

Implementasi Clinical Pathway Tahun 2018 dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Koja

Implementation of 2018 Clinical Pathway in Efforts to Increase the Quality of Service in the Koja Regional General Hospital

Arroyan Wardhana^{1,2}, Sri Rahayu², Ahdun Triguno²

¹Faculty of Medicine, YARSI University

²Post Graduate Faculty of Masters in Administration at Respati University Hospital Indonesia

Correspondence Email: drroyan2007@yahoo.co.id

KEYWORDS *implementation, clinical pathway, quality of Koja General Hospital*

ABSTRACT *Improving the quality of patient services in hospitals is an important program implemented in hospitals. One indicator of improving hospital quality is the application of Clinical Pathway (CP) as an evaluation of hospital accreditation. Benefits of CP as a means of quality control and costs in improving hospital services. The general objective of this research is the preparation of a Clinical Pathway implementation plan in improving the quality of hospital services. This research method is qualitative with data collection techniques conducting in-depth interviews, observation and document review. The selection of informants in qualitative research, based on suitability and adequacy as many as 17 people. Analysis of CP implementation consists of inputs; which constitute human resources, processes; implementation of monitoring and evaluation, output; service quality after CP. The results of the study are based on inputs, processes and outputs that indicate implementation has been implemented in accordance with hospital accreditation, but needs optimization. Input factors analyzed will support the implementation of CP but need to uniformize the Clinical Pathway format, the evaluation monitoring process has not run optimally while the quality of service output is in accordance with the Clinical Pathway. Suggestions for Hospital Director to carry out Clinical Pathway understanding by holding workshops for all related parties and increasing the guidance and supervision of the implementation of Clinical Pathway, all units involved to coordinate with each other and implement Standard Operating Procedures (SPO) of CP for patient safety.*

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang aman, bermutu dengan

mengutamakan kepentingan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Standar pelayanan rumah sakit yang baik dapat dinilai dengan mutu pelayanan yang dihasilkan pada

masyarakat. Dalam rangka untuk menjaga mutu layanan rumah sakit (dalam hal ini *quality assurance*) yang mencakup standar pelayanan (medis, perawat, apoteker dan penunjang), audit (medis dan manajemen) dan peningkatan mutu berkesinambungan, maka diperlukan suatu instrumen yang dapat merangkum seluruh kegiatan dan upaya tersebut di atas dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang terpadu di rumah sakit melalui *CP* (Firmada, 2006). *Clinical Pathway* (*CP*) adalah salah satu alat manajemen penyakit yang banyak dipakai dan telah berkembang pesat dalam 15 tahun terakhir ini, terutama sejak banyaknya laporan penelitian (meski masih diperdebatkan) yang menunjukkan bahwa *CP* memiliki potensi dalam mengurangi variasi pelayanan yang tidak perlu sehingga dapat meningkatkan outcome rumah sakit dan juga penghematan pemakaian sumber daya (Djasri, 2013). Efektifitas dari penggunaan *CP* sebagai salah satu alat kendali mutu masih dalam perdebatan. Namun demikian di Amerika Serikat hampir 80% RS menggunakan *CP* untuk beberapa indikator. Terdapat berbagai penelitian mengenai efektifitas *CP* namun hasilnya masih tidak konsisten karena berbagai bias penelitian. Beberapa penelitian yang menunjukkan efektifitas *CP* adalah sebagai berikut: 1) menghemat penggunaan sarana, meningkatkan luaran klinis, meningkatkan kepuasan pasien, dan praktisi klinis, serta menurunkan biaya perawatan, 2) Penurunan *length of stay (LOS)* dan penurunan biaya perawatan, memfasilitasi *early discharge*, meningkatkan indeks kualitas hidup, 3) Menurunnya *length of stay*, meningkatnya *clinical outcome*, meningkatkan *economic outcome*, mengurangi tindakan yang tidak diperlukan (Djasri, 2013). Di Indonesia penerapan *CP* terkait dengan penerapan

