam proses implementasi inovasi di tingkat mikro. Komunikasi yang efektif dapat mempengaruhi persepsi, sikap, dan penerimaan individu atau kelompok terhadap inovasi, serta memfasilitasi proses pengambilan keputusan terkait implementasi inovasi.
3. Sistem Sosial: Rogers menganggap sistem sosial atau konteks sosial di mana individu atau kelompok berada mempengaruhi implementasi inovasi di tingkat mikro. Sistem sosial, termasuk struktur sosial, norma, nilai, dan interaksi sosial, dapat mempengaruhi bagaimana individu atau kelompok berinteraksi dengan inovasi dan mengadopsinya dalam perilaku mereka.

## 2.5 Kepatuhan

Beberapa ahli telah mengemukakan teori mengenai kepatuhan. Teori kepatuhan (*compliance theory*) menurut Lunenburg (2012) dalam Muftiarani (2020) merupakan sebuah pendekatan terhadap struktur organisasi yang mengintegrasikan ide-ide dari model klasik dan partisipasi manajemen.

Menurut Tyler 1990 terdapat dua perspektif dasar dalam literatur sosiologi mengenai kepatuhan pada hukum yang disebut instrumental dan normatif. Perspektif instrumental mengasumsikan individu secara utuh didorong oleh kepentingan pribadi dan tanggapan terhadap perubahan – perubahan dalam tangibel, insentif, dan penalti yang berhubungan dengan perilaku. Perspektif normatif berhubungan dengan apa yang orang anggap sebagai moral dan dan berlawanan dengan kepentingan pribadi mereka. Seorang individu cenderung mematuhi hukum yang mereka anggap sesuai dan konsisten dengan norma-norma internal mereka. Komitmen normatif melalui moralitas *personal normative commitment through morality* berarti mematuhi hukum karena hukum tersebut dianggap sebagai keharusan, sedangkan normatif melalui legitimasi *normative commitment through legitimacy* berarti mematuhi peraturan karena karena otoritas penyusun hukum tersebut memiliki hak untuk menjelaskan perilaku. (Muftiarani & Mulya, 2020)

H.C Kelman mengatakan bahwa terdapat 3 jenis ketaatan hukum, yaitu ketaatan yang bersifat *compliance*, *identification*, dan *internalization*. Ketaatan *compliance* yaitu seseorang taat terhadap hukum karena takut akan sanksi yang akan dijatuhkan kepadanya. Kelemahan ketaatan jenis ini karena membutuhkan pengawasan secara terus-menerus. Ketaatan *identification* merupakan ketaatan karena takut hubungan baiknya rusak karena perilaku pelanggaran yang dia lakukan. Sedangkan ketaatan

*internalization* yaitu seorang taat karena betul-betul sesuai dengan nilai intrinsik atau pola pikir yang dianutnya. Dari ketiga jenis ketaatan di atas, yang merupakan ketaatan yang paling buruk adalah ketaatan *compliance* sedangkan yang paling baik dan patut untuk dicontoh adalah ketaatan dengan tingkatan *internalization*.

Di dalam realitasnya, berdasarkan konsep H.C Kelman, seseorang dapat menaati aturan hukum, karena ketaatan salah satu jenis saja, seperti seseorang taat hanya dengan tingkatan *compliance*, tidak dengan ketaatan *identification* atau *internalization*. Juga dapat terjadi, seseorang menaati suatu aturan, berdasarkan dua atau bahkan tiga jenis ketaatan sekaligus. Selain karena aturan itu memang cocok dengan nilai-nilai intrinsik yang dianutnya, sekaligus dapat menghindari sanksi dan memburuknya hubungan dengan pihak lain.

Ketaatan tingkatan *compliance* merupakan ketaatan yang dipraktekkan di Indonesia. Seorang menaati atau tidak menaati hukum karena takut dikenakan sanksi. Ketaatan hukum jenis ini merupakan ketaatan dengan jenis atau tingkatan yang sangat rendah. Dikatakan tingkatan sangat rendah karena orang hanya taat aturan jika ada penegak hukum (polisi) yang mengawasi. Sebagai contoh dapat kita temukan banyaknya pelanggaran lampu rambu lalu lintas di jalan karena ketiadaan polisi mengawasi. Namun jika polisi hadir dan turut mengatur arus rambu lalu lintas maka disini masyarakat seakan patuh dan taat terhadap hukum. Ketaatan masyarakat bukan berasal dari hati nurani sebagaimana ketaatan *internalization*, akan tetapi ketaatan hanya sebatas karena takut dikenakan sanksi.

