

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam rangka menjawab rumusan masalah penelitian yang ditetapkan, penulis telah mengumpulkan beberapa data primer dari narasumber dan responden mengenai kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan terhadap penerapan *clinical pathway* untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Dinda Tangerang.

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Dinda Tangerang terletak di Jalan Gatot Subroto Nomor 2, Kelurahan Jatiuwung, Kecamatan Cibodas, Kota Tangerang, Banten. Rumah Sakit Umum Dinda Tangerang berdiri pada Tahun 2004 sebagai rumah bersalin dengan kapasitas 20 tempat tidur dan pelayanan dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter spesialis anak, serta dokter umum. Pada Tahun 2006 Rumah Bersalin Dinda menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) dengan kapasitas 50 tempat tidur dan ditambah pelayanan dokter gigi, Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam serta ambulance. Tahun 2011 RSIA Dinda berubah menjadi Rumah Sakit Umum Dinda dengan kapasitas 100 tempat tidur. Rumah Sakit Umum Dinda juga bekerjasama dengan Pemerintah melalui program pelayanan kesehatan masyarakat Kota Tangerang, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Akte dan Kartu Keluarga Online, KB Kesehatan Manunggal serta SIJARI EMAS.

2. Visi dan Misi

Rumah Sakit Umum Dinda memiliki visi sebagai berikut: "Menjadi Rumah Sakit yang berkualitas dan dipercaya oleh seluruh lapisan masyarakat".

Berangkat dari acuan visi Rumah Sakit Dinda, maka Rumah Sakit Umum Dinda berupaya mewujudkan misi sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan prima yang berorientasi pada kepuasan pelanggan;
- b. Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai dengan standar Rumah Sakit Umum Tipe C;
- c. Menjalinkan kerjasama yang baik dengan semua mitra kerja; dan
- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang professional yang menjunjung tinggi nilai kemanusiaan.

3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang terdapat di Rumah Sakit Umum Dinda Tangerang antara lain:

- a. Layanan gawat darurat 24 jam;
- b. Rawat jalan;
- c. Rawat inap;
- d. Medical check up;
- e. Layanan penunjang medis;
- f. Layanan penunjang non medis;
- g. Spesialis kebidanan dan kandungan;
- h. Spesialis anak;

- i. Spesialis penyakit dalam;
- j. Spesialis bedah;
- k. Spesialis radiologi;
- l. Spesialis rehabilitasi medik;
- m. Spesialis mata;
- n. Spesialis paru;
- o. Spesialis saraf;
- p. Spesialis THT-KL (telinga, hidung, tenggorokan, kepala dan leher);
- q. Spesialis jantung dan pembuluh darah;
- r. Spesialis penyakit kulit dan kelamin;
- s. Dokter umum dan dokter gigi; dan
- t. Pelayanan bidan.

4. Data Kepegawaian

Tabel 3. 1 Data Kepegawaian Rumah Sakit Umum Dinda Tangerang

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Medis:	
	a. Dokter spesialis penyakit dalam	2
	b. Dokter spesialis obgyn	5
	c. Dokter spesialis anak	3
	d. Dokter spesialis bedah	1
	e. Dokter spesialis paru	1
	f. Dokter spesialis saraf	1
	g. Dokter spesialis mata	1
	h. Dokter spesialis patologi klinik	1
	i. Dokter spesialis radiologi	1
	j. Dokter spesialis rehabilitasi medik	1
	k. Dokter spesialis jantung dan pembuluh	1
	l. Dokter spesialis kulit dan kelamin	1
	m. Dokter spesialis anastesi	3
	n. Dokter spesialis THT-KL	1
	o. Dokter umum	9
	p. Dokter gigi	2

No	Jenis Tenaga	Jumlah
	q. Apoteker	4
2	Paramedis Perawatan: a. Bidan b. Perawat	25 68
3	Paramedis non Perawatan: a. Asisten apoteker b. Analisis kesehatan c. Ahli gizi d. Kesehatan lingkungan e. Rekam medik f. Radiologi	10 7 1 1 3 4
4	Non Medis: a. Tenaga administrasi b. Satpam c. <i>Cleaning service</i>	51 7 27
Jumlah		242