INA-DRG yang merupakan versi Departemen Kesehatan sesuai Permenkes nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Penerapan tarif paket *INA-CBGs* ini menuntut manajemen rumah sakit untuk mampu mengefisiensi biaya dan mengoptimalkan pengelolaan keuangan rumah sakit, serta melakukan kendali mutu, dan kendali biaya, *CP* ini juga menjadi salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit versi KARS (Devitra, 2011). Penelitian di rumah sakit Bethesda Yogyakarta menunjukkan bahwa penerapan *CP* pada kasus stroke iskemik menunjukkan adanya perbaikan dalam proses pelayanan di instalasi gawat darurat, perbaikan proses di bangsal dan perbaikan dalam hal edukasi terhadap pencegahan sekunder (Pinzon, 2009). Penerapan *CP* di Rumah Sakit Ibu dan Anak Hermina, Jatinegara pada kasus diare akut dan partus spontan menunjukkan pengurangan variasi dalam penggunaan antibiotik dan lama 3 hari rawat. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa penerapan *CP* telah berhasil memperbaiki proses pelayanan dan meningkatkan kualitas asuhan kepada pasien. Penerapan dan pendokumentasian *CP* di berbagai rumah sakit tidak terlepas dari berbagai masalah. Penelitian Paat dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam melalui analisis pelaksanaan *CP* di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou. Penelitian ini dilakukan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2016. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan diketahui bahwa *CP* telah diterapkan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou (Paat, *et al.*, 2016).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Koja merupakan rumah sakit umum dengan pengelolaan keuangan bersifat BLUD penuh dan telah menjadi rumah sakit rujukan regional wilayah Jakarta Utara dengan unggulan sebagai *trauma cente*, memiliki fasilitas pelayanan instalasi rawat inap dengan 24 klinik spesialis, dan dengan jumlah tempat tidur sebanyak 984, 12 kamar operasi pada instalasi bedah sentral instalasi rehabilitasi medis, instalasi farmasi, instalasi gizi, instalasi rekam medis, instalasi penunjang diagnostik seperti laboratorium, radiologi, dan pemeriksaan elektromedik yang termasuk unit cuci darah, *laundry*, CSSD, pemulasaraan jenazah dan IPSRS dan merupakan rumah sakit yang telah terakreditasi paripurna dan berkomitmen untuk meningkatkan pelayanan berstandar (Bella, 2018). Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan dan keseragaman pelayanan yaitu dengan mengimplementasikan *CP*. Terdapat 5 *CP* yang pertama kali diimplentasikan di RSUD koja, yaitu *CP stroke*, section cesarea, anak, *demam tifoid pada IPD*, bedah tanpa komplikasi. Pemilihan *CP* ini dikarenakan penyakit-penyakit tersebut merupakan penyebab utama kematian, berisiko tinggi, dan biaya tinggi dengan jumlah bed 945 dengan tempat tidur yang ditempati rata-rata (BOR). BOR di rumah sakit umum daerah koja tahun 2018 menurut laporan adalah kisaran 77,7%. Penerapan indikator mutu adalah salah satunya dengan menerapkan *CP* yang baik. Salah satu indikator mutu pelayanan menurut Permenkes adalah kepatuhan melaksanakan pelaksanaan *CP*. Selama ini terdapat masalah kesenjangan antara penerapan *CP* dengan apa yang diharapkan. Oleh karena itu perlu adanya

penelitian untuk mengoptimalkan penerapan *CP* dan penilaian format *CP* dengan data yang lebih akurat.