Ketaatan dengan tingkatan *internalization* sejak lama dipraktekkan oleh Jepang. Masyarakat merasa malu dan bersalah jika melakukan kejahatan atau pelanggaran hukum. Mereka senantiasa menaati hukum walaupun tidak diawasi oleh polisi. Bukanlah pemandangan mewah melihat mereka tetap menunggu lampu hijau walaupun tidak ada kendaraan yang sedang melintas. Sikap malu dan bersalah masyarakat merealisasikan prinsip supremasi moral dalam penegakan hukum. Walaupun Jepang bukanlah negara agamis namun mereka senantiasa menjaga dan merealisasikan prinsip moral yang merupakan pencerminan dari agama (kitab suci). Berbeda dengan negara Indonesia, dimana masyarakatnya agamis, namun sikapnya tidak mencerminkan nilai-nilai agama yang dianutnya dan senantiasa melakukan pelanggaran dan kejahatan jika tidak sedang diawasi. (Herbert C. Kelman, 1959)

Beberapa indikator kepatuhan pengisian formulir *Clinical Pathway* yang dapat dijadikan acuan antara lain: (Sari S, Karatas H, 2015) (Derman D, Ozsaker M, Tasci S, 2013)

1. Kelengkapan pengisian: sejauh mana seluruh informasi yang diminta dalam *Clinical Pathway* telah diisi dengan lengkap dan akurat.
2. Kesesuaian pengisian: sejauh mana informasi yang diisi pada *Clinical Pathway* sesuai dengan kenyataan atau fakta yang sebenarnya.
3. Konsistensi pengisian: sejauh mana informasi yang diisi pada *Clinical Pathway* konsisten dengan informasi yang diberikan sebelumnya atau pada formulir lain yang berkaitan.
4. Waktu pengisian: sejauh mana *Clinical Pathway* diisi dengan waktu yang sesuai atau tepat waktu.

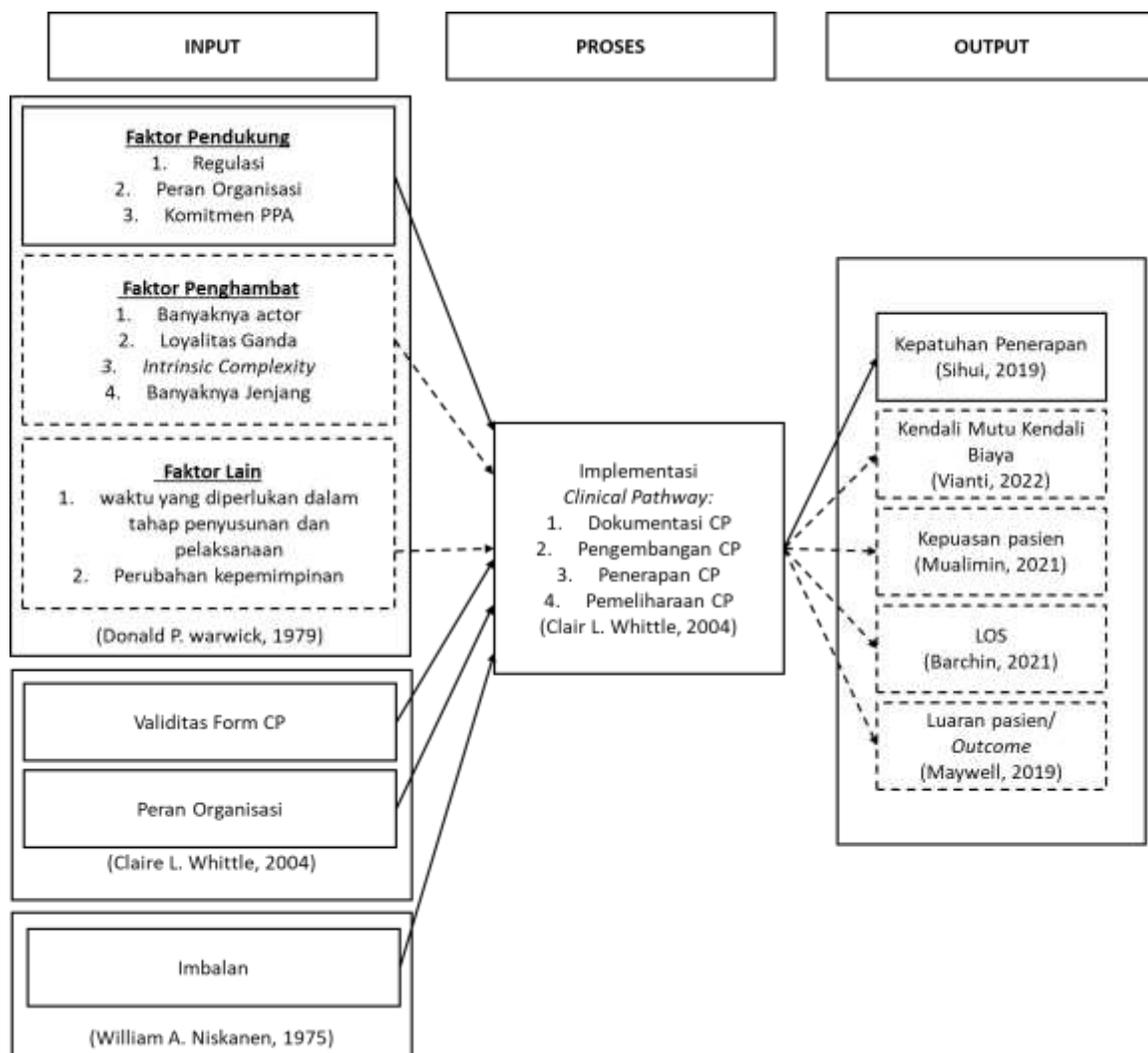
5. Penggunaan algoritma atau petunjuk: sejauh mana *Clinical Pathway* diisi sesuai dengan algoritma atau petunjuk yang telah ditetapkan.
6. Evaluasi hasil dan tindak lanjut: sejauh mana hasil evaluasi pada *Clinical Pathway* dilakukan secara tepat waktu dan tindak lanjut dilakukan sesuai dengan rencana.
7. Kepatuhan aturan dan kebijakan: sejauh mana pengisian *Clinical Pathway* dilakukan sesuai dengan aturan dan kebijakan yang berlaku di tempat pelayanan kesehatan.