Sumber: Profil Rumah Sakit Dinda Tangerang Tahun 2017

5. Hasil Telaah Dokumen dan Wawancara

Berdasarkan SK Direktur Utama RS Dinda Nomor 204/SK/DIR/RSD/X/2016 tentang Kebijakan Penetapan *clinical pathway* Rumah Sakit Dinda memiliki 4 *clinical pathway* yang sudah diterapkan, diantaranya hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa. Dibawah ini merupakan hasil persentase kepatuhan dari masing-masing *clinical pathway* :

Tabel 3. 2 Kepatuhan *clinical pathway* Hernia Inguinalis Non Komplikata

VARIABEL	KEPATUHAN	
	STANDAR	CAPAIAN
Dokter melakukan anamnesa adanya benjolan di lipat paha.	100%	100%
Dokter melakukan pemeriksaan adanya benjolan di lipat paha.	100%	100%
Pemeriksaan rontgen thoraks	100%	85%

VARIABEL	KEPATUHAN	
	STANDAR	CAPAIAN
Pemeriksaan darah pre operatif (darah rutin, BT/CT, HbsAg)	100%	100%
Injeksi antibiotik profilaksis (Cefotaxime 50-200mg/KgBB dalam 2x pemberian untuk anak, Ceftriaxone 1 gram IV untuk dewasa)	100%	85%
Tindakan Herniotomy untuk anak atau Herniography dengan atau tanpa mesh untuk usia ≥ 14 tahun.	100%	100%
Pemantauan luka operasi	100%	25%
Length of Stay pasien 3 hari	100%	45%

Sumber: Hasil Telaah Dokumen, 2018

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat variabel yang belum mencapai standar, yaitu pemeriksaan rontgen thoraks pre operatif dan injeksi antibiotik profilaksis pre operatif (Cefotaxime 50-200 mg/kgbb untuk anak dan Ceftriaxone 1 gram IV untuk dewasa) dengan hasil capaian 85%; yang berarti sebagian *clinical pathway* sudah dilaksanakan. Selain itu, pada variabel pemantauan luka operasi didapatkan hasil capaian 25% dan *Length of Stay* pasien 3 hari didapatkan hasil capaian 45%. Hasil capaian kedua variabel tersebut masih dibawah 50%, hal ini menunjukkan adanya ketidakpatuhan dalam penerapan *Clinical pathway* untuk kedua variabel tersebut.

Tabel 3. 3 Kepatuhan *clinical pathway* Neonatal Infeksi

VARIABEL	KEPATUHAN	
	STANDAR	CAPAIAN
ASESMEN MEDIS	100%	100%
PEMERIKSAAN PENUNJANG		
Darah Lengkap	100%	100%
CRP	100%	100%
PENGOBATAN		
Cefotaxime/ Ceftazidime	100%	0%
LOS 4 hari	100%	100%

Sumber: Hasil Telaah Dokumen, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa dalam penerapan *clinical pathway* Neonatal Infeksi terdapat ketidakpatuhan dalam pemberian antibiotik. Pada pengobatan Cefotaxime / Ceftazidime didapatkan capaian 0%. Hal ini menunjukkan bahwa *clinical pathway* tidak dilaksanakan.

Tabel 3. 4 Kepatuhan *clinical pathway* Stroke Non Hemoragik

VARIABEL	KEPATUHAN	
	STANDAR	CAPAIAN
ASESMEN MEDIS	100%	100%
PEMERIKSAAN PENUNJANG		
Darah Rutin	100%	100%
GDS	100%	100%
Ureum	100%	67%
Kreatinin	100%	67%
Profil Lipid	100%	50%
Elektrolit	100%	67%
Foto Thorax	100%	33%
CT- Scan Kepala Tanpa Kontras	100%	100%
EKG	100%	100%
PENGobatan		
Asering 25-30 cc/KgBB/24 Jam	100%	100%
Oksigen 2-3 liter/menit	100%	17%
Amlodipin 1x5-10 mg	100%	100%
Citicolin 2-3x500 mg	100%	100%
Aspilet 1x80 mg	100%	100%
Simvastatin 1x10-20 mg	100%	67%
LOS 5 hari	100%	100%