Saat ini menurut data audit implementasi Clinical Pathways RSUD Koja tahun 2018 berdasarkan tingkat kepatuhan clinical pathway diare akut 85%, hernia 89,75%, stroke non hemoragik 43%, demam berdarah 70%, preeklampsia berat 54% berdasarkan data akumulasi tahun 2017. Implementasi *CP* dilakukan untuk akreditasi sehingga tahun 2018 telah dilakukan audit medik oleh komite medik sehingga didapatkan kenaikan kepatuhan pengisian *CP* diare akut menjadi 85,67%, stroke non hemoragik 83,52%, demam berdarah 86,16% dan pre eclampsia berat 83,73% (Komite Medik Subkomite mutu RSUD Koja, 2018). Berdasarkan wawancara dengan wakil direktur pelayanan medis tgl 11 Mei 2019 di RSUD Koja peneliti melakukan penelitian pendahuluan dengan memperoleh informasi belum optimalnya implementasi *CP*. Selama ini di terapkan berdasarkan kepatuhan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) belum sesuai dengan penelitian yang berdasarkan jurnal tentang *length of stay* (LOS), pemberian terapi dan laboratorium. Dengan adanya penelitian ini diharapkan memberikan masukan sistem rancangan penilaian *CP* yang lebih baik” selain itu juga kurang nya dokter case manager yang terlibat dalam monitoring pelaksanaan *CP* berjumlah lima orang dalam menangani 14 lantai rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu kajian lebih lanjut mengenai implementasi *CP* di RSUD koja dengan tujuan menganalisis sistem pelaksanaan, monitoring dan evaluasi *CP* sebagai alat kendali mutu layanan RSUD Koja.

METODOLOGI

Desain penelitian ini adalah kualitatif dengan deskripsi analitik. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni-Juli 2019. Lokasi penelitian adalah di rumah sakit umum daerah koja. Teknik pengambilan sampling adalah *Purposive sampling*. Informan penelitian sesuai dengan kebutuhan atau permasalahan penelitian dengan berdasarkan pada prinsip kesesuaian dan kecukupan. Informan dalam penelitian ini adalah berjumlah 17 orang yaitu Direktur, Wakil direktur pelayanan Medik, Kepala bidang pelayanan medik, Kepala bidang keperawatan, Ketua komite medik, Dokter case manager, Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), Kepala SMF terkait, Ketua komite Mutu Rumah Sakit, Kepala Ruangan rawat inap. Jenis data dalam penelitian terdiri dari: data primer yang berasal dari data dan data sekunder. Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian kualitatif antara lain 1) Observasi 2) Wawancara 3) Dokumen.

Validitas data dilakukan dengan menggunakan triangulasi sumber data. Penyajian Data Hasil Penelitian Penyajian ditampilkan dalam bentuk transkrip dan narasi (Sugiono, 2010). Etika Penelitian Penelitian ini telah melalui kaji etik terlebih dahulu yang dilakukan di Universitas Respati Indonesia. Setelah lolos kaji etik, maka ketika dilakukan wawancara mendalam, informan akan dimintakan persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*).

ISI

Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada bulan Juni – Juli 2019,

proses wawancara dan observasi berlangsung selama 30 hari yaitu bulan Juni sampai dengan bulan Juli. Pelaksanaan wawancara mendalam dilakukan peneliti sendiri. Pelaksanaan wawancara mendalam dilakukan pada saat informan sedang bekerja. Observasi dan telaah dokumen dilakukan setelah dilakukan wawancara informan.

Keterbatasan Peneliti Padatnya jadwal kegiatan informan yang akan diwawancarai dimana informan harus mendahulukan pelayanan pasien atau manajerial, Padatnya pelayanan atau kesibukan peneliti sehingga kurang waktu dalam berdiskusi dengan informan, Penelitian ini tidak melibatkan bagian keuangan untuk clinical pathway, Terbatas nya waktu penelitian.

Penyajian Hasil Penelitian dan Pembahasan Hasil penelitian berupa data observasi, wawancara mendalam dan telaah dokumen akan digabung sehingga permasalahan yang akan terlihat lebih jelas dan memperkuat pembahasan mengenai permasalahan yang terjadi pada penerapan clinical pathway. Penelitian dimulai dari staf yang terkait dengan kinerja clinical pathway secara random dari direktur atau staf fungsional Informan yang telah dilakukan wawancara dilakukan telaah dokumen dan observasi di lapangan unit tempat bekerja. Informan terdiri dari direktur, wadir yanmed, kabid pelayanan, kabid keperawatan, kepala ruangan bedah, ipd, obyn, anak, neuro, dr dpjp bedah, neuro, ipd, obgyn, anak, serta ketua komite mutu rs, komite medik, komite mutu.