## 2.6 Mapping Variabel Penelitian

<p><b>Donald P. warwick, 1979</b> <u>Faktor Pendukung</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komitmen Pimpinan</li> <li>2. Kemampuan Organisasi</li> <li>3. Komitmen Pelaksana</li> </ol> <p><u>Faktor Penghambat</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Banyaknya actor</li> <li>2. Loyalitas Ganda</li> <li>3. <i>Intrinsic Complexity</i></li> <li>4. Banyaknya Jenjang</li> </ol> <p><u>Faktor Lain</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. waktu yang diperlukan dalam tahap penyusunan dan pelaksanaan</li> <li>2. Perubahan kepemimpinan</li> </ol>	<p><b>Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar dan sasaran kebijakan</li> <li>2. Sumberdaya</li> <li>3. Komunikasi dan penguatan aktivitas</li> <li>4. Karakteristik agen pelaksana</li> <li>5. Kondisi sosial, ekonomi dan politik</li> </ol>	<p><b>Daniel Mazmanian &amp; Paul Sabatier</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan pengendalian masalah</li> <li>2. Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi</li> <li>3. Faktor eksternal</li> </ol>
<p><b>Claire L. Whittle (2004)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validitas Form CP</li> <li>2. Peran Organisasi</li> </ol>	<p><b>George Edward III (1980)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi</li> <li>2. Sumber Daya (kuali, kuantiti)</li> <li>3. Disposisi (motivasi)</li> <li>4. Struktur Birokrasi (SOP)</li> </ol>	<p><b>(Top Down) Brian. W. Hogwood dan Lewis A. Gunn</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor eksternal</li> <li>2. Sumberdaya</li> <li>3. Hubungan kausal</li> <li>4. Hubungan saling ketergantungan</li> <li>5. Pemahaman dan kesepakatan</li> <li>6. SOP</li> <li>7. Komunikasi dan koordinasi</li> <li>8. Komitmen</li> </ol>
<p><b>William A. Niskanen (1975) – Principal-Agent</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaji</li> <li>2. Bonus</li> <li>3. Prestise</li> <li>4. Reputasi</li> </ol>	<p><b>Michael Lipsky (1980) – Street-Level Bureaucracy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tantangan: Sumberdaya kurang, Pedoman/ SOP tidak jelas</li> <li>2. Discretion/ kewenangan</li> <li>3. Interaks/komunikasi</li> <li>4. Faktor eksternal</li> </ol>	<p><b>Gordon Chase - Analisis Problem Perkotaan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor penghambat utama</li> <li>2. Kebutuhan operasional</li> <li>3. Sumberdaya</li> <li>4. Permasalahan organisasi atau birokrasi</li> </ol>
<p><b>Merilee S. Grindle</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konten (Isi) Kebijakan</li> <li>2. Konteks (lingkungan) Kebijakan</li> </ol>	<p><b>Everett M. Rogers (1983) - Diffusion of Innovation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi</li> <li>2. Sistem sosial</li> <li>3. Karakteristik inovasi</li> </ol>	<p><b>Thomas J. Cook dan Frank P. Schioli, Jr. - Dampak Kebijakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan pengendalian masalah</li> <li>2. Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi</li> <li>3. Faktor eksternal</li> </ol>

Gambar 2. 5 Mapping Variabel Penelitian

## 2.7 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2. 6 Kerangka Teori Penelitian

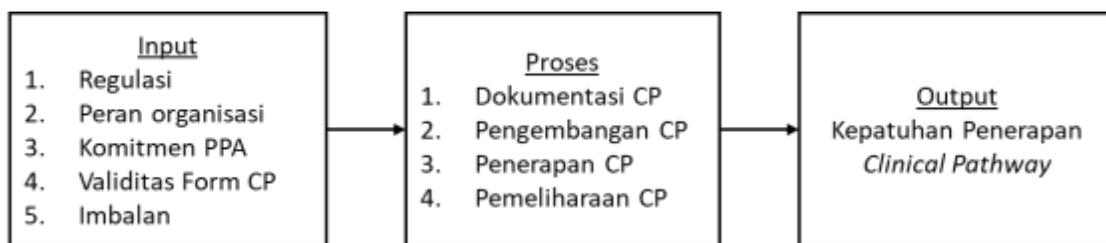
Berdasarkan studi literatur sebelumnya, dapat diketahui bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway*. Whittle et.al membagi penilaian pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* menjadi 6 dimensi, yaitu validitas form CP, dokumentasi CP, pengembangan CP, penerapan CP, pemeliharaan CP dan peran organisasi untuk CP. (de Luc & Whittle, 2002) Jika dibagi berdasarkan teori sistem *input-process-output*, maka 6 dimensi tersebut dapat dikategorikan sebagai berikut, validitas CP dan peran organisasi untuk CP merupakan *input*, sedangkan dokumentasi CP, pengembangan CP, penerapan CP, dan pemeliharaan CP merupakan *process*.