Sumber: Hasil Telaah Dokumen, 2018

Berdasarkan tabel di atas didapatkan dalam *clinical pathway* Stroke Non Hemoragik terdapat ketidakpatuhan pada pemeriksaan penunjang dan pengobatan. Pada pemeriksaan penunjang ureum, kreatinin dan elektrolit didapatkan hasil capaian 67%. Pada pemeriksaan penunjang profil lipid didapatkan hasil capaian 50%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian *clinical pathway* sudah dilaksanakan. Pada pemeriksaan penunjang foto thorax didapatkan hasil capaian 33%, hal ini

menunjukkan terdapat ketidakpatuhan dalam penerapan *clinical pathway* pada variabel tersebut, dimana hasil capaian masih di bawah 50%.

Pada pengobatan Simvastatin 1x10-20 mg didapatkan hasil capaian 67%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian *clinical pathway* sudah dilaksanakan. Pada pengobatan Oksigen 2-3 liter/menit didapatkan hasil capaian 17%. Hal ini menunjukkan terdapat ketidakpatuhan dalam penerapan *clinical pathway* pada variabel tersebut, dimana hasil capaian masih di bawah 50%.

Tabel 3. 5 Kepatuhan *clinical pathway* Typhoid Dewasa

VARIABEL	KEPATUHAN (X100)	
	STANDAR	CAPAIAN
ASESMEN MEDIS	100%	100%
PEMERIKSAAN PENUNJANG	100%	100%
Darah Lengkap	100%	100%
CRP	100%	100%
PENGOBATAN	100%	100%
Cefotaxime/ Ceftazidime	100%	100%
LOS 4 hari	100%	100%

Sumber: Hasil Telaah Dokumen, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa capaian kepatuhan *clinical pathway* untuk Typhoid dewasa sudah sesuai dengan standar. Hal ini dapat terlihat dari hasil capaian semua variabel 100%. Selain hasil telaah dokumen rekam medis, di bawah ini merupakan hasil wawancara informan yang telah ditentukan oleh peneliti:

a. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Penulis melakukan wawancara kepada dr. G selaku Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan mendapatkan hasil bahwa *clinical pathway* merupakan sarana peningkatan mutu pelayanan bagi pasien sehingga harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur. Terdapat 4 *clinical pathway* antara lain: hernia inguinalis non

komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa. *Clinical pathway* disusun secara bersama antara direktur, komite medik, komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien, DPJP, perawat, ahli gizi, bidan, dan apoteker.

Pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan prosedur. Menurut dr. G hal ini disebabkan karena situasi lapangan yang tidak terduga. Misalnya seorang pasien datang dengan keluhan hamil dan ingin melahirkan sehingga dipegang oleh dokter kandungan, namun saat proses tersebut bisa saja terjadi gangguan kesehatan lain yang harus ditangani oleh dokter spesialis lain juga. Evaluasi selalu dilakukan setiap 1 bulan sekali sehingga memungkinkan perbaikan kinerja tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terdapat di Rumah Sakit Dinda Tangerang.

Penerapan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang masih belum lama begitupun peraturan internal rumah sakit masih dalam proses penyusunan dan rencananya akan berlaku mulai Mei 2018. Peraturan yang dibuat bersifat tegas sehingga diharapkan tenaga kesehatan lebih disiplin dalam melaksanakan *clinical pathway* sehingga meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan.

Menurut dr. G faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan *clinical pathway* tentu ada. Dukungan direktur, adanya peraturan yang tegas dan fasilitas yang memadai adalah pendukung

pelaksanaan *clinical pathway* . Sedangkan faktor penghambat adalah karena situasi lapangan yang tidak terduga.

b. Ketua Komite Medik

Penulis melakukan wawancara kepada dr. P selaku Ketua Komite Medik mendapatkan hasil bahwa Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menerapkan *clinical pathway* sejak Mei 2017 sampai sekarang (sekitar 11 bulan). Terdapat 4 *clinical pathway* antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa. *Clinical pathway* disusun secara bersama antara direktur, komite medik, komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien, DPJP, perawat, ahli gizi, bidan, dan apoteker.