Wawancara Mendalam

Faktor Input yaitu pengetahuan, sikap, komitmen, kerjasama, kompetensi dan integritas.

Pengetahuan

...”sejak jaman Jaminan Kesehatan Nasional pada bidang pelayanan dilakukan kendali biaya dan kendali mutu dengan motor penggerak nya dokter spesialis. Pelayanan Dokter spesialis harus diatur karena semua dr spesialis mempunyai standar pengobatan yang berbeda-beda. Semua harus diatur dengan adanya clinical Pathway yang mengatur masing-masing bidang keilmuannya secara empiris....(A1)

Sikap

..”Implementasi CP dari bidang SDM di koja tiap dokter spesialis mampu atau menyusun proses implemtasi CP. SDM kompeten dalam pelaksanaan nya.RS koja dibantu oleh Case manajer pelayanan pasien dalam implemtasi CP Perawat diruangan membantu memperhatikan pelaksanaan Cp suatu kebijakan yang cukup tinggi perlu dan harus ada jadi tanpa mengejar akreditasi saja Berkesinambungan dalam pengerjaan nya CP dan Mempermudah kerja para dokter dan perawat untuk penelusuran dalam bila ada masalah. Mutu layanan harus dari titik A dan B dan berharap tiap tahun memberikan CP dari SMF nya ..(A2)

Komitmen

..”Penerapan CP memerlukan kerjasama multidisplin yang turut berperan serta: dpjp, seluruh dokter kepala ruangan perawt, komite medik sub komite mutu. Komitmen yang terbangun awalnya semangat. Tergantung masing-masing individu...”

Kompetensi

...”Penerapan yang ikut serta ini semua unit PPA, bagian penunjang selain dokter klinis yang terlibat dalam CP mana yang harus dikerjakan mana yang ada mana yang ada. Semua terlibat. Yang paling kompetensi berperan adalah PPA dan DPJP (pemberi pengasuh asuhan) terlibat...”

Kerjasama

....”Kerjasama yang sempurna belum, tapi kita selalu improve. Case manager diruangan tertentu, tapi ruangan lain kepala ruangan yang memantau. implementasi sudah ada, kerjasama yang baik.(A2)

Integritas

.. Focus sebagai pemegang kebijakan dalam pengembangan CP yang paling besar Komite medik dan Mutu. Tugas fasilitasi dari wadiryanmed peran kebawah pendelegasian ke kbid dan kperawatan. Smua sama peranan sama bila proses itu berlangsung masi ada yng kurang dan telat...”

Kebijakan

...”Wadiryan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi . selalu yang pembagian tugas dan pendelegasian setelah terbit Ska dan dokumen lain, jalannya SK dipantau oleh pendelegasian di komite medik submutu, kosatpel, keperawatan memantau pendelegasian. SK bahwa clinical pathway, salah satu tools yang bertanggung jawab mutu layanan tanggung jawab kbid pelayanan dan wadir pelayanan dan ke direktur. Semua bertanggung jawab dengan peranan masing-masing. Surat Keputusan pemberlakuan Clinical Pathway...” (A2) ...