Warwick mengemukakan bahwa 3 faktor pendorong implementasi kebijakan yaitu komitmen pimpinan, dukungan dari kelompok internal dan komitmen pelaksana. Komitmen pimpinan maksudnya komitmen dari pimpinan yang berkuasa, dalam hal rumah sakit adalah direktur. Dukungan dari kelompok internal mencakup kemampuan organisasi dari segi teknis, komunikasi, dan pengembangan SOP. Sedangkan komitmen dari pelaksana, dalam hal ini Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah kesediaan dan kemauan pelaksana untuk mengerjakan suatu kebijakan yang ada. (Subianto, 2020)

Selain dari faktor implementasi secara makro, Niskanen menjelaskan teori tentang implementasi secara mikro. Teori Niskanen berfokus terutama dalam konteks teori agensi (agency theory) yang berkaitan dengan hubungan antara pemberi mandat (prinsipal) dan pelaksana mandat (agen). Menurut Niskanen, birokrasi memiliki imbalan untuk meningkatkan sumber daya, serta memperjuangkan kepentingan mereka dalam pelaksanaan kebijakan. (Busdir, 2022)

Beberapa faktor yang telah disebutkan sesuai dengan kondisi di Rumah Sakit, terutama di lokasi penelitian, berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan, yaitu RS Islam Faisal. Organisasi manajemen dapat digolongkan menjadi 3 (tiga) tingkatan. *Top Management* di rumah sakit adalah seorang direktur atau diwakili oleh manajer, yang dapat dilihat dari Regulasi yang ada di Rumah Sakit, khususnya mengenai *Clinical Pathway*. *Middle Management*, dalam hal ini khususnya pelaksanaan *Clinical Pathway*, diwakili oleh Komite Medik dan Bidang Pelayanan Medik, dapat dilihat dari perannya atau dukungan manajemen, baik dalam pengembangan, maupun penerapan *Clinical Pathway*. *Lower Management* adalah pelaksana, dalam hal *Clinical Pathway* adalah Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari dokter, perawat, apoteker, dan dietisien, yang kemudian dilihat komitmennya terhadap penerapan *Clinical Pathway*. Selain organisasi manajemen, validitas form CP itu sendiri menjadi faktor penting dalam penerapan *Clinical Pathway*. Sedangkan dari segi implementasi mikro, imbalan merupakan faktor yang perlu diperhatikan sebagai faktor yang mempengaruhi penerapan *Clinical Pathway* di RS Islam Faisal Makassar

## 2.8 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 7 Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka konsep tersebut dibuat berdasarkan hubungan antara variabel yang dikemukakan dari teori para ahli dan penelitian sebelumnya. Maka dari itu, kerangka konseptual penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Analisis *output* yang dinilai dari Kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* di RS Islam Faisal Makassar.

Kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* dilihat dari pengisian formulir *Clinical Pathway* yang diisi dari total keseluruhan pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dengan diagnosis yang termasuk *Clinical Pathway*.

2. Analisis *process* yang dinilai dari Dokumentasi CP, Pengembangan CP, Penerapan CP, dan Pemeliharaan CP.

Whittle et.al membagi penilaian pengembangan dan penerapan *Clinical Pathway* menjadi 6 dimensi, yaitu validitas form CP, dokumentasi CP, pengembangan CP, penerapan CP, pemeliharaan CP dan peran organisasi untuk CP. ICP adalah alat yang dirancang untuk meningkatkan kualitas perawatan kesehatan untuk kelompok pasien yang homogen. Ini terdiri dari proses (pengembangan dan pemeliharaan berkelanjutan) dan serangkaian produk operasional. ;Proses pengembangan dan pemeliharaan ICP penting untuk pengembangan dan komunikasi tim multiprofesional, dan untuk mencapai konsensus tentang perawatan apa yang harus diberikan. ICP mencakup proses alur kerja yang disepakati, dokumentasi klinis, dan fasilitas untuk memantau dan meninjau perawatan serta penggunaan sumber daya secara berkelanjutan. (de Luc & Whittle, 2002)

3. Analisis *input* yang dinilai dari Regulasi, Peran Organisasi, Komitmen PPA, Validitas Form CP, dan Imbalan, serta pengaruhnya terhadap penerapan *Clinical Pathway*