Selama 11 bulan berjalan dr. P mengatakan, pelaksanaan *clinical pathway* masih belum optimal hal ini disebabkan karena masih terdapat DPJP yang tidak patuh dalam melaksanakan *clinical pathway* . Hal yang paling sering terjadi adalah terkait lama rawat inap pasien, misalnya bagi pasien yang seharusnya dirawat 4 hari menurut *clinical pathway* , bisa jadi 5 hari bahkan lebih. Hal ini tentunya melanggar aturan yang berakibat merugikan pasien sekalipun terkadang pasien tidak mengetahui kebenarannya. Selain itu kasus yang sering terjadi adalah ketidaksesuaian terapi antara yang tertulis pada *clinical pathway* dengan yang diberikan kepada pasien. Mungkin manfaat terapi sama, akan tetapi tentu akan terjadi perbedaan pada harga dan jika pasien mengetahui tentunya ini menurunkan kualitas pelayanan. Ketidakpatuhan DPJP ini kemungkinan

disebabkan oleh ketidakpuasan atas bayaran yang diterima oleh DPJP sehingga menambah lama rawat inap. Menurut dr. P penerapan *clinical pathway* oleh Profesional Pemberi Asuhan atau PPA (perawat, ahli gizi dan apoteker) tidak terlalu banyak terjadi penyimpangan. Secara keseluruhan sejauh ini PPA telah melaksanakan *clinical pathway* sesuai dengan prosedur.

Rumah Sakit Dinda Tangerang melakukan evaluasi terkait pelaksanaan *clinical pathway* setiap satu bulan sekali. Dalam evaluasi ini akan dibahas kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan *clinical pathway* yang baru berjalan hampir 1 tahun ini. Saat ini Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menyusun peraturan internal rumah sakit terkait *clinical pathway* dan rencananya akan diaplikasikan pada Mei 2018 ini. Dalam peraturan tersebut sudah terdapat sanksi bagi DPJP maupun PPA yang tidak melaksanakan *clinical pathway* sesuai dengan prosedur sehingga dengan dibuatnya peraturan internal ini diharapkan mampu meningkatkan kepatuhan terhadap penerapan *clinical pathway*.

Pelaksanaan *clinical pathway* yang bisa dikatakan sangat baru ini tentu masih banyak kekurangan dan perlu ditingkatkan setiap harinya. Menurut dr. P sarana dan prasarana yang terdapat di Rumah Sakit Dinda Tangerang ini sudah sangat memadai untuk melaksanakan *clinical pathway*, selain itu adanya standar akreditasi yang mengharuskan *clinical pathway* berjalan demi peningkatan kualitas rumah sakit menjadikan faktor pendukung DPJP dan PPA dalam melaksanakan *clinical pathway*

sesuai SPO. Namun terdapat faktor penghambat yakni situasi lapangan yang tidak terduga sehingga menyebabkan pelaksanaan *clinical pathway* belum sepenuhnya sesuai.

c. Profesional Pemberi Asuhan

1) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien)

a) Dokter Spesialis Anak

Penulis telah mewawancarai dr. M selaku dokter spesialis anak. Menurut dr. M Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menerapkan 4 *clinical pathway* yang dilaksanakan antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik, dan demam tifoid pada dewasa. Menurut dr. M dirinya terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* bersama tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli gizi, dan apoteker serta manajer pelayanan medik rumah sakit juga turut membantu penyusunan *clinical pathway*.

Pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Hasil wawancara yang dilakukan kepada dokter spesialis anak didapatkan bahwa untuk penerapan *clinical pathway* pada neonatal infeksi masih perlu ditingkatkan. Menurut dr. M ketidakpatuhan dokter dalam menerapkan *clinical pathway* salah satunya disebabkan karena tarif jasa bagi tenaga medis masih belum sesuai dengan harapan sehingga terkadang dokter

menambah hari rawat yang membuat ketidaksesuaian dengan *clinical pathway* yang sudah dibuat.