Ketenagaan dan ketrampilan

"Cp dalam bentuk sosialisasi banyak. Pelatihan CP adalah komite medik yang ditugaskan utk training belum banyak. Secara in house training. Profil rs besar dan bila in house training narasumber kesini supaya lebih banyak terpapar dan org makin sadar pentingnya CP. Penerimaan pelatihan penyeragaman CP dengan homogen lebih mudah dinilai dan merapikan template lebih seragam. Dan waktu untuk menyeragamkan belum sama format nya dengan case manager. Peranan case manager juga dalam menyiapkan seragam yang homogen dengan SMF nya..". (A2)

Formulir

"Cp harus disiapkan dan blum seragam cp blum seragam satu sama lain. Formulir semua CP belum seragam. Masih beda-beda. formulir data belum seragam → Revisi kembali dan sosialisasi dan ujicoba dan monitoring..."(B1)

Sarana Penunjang dan ketersediaan sarana

..."Sarana: jika sudah ada permintaan percetakan langsung kebagian perlengkapan akan mencetak menginstruksikan dari komite medik. Kertas CP baru ke direktur mau ada revisi untuk dicetak dan ada permintaan ke direktur. Ditujukan ke direktur terkait. Kebagian percetakan ke unit terkait. Tidak ada yang pngawasan kordinasi percetakan bila ada formulir Cp habis atau revisi dan CP..."(B1)

Faktor Proses pelaksanaan; monitoring dan evaluasi

..."Masi belum sesuai harapan, DPJP belum merasa perlu dalam penggunaan atau lebih sibuk terlalu

banyak pasien. Banyak perlu ditingkatkan, ada dpjp yang langsung mengerjakan dan ada yang tidak. Kepedulian DPJP seperti IPD ada yang mengerjakan atau tidak, seluruh smf yang terkait.."(B2)

Monitoring

.."case manager melapor kebagian mutu dan komed melalui wadiryman bertanggung jawab ke direktur melalui. Hambatan teknis pelaksanaan diketahui oleh wadirymanmed. Perlu dokumen pendukung dan sumber daya manusianya. Siapa yang menangkap masalah siapa saja. Jadwal khusus CP komite mutu ke direktur 3 bulan sekali.."

Evaluasi

..." Evaluasi sampai saat ini belum ada dikerjakan. Masukan selama ini semata-mata bukan hanya dari kepearwatan saja tapi dari segi medis saja sehingga kurang aware untuk keperawatan. Monitoring bukan evaluasi dan belum pernah ada evaluasinya selama ini..." (A4)

OutPut Mutu Layanan

Length of Stay

.."Mutu pelayanan CP dengan terbuhtinya tercapai dengan mutu layanan Baik dokter dan perawat nya melakukan edukasi. Pasien tertentu dengan bolak balik rawat dengan ini lebih terarah dengan inten sdi berubah di poliklinik. Pasien yang berbda bukan dengan SNH. Control poli 3 hari seteah rawat. Obat jangan sampai berhenti. Kondisi memburuk bila tidka baik. Bawa ke IGD biar continue pengobatannya kecuali yang sol utk SNH tidak jarang memburuk..." (D5)

Kesesuaian pemeriksaan penunjang

...” LOS dan pemeriksaan penunjang sesuai dengan CP...” (b2)

Kesesuaian obat-obatan

..”ketepatan pemeriksaan penunjang selama ini ada perbedaan penanganan bila ada penyakit penyerta lainnya sehingga pemeriksaan penunjang diluar CP...” (D4)

Telaah dokumen dan observasi dilakukan pada saat dan setelah wawancara mendalam.

Hasil Input

Pengetahuan, sikap, komitmen, kompetensi, kerjasama dan integritas informan mendukung adanya implementasi Clinical Pathway sesuai akreditasi rumah sakit. Ketersediaan sarana sangat mendukung hanya formulir format clinical Pathway yang harus seragam semua SMF.

Hasil Proses

Proses pelaksanaan mulai dari monitoring dan evaluasi dirasakan kurang optimal dalam pelaksanaannya

Hasil Output

Mutu layanan, *Length of stay*, kesesuaian pemeriksaan penunjang dan obat-obatan terbantu dengan adanya implementasi Clinical Pathway.