Sebuah organisasi dapat dibagi menjadi 3 tingkatan manajemen, yaitu *Top Management, Middle Management, and Lower Management*. (Herujito, 2006) Warwick mengemukakan bahwa 3 faktor pendorong implementasi kebijakan yaitu komitmen pimpinan, dukungan dari kelompok internal dan komitmen pelaksana. Komitmen pimpinan maksudnya komitmen dari pimpinan yang berkuasa, dalam hal rumah sakit adalah direktur. Dukungan dari kelompok internal mencakup kemampuan organisasi dari segi teknis, komunikasi, dan pengembangan SOP. Sedangkan komitmen dari pelaksana, dalam hal ini Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah kesediaan dan kemauan pelaksana untuk mengerjakan suatu kebijakan yang ada. (Subianto, 2020) Selain dari faktor implementasi secara makro, Niskanen menjelaskan teori tentang implementasi secara mikro. Teori Niskanen berfokus pada insentif dan perilaku agen (birokrasi) dalam mengelola sumber daya dan menjalankan tugas-tugas mereka,

## 2.9 Literatur Review

Tabel 2. 2 Literatur Review

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1.	Implementation Analysis Of <i>Clinical Pathway</i> At Royal Prima Hospital(Putri H et al., 2022)	International Journal of Health and Pharmaceutical Yessica Putri H1, Ermi Girsang, Maya Sari Mutia 2022	1. Deployment setting 2. PPA <i>compliance</i> 3. Supporting factors 4. Obstacle factors	Sampel: dokter, perawat, dietisien, farmasi (83 orang)	Kuantitatif, cross-sectional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat pengaruh regulasi dan implementasi <i>Clinical Pathway</i> di RS Royal Prima.</li> <li>- Terdapat pengaruh kepatuhan PPA dan implementasi <i>Clinical Pathway</i> di RS Royal Prima.</li> <li>- Terdapat pengaruh factor pendukung dan implementasi <i>Clinical Pathway</i> di RS Royal Prima.</li> <li>- Terdapat pengaruh factor penghambat dan</li> </ul>	<p>Persamaan:</p> <p>Meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Clinical Pathway</i></p> <p>Perbedaan:</p> <p>Metode penelitian kuantitatif dengan 4 variabel dependen</p>

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						<p>implementasi <i>Clinical Pathway</i> di RS Royal Prima.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulasi merupakan factor utama dalam implementasi <i>Clinical Pathway</i></li> </ul>	
2.	<p>The Implementation of <i>Clinical Pathway</i> at Private Hospital in Jakarta: a Qualitative Study (Fushen et al)</p>	<p>JMMR (Jurnal Medicoeticoleg al dan Manajemen Rumah Sakit) Fushen1, Hery Winoto Tj, Steffe Lie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran PPA</li> <li>2. Beban kerja</li> <li>3. persepsi dokter</li> <li>4. Manajemen RS</li> </ol>	<p>10 CP tahun 2018</p>	<p>Kualitatif, triangulation (wawancara, observasi, telusur dokumen)</p>	<p>Faktor tantangan (-) yang mempengaruhi implementasi CP dan solusi alternatif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran PPA rendah → meningkatkan kesadaran dan kapasitas teknis PPA</li> <li>2. Ketidakseimbangan beban kerja → ABK dan jumlah SDM yang ada</li> <li>3. Perbedaan persepsi dokter</li> </ol>	<p>Persamaan: Penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Clinical Pathway</i></p> <p>Perbedaan: Penelitian kualitatif</p>

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	al., 2022)	2022, April				<p>→ pertemuan rutin persamaan persepsi, implementasi PDSA.</p> <p>4. Manajemen RS suboptimal → meningkatkan sistem dan dukungan manajemen</p>	
3.	<i>Clinical Pathway Audit Tools: A Systematic Review</i> (Vanhaecht et al., 2006)	Journal of Nursing Management  Kris Vanhaecht, Karel De Witte, Walter	(1) Integrated Care Pathway Appraisal Tool (ICPAT),  (2) Quality Assurance Template (QAT) – Pathway Development/Pra	7 audit tools	Sistematik review,	Beberapa alat untuk melakukan evaluasi terhadap CP (audit tools):  (1) Integrated Care Pathway Appraisal Tool (ICPAT),  (2) Quality Assurance Template (QAT) –	Mengambil ICPAT sebagai audit tool CP pada penelitian

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		Sermeus  2007	ctice Standard,  (3) Integrated Care Pathway Key Elements Checklist,  (4) ICP evaluation form,  (5) ICP analysis sheet,  (6) Template for <i>Clinical Pathway</i> Design,  (7) Clinical Path			Pathway Development/Practice Standard,  (3) Integrated Care Pathway Key Elements Checklist,  (4) ICP evaluation form,  (5) ICP analysis sheet,  (6) Template for <i>Clinical Pathway</i> Design, dan  (7) Clinical Path Assessment.  Hanya ICPAT yang sudah	