Evaluasi dilaksanakan setiap 1 bulan sekali untuk meningkatkan kualitas pelayanan mengingat *clinical pathway* ini belum lama diterapkan. *Clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang sudah berjalan kurang lebih 1 tahun dan selama pelaksanaannya *clinical pathway* didukung oleh kerja sama yang baik antar profesi. Sementara minimnya pertemuan antar profesi untuk membahas kewenangan klinis antar masing-masing profesi menjadi faktor penghambat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway*.

b) Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Penulis telah mewawancarai dr. S selaku dokter spesialis dalam. Menurut dr. S Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menerapkan 4 *clinical pathway* yang dilaksanakan antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik, dan demam tifoid pada dewasa. Menurut dr. S dirinya terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* bersama tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli gizi dan apoteker serta manajer pelayanan medik rumah sakit juga turut membantu penyusunan *clinical pathway*.

Pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Dari hasil

wawancara kepada dokter spesialis dalam didapatkan bahwa untuk penerapan *clinical pathway* pada demam tifoid pada dewasa masih perlu ditingkatkan.

Clinical pathway di Rumah Sakit Dinda Tangerang sudah berjalan kurang lebih 1 tahun dan selama pelaksanaannya *clinical pathway* didukung oleh dukungan direktur, kerja sama yang baik antar profesi. Sementara minimnya pertemuan antar profesi untuk membahas kewenangan klinis antar masing-masing profesi menjadi faktor penghambat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway*.

c) **Dokter Spesialis Bedah**

Penulis telah mewawancarai dr. K selaku dokter spesialis bedah. Menurut dr. K Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menerapkan 4 *clinical pathway* yang dilaksanakan antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa. Menurut dr. K dirinya terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* bersama tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli gizi dan apoteker serta manajer pelayanan medik rumah sakit juga turut membantu penyusunan *clinical pathway*.

Pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Dari hasil wawancara kepada dokter spesialis bedah didapatkan bahwa

untuk penerapan *clinical pathway* pada hernia inguinalis non komplikata masih perlu ditingkatkan. Evaluasi diadakan setiap 1 bulan sekali.

Clinical pathway di Rumah Sakit Dinda Tangerang sudah berjalan kurang lebih 1 tahun dan selama pelaksanaannya *clinical pathway* didukung oleh peraturan internal rumah yang tegas dan sakit kerja sama yang baik antar profesi. Faktor penghambat menurut dr. K adalah sarana penunjang medis dan tarif jasa pelayanan bisa ditingkatkan.

d) Dokter Spesialis Saraf

Penulis telah mewawancarai dr. D selaku dokter spesialis anak. Menurut dr. D Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menerapkan 4 *clinical pathway* yang dilaksanakan antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa. Menurut dr. D dirinya terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* karena merupakan penanggungjawab penerapan *clinical pathway* pada kasus stroke non hemoragik serta tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli gizi dan apoteker serta manajer pelayanan medik rumah sakit juga turut membantu penyusunan *clinical pathway*.

Pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Dari hasil wawancara kepada dokter spesialis saraf didapatkan bahwa untuk

penerapan *clinical pathway* pada stroke non hemoragik masih perlu ditingkatkan terutama bagi sarana penunjang medis seperti fasilitas ct-scan sehingga pasien yang datang dengan terapi ct-scan dapat langsung diperiksa di Rumah Sakit Dinda secara langsung tanpa harus di rujuk ketempat lain.

Clinical pathway di Rumah Sakit Dinda Tangerang sudah berjalan kurang lebih 1 tahun dan selama pelaksanaannya *clinical pathway* didukung oleh kerja sama yang baik antar profesi. Sementara minimnya yang menjadi faktor penghambat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* adalah sarana penunjang medis harus ditingkatkan lagi.

2) Dokter Umum

Penulis telah mewawancarai dokter umum yaitu dr. H. Menurut dr. H yang baru bekerja di Rumah Sakit Dinda Tangerang selama 6 bulan telah terdapat 5 *clincinal pathway* namun baru 4 dari 5 *clinical pathway* yang dilaksanakan antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa.

Menurut dr. H dirinya secara pribadi terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* selain itu terdapat dokter spesialis yang berkaitan dengan *clinical pathway* serta tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli gizi dan apoteker serta manajer pelayanan medik rumah sakit juga turut membantu penyusunan *clinical pathway* . Pelaksanaan

clinical pathway di Rumah Sakit Dinda Tangerang belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Masih terdapat ketidaksesuaian pada beberapa kasus misalnya, kasus yang seharusnya dari awal ditangani oleh spesialis internal tapi ditangani oleh spesialis kandungan sehingga terjadi ketidaksesuaian antara kewenangan klinis dengan profesinya.