Faktor INPUT

Informan memahami pengertian Clinical pathway sesuai teori, dalam hal ini informasi definisi yang diberikan oleh informan sesuai dengan definisi pengetahuan. Sesuai menurut Makbul (2019) bahwa Pengetahuan merupakan suatu alat jaminan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dari pengalaman

dan penelitian terbukti bahwa perilaku didasarkan atas pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan tanpa didasari pengetahuan. Pengetahuan merupakan dasar untuk terbentuknya tindakan seseorang Sikap informan terlihat dalam implementasi CP dan akreditasi sebagai tujuan bersama dalam penerapan CP. Lawal (2016) mengemukakan bahwa sikap dipengaruhi oleh proses evaluatif yang dilakukan individu. Faktor yang mempengaruhi terjadinya sikap antara lain faktor genetik, pengalaman pribadi, pengaruh orang tua, kelompok teman sebaya dan media informasi. Hal-hal yang bisa mempengaruhi informan melalui peran akreditasi dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit menimbulkan sikap positif dalam mendukung implementasi CP. Kompetensi berdasarkan keilmuan dalam tiap SMF sudah kompeten sesuai kredensial komite medik. Kemampuan dalam penyusunan dan penerapan CP dirasakan kurang dengan belum banyaknya dokter yang mengikuti pelatihan CP. Hal ini perlu adanya workshop khusus kompetensi CP di rumah sakit Komitmen dibentuk dari akreditasi dan didukung oleh kebijakan dari direktur rumah sakit yang dilihat dengan adanya SK dan SPO. Setelah SK membentuk komitmen dalam penyusunan dan pelaksanaan. Komitmen dari para informan sudah ada dengan terlihat dari wawancara dan observasi. Kerjasama sudah berjalan baik dilapangan antara dokter dpjp dengan perawat. Temuan adanya Surat Keputusan dan SPO merupakan kebijakan yang mendukung implementasi CP, kepedulian dengan

adanya pelaksanaan mengumpulkan 10 penyakit terbanyak dilanjutkan dengan penyusunan CP di tiap SMF serta melakukan evaluasi sebelum akreditasi. Menunjukkan integritas ada dari manajemen rumah sakit. Perlu adanya penambahan edukasi mengenai pelatihan clinical pathway mengingat masih dirasakan kurangnya tenaga yang sudah mendapatkan pelatihan workshop tentang CP sehingga dapat berperan serta dalam jumlah banyak untuk memenuhi penerapan CP. Serta masih kurangnya tenaga case manager di tiap lantai yang bisa memudahkan untuk membantu CP. Sarana penunjang sesuai SPO bahwa jika formulir habis bisa meminta kebagian perlengkapan atau melapor ke bagian mutu sebelum dilakukan pengambilan oleh komite mutu sehingga tidak dibiarkan kosong yang mengakibatkan tidak berjalan sehingga perlu adanya yang mengingatkan dalam morning report atau konferensi perawat tentang penyimpanan status CP.

Faktor Proses

Bahwa perlu adanya penyusunan CP yang seragam isi konten dan format bersama disiplin ilmu lainnya sehingga mempunyai format yang sama dalam penerapannya. Salah satu solusinya dengan workshop tentang clinical pathway untuk seluruh SMF yang ada. Perlu adanya waktu diskusi terjadwal dengan tiap-tiap SMF. Monitoring dengan adanya pengawasan keberhasilan pelaksanaan *clinical pathway* sebagian besar tergantung pada keterlibatan dan investasi dari kedua penyedia layanan, yaitu klinisi dan manajer. Berdasarkan hasil penelitian di atas, diketahui bahwa pengawasan pelaksanaan *clinical*

pathway dilakukan oleh penanggung jawab rumah sakit, *clinical pathway* terpadu mendasari proses rehabilitasi secara keseluruhan dan digunakan sebagai rencana perawatan interdisipliner untuk seluruh tim rehabilitasi. Adanya evaluasi clinical pathway sangat membantu kendali mutu dan kendali biaya namun belum tersosialisasi jadwal tetapnya tiap 3 bulan atau menjelang akreditasi, diharapkan menjadi suatu yang kesinambungan dalam evaluasi dan tindak lanjut. Diharapkan adanya penambahan case manager sehingga tiap lantai terdapat case manager yang dapat membantu pelaksanaan pelayanan khususnya CP