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
			Assessment			dilakukan uji validitas dan reliabilitas.	
4.	Evaluasi proses pengembangan dan penerapan clinical Pathway kasus stroke iskemik akut di rumah sakit Anutapura kota palu.(Mutiarasari	Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana <a href="http://dx.doi.org/10.21460/bikd.w.v2i2.59">http://dx.doi.org/10.21460/bikd.w.v2i2.59</a> Diah Mutiarasari1,	-pengukuran ICPAT lama dan baru  - manajemen RS  - Clinical Champion  - Format CP  - case manajer  - care	25 responden PPA, 30 pasien, dan 1 keluarga pasien (rawat inap bagian saraf RS Anutapura.  Pengambilan sampel non-probabilistik <i>purposive</i>	Action research, kualitatif dan kuantitatif, metode triangulasi,	1. Dimensi1: terpenuhi persyaratan secara keseluruhan. 2. Dimensi 2: kesesuaian konten 0% → 95,6%, kesesuaian mutu 0% → 100% 3. Dimensi 3: kesesuaian konten 7,7% → 100%, kesesuaian mutu 0% →	Persamaan: menggunakan ICPAT sebagai alat pengukuran  Perbedaan: Penelitian action research

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	et al., 2017)	Rizaldy Taslim Pinzon2, Gunadi3  2017	management system  - Jumlah SDM  - Pelatihan	<i>sampling</i>		94,1%  4. Dimensi 6: kesesuaian konten 33,3% → 100%, kesesuaian mutu 8,3% → 91,6%  Kepatuhan pengisian CP 80%  Faktor pendukung (+) yang mempengaruhi implementasi CP:  1. Sinergi seluruh manajemen RS 2. Clinical champion 3. Desain mudah, tidak terlalu rumit	

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						<p>Faktor tantangan (-) yang mempengaruhi implementasi CP:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerja case manajer belum optimal</li> <li>2. Case management system belum diterapkan</li> <li>3. Kurangnya SDM</li> <li>4. Belum ada program pelatihan mengenai CP.</li> </ol>	
5.	Supporting factors of the implementation	<a href="https://www.elsevier.es/en-revista-">https://www.elsevier.es/en-revista-</a>	<b>V.Independen:</b> - regulasi,	100 orang perawat.	Kuantitatif, cross-sectional,	Faktor pendukung (+) yang mempengaruhi implementasi	Persamaan: Penelitian mengenai

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	of <i>Clinical Pathway</i> approach in nursing care. (Asmirajanti et al., 2019)	enfermeria-clinica-35-articulo-supporting-factors-implementation-clinical-pathway-S1130862119301822  Mira Asmirajanti a*, Achir Yani S. Hamidb , Rr.	- SDM - Reward - Tools - IT  <b>V. Dependen:</b> -kepatuhan Implementasi <i>Clinical Pathway</i>	proportional purposive sampling method,	deskriptif,	CP:  1. Regulasi (nursing care management memiliki hasil positif sebagai faktor pendukung)  Faktor lain membutuhkan penelitian lebih lanjut:  1. SDM (kompetensi & motivasi) 2. Reward 3. Tools 4. Teknologi informasi	faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Clinical Pathway</i>  Perbedaan:  Metode Kuantitatif pada sampel perawat

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		Tutik Sri Hariyatib  2019					
6.	Analisis pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i> di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.(Paat et al., 2022)	Jurnal Biomedik (JBM)  1Cicilia Paat, 2Erwin Kristanto, 3Flora P. Kalalo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebijakan manajemen</li> <li>- Penyusunan</li> <li>- Sosialisasi</li> <li>- Penggalangan komitmen dan kepatuhan</li> <li>- Penerapan</li> <li>- Hambatan</li> <li>- Evaluasi</li> </ul>	7 informan (dokter, perawat, manajemen, komite mutu,).  Pemilihan berdasarkan kesesuaian (appropriateness) dan kecukupan	Kualitatif, wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebijakan manajemen: mendukung (Surat Keputusan Direktur dan dalam pelaksanaannya sudah didukung dengan kebijakan operasional berupa prosedur tetap implementasi <i>Clinical Pathway</i> .)</li> <li>2. Penyusunan: sesuai</li> </ol>	<p>Persamaan:</p> <p>Analisis proses pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i></p> <p>Perbedaan:</p> <p>Metode kualitatif</p>

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		2017		(adequency). Validasi triangulasi sumber dan triangulasi teknik.		<p>dengan komponen.</p> <p>3. Sosialisasi oleh manajemen: manajemen dan staf telah menyadari pentingnya edukasi CP (pelatihan, workshop)</p> <p>4. Penggalangan komitmen dan kepatuhan: pertemuan berkala oleh pihak manajemen</p> <p>5. Penerapan <i>Clinical Pathway</i> : telah diterapkan.</p> <p>6. Hambatan penerapan: secara umum tidak</p>	

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						<p>menghadapi hambatan-hambatan</p> <p>7. Evaluasi/pengawasan: dilaksanakan oleh PMKP. Dilakukan secara berkala dan berkelanjutan setiap 3 bulan.</p>	
7.	Implementation of 2018 <i>Clinical Pathway</i> in Efforts to Increase the Quality of Service in the Koja Regional	Majalah sainstekes  Arroyan Wardhana1,2, Sri Rahayu2, Ahdun	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDM</li> <li>- Kebijakan</li> <li>- Format</li> <li>- Monev</li> <li>- LOS</li> <li>- Servqual</li> </ul>	17 orang responden.(Direktur, Wadiryand, Kabid yand, Kabid keperawatan,	Kualitatif: wawancara, observasi, telaah dokumen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Input: SDM (pengetahuan, komitmen, sikap, kompetensi, integritas), kebijakan, form. → form perlu diseragamkan</li> <li>2. Proses: monitoring, evaluasi. → kurang optimal</li> <li>3. Output: service quality,</li> </ol>	<p>Persamaan:</p> <p>Penelitian mengenai pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i> (input, proses, output)</p> <p>Perbedaan:</p>