Clinical pathway di Rumah Sakit Dinda Tangerang sudah berjalan kurang lebih 1 tahun dan selama pelaksanaannya *clinical pathway* didukung oleh kerja sama yang baik antar profesi dan sarana prasarana yang memadai. Sementara minimnya pertemuan antar profesi untuk membahas kewenangan klinis antar masing-masing profesi menjadi faktor penghambat kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway*.

Evaluasi dilakukan setiap satu bulan sekali guna memperbaiki kepatuhan para profesional pemberi asuhan terhadap *clinical pathway*. Sejak diberlakukannya *clinical pathway*, Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menyusun peraturan internal rumah sakit yang akan berlaku pada Mei 2018. Dalam peraturan tersebut terdapat sanksi berupa teguran bagi para profesional pemberi asuhan jika tidak melaksanakan *clinical pathway* sesuai dengan prosedur.

3) Perawat

Penulis mewawancarai perawat I yang baru bekerja di Rumah Sakit Dinda Tangerang selama 4 bulan. Perawat I mengatakan

Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memiliki 5 *clinical pathway* namun baru diterapkan sebanyak 4 antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa.

Perawat juga terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* bersama profesi lain yaitu perawat, dokter umum dan spesialis terkait *clinical pathway*, ahli gizi, komite medik dan komite mutu. Menurut apoteker D, Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menjalankan *clinical pathway* kurang lebih 1 tahun. Dalam pelaksanaannya jika dilihat dari profesi perawat sudah sesuai dengan SPO. Perawat melaksanakan tugasnya sesuai dengan SPO sehingga dalam profesi perawat tidak terdapat masalah.

Evaluasi dilakukan setiap bulan secara rutin. Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memiliki peraturan internal rumah sakit yang baru dibuat semenjak persiapan akreditasi Desember 2017 dan rencananya akan diterapkan mulai Mei 2018.

4) Apoteker

Apoteker adalah salah satu penunjang dalam pelaksanaan *clinical pathway* karena apoteker berperan dalam terapi pengobatan pasien. Penulis melakukan wawancara kepada apoteker D yang telah bekerja selama 1,5 tahun di Rumah Sakit Dinda Tangerang. Apoteker D mengatakan Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memiliki 5 *clinical pathway* namun baru diterapkan sebanyak 4

antara lain: hernia inguinalis non komplikata, neonatal infeksi, stroke non hemoragik dan demam tifoid pada dewasa.

Apoteker juga terlibat dalam penyusunan *clinical pathway* bersama profesi lain yaitu perawat, dokter umum dan spesialis terkait *clinical pathway*, ahli gizi, komite medik, dan komite mutu. Menurut apoteker D, Rumah Sakit Dinda Tangerang telah menjalankan *clinical pathway* kurang lebih 1 tahun. Dalam pelaksanaannya jika dilihat dari profesi apoteker yang hanya mendapatkan bagian dalam mengkaji terapi pengobatan pasien pelaksanaannya sudah cukup sesuai, hanya masih terdapat ketidaksesuaian pengobatan yang dilakukan oleh dokter yang sudah sepuh. Hal ini karena beliau merasa sudah memiliki kompetensi dan pengalaman yang cukup lama dalam menangani pasien sehingga terkadang dokter sepuh memberikan obat sesuai keilmuan dan pengalamannya bukan sesuai dengan *clinical pathway* yang tertera.

Evaluasi dilakukan setiap bulan secara rutin. Biasanya dari profesi apoteker membahas tentang dokter yang memberikan terapi pengobatan tidak sesuai dengan *clinical pathway* yang sudah ada. Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memiliki peraturan internal rumah sakit yang diterapkan mulai Mei 2018. Dalam audit klinis biasanya apoteker melaporkan dokter yang melanggar *clinical pathway* kemudian akan ditembuskan ke bagian komite medik. Bagi

dokter yang melanggar biasanya diberikan sanksi berupa teguran tertulis.