Faktor Output

Menurut beberapa penelitian bahwa *clinical pathway* yang dijalankan dengan baik pada penelitian pre dan post penggunaan CP, mutu layanan berkembang dengan baik misalnya penelitian tentang lama rawat inap diare akut dan stroke sejalan dengan makin baik mutu layanan maka makin baik. Pemeriksaan penunjang sudah digambarkan dalam evaluasi komite medik sub komite mutu hampir rata-rata 100 persen pada 5 *clinical pathway* yang diimplementasikan sehingga bila ada perbedaan akan dievaluasi terlebih lanjut dengan DPJP dan dikeluarkan dari CP bila tidak sesuai. Berdasarkan evaluasi CP pada tahun 2018 didapatkan hasil Pada CP diare akut, hernia tanpa komplikasi, demam berdarah, preeklampsia berat setelah evaluasi implementasi didapatkan penggunaan obat-obatan 100% sedangkan CP stroke non hemoragik, <100% mendekati 100%.

PENUTUP

Kompetensi peranan masing-masing sumber daya manusia menyusun CP secara klinis sesuai rincian kewenangan klinis. Pengetahuan, sikap, kompetensi, kerjasama, komitmen, kebijakan dan sarana prasarana yang mendukung implementasi CP berjalan dengan baik walau format CP belum seragam.

Pelaksanaan CP nya masih dirasakan kurang pengawasan, monitoring serta Berdasarkan hasil proses pelaksanaan, monitoring dan evaluasi CP didapatkan masih harus dievaluasi jadwal pelaporan dan pengawasan dari pihak rumah sakit.

Mutu pelayanan pasien yang meliputi (*Length of stay* dan ketepatan pemeriksaan penunjang) obat-obatan sesuai CP yang diterapkan berdasarkan hasil output mutu pelayanan sesuai dengan implementasi CP. CP yang tersusun terkoordinir dan sistematis serta evaluasi yang baik akan mendatangkan implikasi yang baik untuk tata kelola *governance* dalam meningkatkan mutu rumah sakit, role model atau acuan bagi rumah sakit rujukan lainnya, akademisi merupakan tempat residensi peminatan rumah sakit atau studi banding rumah sakit serta case manager akan menjadi role model bagi rumah sakit lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bella, R. 2018. Laporan kerja praktek Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit Umum daerah Koja. Jakarta.
- Devitra, A. 2011. Analisis implementasi clinical pathway kasus stroke berdasarkan INA-CBGs di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukit Tinggi. Padang. Skripsi. Universitas Andalas.
- Djasri, H. 2013. Peta Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan; Kerjasama Pusat Kebijakan dan Manajemen dengan WHO
- Firmanda, D. 2006. Clinical Pathways Kesehatan Anak” Sari Pediatri, Vol. 8, No. 3. Jakarta.
- Firmanda, D. 2006. Clinical Pathways Kesehatan Anak. Sari Pediatri, Vol. 8, No. 3. Jakarta.
- Komite Medik Subkomite mutu RSUD Koja. Audit implementasi Clinical Pathway RSUD Koja 2018
- Lawal, K.A. 2016. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Medicine 14:35
- Makbul, 2015. Definisi dan pengertian pengetahuan. Diunduh agustus 25,2019 dari <http://www.definisi-pengertian.com/2015/04/definisi-dan-pengertian-pengetahuan.html>
- Paat, C., Kristanto, E., Palolo, F.,P. 2016. Analisis pelaksanaan clinical pathway di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Jurnal Biomedik (JBM).9(1):62-67.
- Pinzon, R., Sugiyanto, Asanti, L., Widyo, K. 2009. Clinical Pathway Dalam Pelayanan Stroke Akut Apakah Pathway Memperbaiki Proses Pelayanan? Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 12(1):20-23.