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	General Hospital (Wardhana et al., 2019)	Triguno2 2019		Ketua komite medik, Dokter case manager, DPJP, Kepala SMF terkait, Ketua komite Mutu Rumah Sakit, Karu ranap.		LOS → kesesuaian pemeriksaan dan obat-obatan membaik dengan CP	Penelitian kualitatif
8.	Evaluasi Implementasi <i>Clinical Pathway</i> Krisis Hipertensi	Proceeding Health Architecture	-ICPAT dimensi 1-6 -Tingkat kepatuhan	35 RM krisis hipertensi (total sampling), Wawancara 2	Mix method. Kuantitatif (ICPAT)	Input 1. Format (ICPAT 1) : konten 80%, mutu 100% (peran pasien)	Persamaan: penelitian Mix method, menggunakan tools ICPAT, mengukur tingkat

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	Di Instalasi Rawat Inap Rs Pku Muhammadiyah Bantul. (Sari & Sundari, 2017)	Indriana Sari, Sri Sundari 2017	implementasi CP	perawat bangsal, kepala ruang, dokter spesialis, dan bagian yanmed. (purposive sampling)	Kualitatif (wawancara dan observasi)	2. Manajemen (ICPAT 1): konten 100%, mutu 91,67% (blm ada cukup waktu mengembangkan) 3. Sarpras: Sebagian besar sesuai standar, beberapa kurang jumlah dan rusak 4. SDM: 4 spesialis, 15+27 perawat Proses 5. Dokumentasi (ICPAT 2): konten 43,48%, mutu 75% 6. Pengembangan (ICPAT 3): konten 53,85%, mutu 85,71%	kepatuhan CP Perbedaan: Diagnosis Hipertensi Krisis

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						7. Penerapan (ICPAT 4): konten 40%, mutu 100% 8. Pemeliharaan (ICPAT 5): konten 50%, mutu 61,54% Output 9. kepatuhan CP: 10 dari 35 RM krisis hipertensi terisi, 0 RM yang terisi lengkap	
9.	Gambaran Pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i> Dari Perspektif Manajerial Di Rsud Lasinrang Kabupaten	MARS FKM UNHAS  Reny Widya Astuti, Alimin Maidin, Adelia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- komunikasi</li> <li>- SDM</li> <li>- Format&amp; SPO</li> <li>- Pelatihan dan anggaran</li> </ul>	9 informan (purposive sampling)	kualitatif dengan rancangan fenomenologi	Komunikasi: baik, ada sosialisasi namun sering dilakukan hanya sebelum akreditasi.  SDM: baik  Form dan SPO: tersedia	Persamaan: teori faktor-faktor implementasi  Perbedaan:  Penelitian kualitatif

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	Pinrang (Reny Widya Astuti , Alimin Maidin, 2018)	U. Ady Mangilep  2018				Pelatihan & anggaran khusus: belum ada.	
10.	Analysis Of Acute Appendicitis <i>Clinical Pathways</i> Implementation In Royal Prima Medan General Hospital Year	The Indonesian Journal of Public Health.  Alexander Angkasa, Ermi Girsang, Ali Napiah	-ICPAT dimensi 1-6  -Tingkat kepatuhan implementasi CP	Semua rekam medis appendicitis akut januari-september 2020 setelah disesuaikan dengan kriteria	Mix method, studi kasus.	- Kelengkapan berkas CP 100%, pengisian form 85%. - Dimensi 1: konten baik dan kualitas baik - Dimensi 2: konten kurang, kualitas moderat. - Dimensi 3: konten baik, kualitas moderat.	Persamaan:  penelitian Mix method, menggunakan tools ICPAT, mengukur kelengkapan berkas CP  Perbedaan:  Diagnosis Appendicitis

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	2020(Angkasa et al., 2022)	Nasution, Adrian Khu, Sri Lestari Ramadhani Nasution.  2020		inklusi dan eksklusi.  Case manager, komite medik, kepala perawat inst. Rawat inap.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensi 4: konten moderat, kualitas baik.</li> <li>- Dimensi 5: konten kurang, kualitas moderat.</li> <li>- Dimensi 6: konten baik, kualitas moderat.</li> </ul>	Akut
11	Analisis Pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i> Di Rumah Sakit Umum Dr. Fauziah Bireuen Tahun 2018.	Jurnal Pendidikan, Sains, dan Humaniora.  Nurliawati,	Faktor hambatan implementasi <i>Clinical Pathway</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komite medik</li> <li>- Dokter</li> <li>- Perawat</li> <li>- Petugas Farmasi</li> <li>- Dietisien</li> </ul>	Qualitatif deskriptif, interview mendalam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa kurang terhadap pelayanan Kesehatan.</li> <li>- Tidak ada rapat rutin</li> <li>- Kurangnya pelatihan</li> <li>- Kurangnya staf farmasi</li> <li>- Tidak ada follow up dari</li> </ul>	Persamaan:  Penelitian mengenai pelaksanaan <i>Clinical Pathway</i> (input, proses, output)

No	Judul, Penulis	Jurnal. Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	(Nurliawati, 2019)	Idawati 2019				manajemen	Perbedaan: Penelitian kualitatif

## 2.10 Definisi Operasional dan Definisi Konsep Penelitian

Tabel 2. 3 Definisi Operasional

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Kriteria Objektif	Hasil Ukur/ Penilaian
1	Output	Kepatuhan Penerapan <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kepatuhan pengisian formular <i>Clinical Pathway</i> dalam rekam medis	Telaah dokumen Formulir CP dalam Rekam Medis	Presentase formulir CP yang diisi dari semua sampel pasien dengan diagnosis yang terpilih	Terisi jika formulr CP pasien tersebut diisi penuh/ sebagian.  Tidak terisi jika formulr CP pasien tersebut kosong atau tidak ada.

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Kriteria Objektif	Hasil Ukur/ Penilaian
			pasien yang terdiagnosis.		Kelengkapan pengisian bulir formulir yang diisi dari keseluruhan bulir formulir <i>Clinical Pathway</i>	Lengkap jika bulir formulir terisi penuh.  Tidak Lengkap jika ada bulir formulir yang tidak terisi.

Tabel 2. 4 Definisi Konsep

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
1	Input	Regulasi	Suatu penilaian komitmen organisasi dalam bentuk regulasi <i>Clinical Pathway</i> pasien yang terdiagnosis.	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi regulasi dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
2		Peran organisasi	Suatu penilaian terhadap	Panduan	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
		terhadap <i>Clinical Pathway</i>	kesesuaian peran organisasi dalam <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan dimensi 6 ICPAT	Wawancara		mengenai persepsi dukungan manajemen dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 6 Bagian Konten 3 pertanyaan Bagian Mutu 12 pertanyaan Dengan pilihan jawaban: Ya = 1 Tidak = 0	1. Buruk: <50% 2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%
3		Komitmen PPA	Suatu penilaian komitmen PPA dalam pengisian formulir <i>Clinical Pathway</i> pasien yang terdiagnosis.	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi komitmen PPA dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
4		Validitas Form CP	Suatu penilaian terhadap kesesuaian formular <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan dimensi 1 ICPAT dan kemudahan penggunaannya.	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi format CP dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 1 Bagian Konten 10 pertanyaan Bagian Mutu 2 pertanyaan Dengan pilihan jawaban: Ya = 1 Tidak = 0	1. Buruk: <50% 2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%
5		Imbalan	Suatu penilaian Imbalan/ <i>reward</i> (gaji, bonus, prestise, dan reputasi) dalam penerapan <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi format CP dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
			dimensi 1 ICPAT			
6	Proses	Dokumentasi <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kesesuaian dokumentasi <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan dimensi 2 ICPAT	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi dokumentasi CP dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 2 Bagian Konten 23 pertanyaan Bagian Mutu 4 pertanyaan Dengan pilihan jawaban: Ya = 1 Tidak = 0	1. Buruk: <50% 2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%
7		Pengembangan <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kesesuaian proses pengembangan <i>Clinical</i>	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi pengembangan CP dalam

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
			<i>Pathway</i> berdasarkan dimensi 3 ICPAT			bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 3 Bagian Konten 12 pertanyaan Bagian Mutu 17 pertanyaan Dengan pilihan jawaban: Ya = 1 Tidak = 0	1. Buruk: <50% 2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%
8		Penerapan <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kesesuaian penerapan <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan dimensi 4 ICPAT	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi penerapan CP dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 4	1. Buruk: <50%

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
					Bagian Konten 5 pertanyaan Bagian Mutu 1 pertanyaan Dengan pilihan jawaban: Ya = 1 Tidak = 0	2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%
9		Pemeliharaan <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kesesuaian pemeliharaan <i>Clinical Pathway</i> berdasarkan dimensi 5 ICPAT	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai persepsi pemeliharaan CP dalam bentuk narasi, kemudian disimpulkan.
				<i>Checklist</i> ICPAT	Pengisian <i>Checklist</i> ICPAT Dimensi 5 Bagian Konten 4 pertanyaan Bagian Mutu 13 pertanyaan Dengan pilihan jawaban:	1. Buruk: <50% 2. Moderat: 50-75% 3. Baik: >75%

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Konsep	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur/ penilaian
					Ya = 1 Tidak = 0	
10	Output	Kepatuhan Penerapan <i>Clinical Pathway</i>	Suatu penilaian terhadap kepatuhan pengisian formular <i>Clinical Pathway</i> dalam rekam medis pasien yang terdiagnosis.	Panduan Wawancara	Wawancara Mendalam	Hasil wawancara mengenai Persepsi kepatuhan penerapan CP