5) Ahli Gizi

Penulis melakukan wawancara kepada ahli gizi yaitu ahli gizi S yang telah bekerja di Rumah Sakit Dinda selama 5 bulan dan mendapatkan hasil bahwa terdapat 4 *clinical pathway* yang sudah dilaksanakan sejak 1 tahun terakhir. Ahli gizi bertugas menyiapkan nutrisi yang dibutuhkan pasien sesuai dengan terapi yang terdapat pada *clinical pathway*.

Ahli gizi ikut terlibat dalam menyusun *clinical pathway* bersama tenaga medis lain seperti dokter, perawat, apoteker, dan komite mutu serta komite medik. Dilihat dari profesi ahli gizi, pelaksanaan *clinical pathway* sudah sesuai SPO dan tidak ada kendala yang berarti sejauh ini. Evaluasi dilaksanakan setiap 1 bulan sekali untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Ahli gizi S mengatakan bahwa selama ini dari profesi ahli gizi sudah patuh dan melaksanakan *clinical pathway* sesuai dengan ketentuan yang ada sehingga dalam rapat evaluasi tidak terlalu banyak keluhan. Terkait faktor pendukung, menurut ahli gizi S yaitu sarana dan prasarana sudah memadai dan tidak terdapat faktor penghambat yang berarti.

d. Pasien

Penulis mewawancarai 5 pasien. Pasien pertama Tn. A berumur 15 tahun dirawat hari ketiga dengan diagnosa tipes mengatakan bahwa pelayanan di Rumah Sakit Dinda Tangerang sangat ramah. Petugas kesehatan menjelaskan segala prosedur yang akan dilakukan dengan jelas dan mudah dimengerti. Dilihat dari harga juga dapat menggunakan BPJS sehingga biaya terjangkau. Selama dirawat sampai hari ketiga ini mengatakan bahwa bagi dokter sebaiknya datang berkunjung dipagi sampai sore, sehingga tidak mengganggu waktu istirahat malam. Selain itu Tn. A mengeluhkan ruangan kelas 1 yang sempit dan terasa sumpek. Selain itu Tn. A mengeluhkan ahli gizi yang tidak pernah memberi penjelasan terkait makanan apa yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi. Sehingga Tn. A berharap Rumah Sakit Dinda lebih meningkatkan fasilitas ruangan agar lebih nyaman.

Pasien kedua adalah Tn. S 56 tahun dirawat hari ketiga dengan diagnosa demam tifoid dan gastritis. Tn. S mengatakan bahwa kualitas pelayanan dokter dan perawat selama ini sudah cukup baik. Dokter dan perawat selalu memberikan penjelasan setiap akan dilakukan tindakan. Sarana prasarana menurut Tn. S sudah baik, hanya penyajian makanan kurang sehingga terkadang pasien tidak selera untuk makan. Sarana dan prasarana menurut Tn. S sudah sangat memadai kecuali bagi ruangan kelas 1 yang terasa sempit dan agaknya lebih diperbesar sehingga lebih nyaman bagi pasien. Selain itu petugas kebersihan sering datang terlalu

siang sehingga ruangan kadang sampai jam 10 masih belum dibersihkan dan membuat kurang nyaman.

Pasien ketiga adalah Ny. D 65 tahun dirawat hari ketiga dengan diagnosa hipertensi. Menurut Ny. D dokter dan perawat yang memeriksa sangat ramah dan menjelaskan segala prosedur saat akan dilakukan tindakan. Hanya ahli gizi tidak pernah keliling untuk menjelaskan pantangan apa yang harus dijalankan oleh pasien. Dari sarana dan prasarana menurut Ny. D ruang kelas 2 terlalu banyak tempat tidur sehingga ruangan terasa sempit.

Pasien keempat adalah Ny. L 41 tahun dengan diagnosa post sc anak ketiga dan dirawat hari kedua. Menurut Ny. L selama dirinya dirawat di rumah sakit, dokter tidak pernah datang berkunjung begitupun dengan ahli gizi yang tidak pernah memberikan penjelasan terkait makanan yang baik atau tidak baik untuk dikonsumsi agar segera pulih. Bidan dan perawat yang selalu datang menanyakan kondisi dirinya dan sangat cekatan dan cepat saat diperlukan sehingga Ny. L merasa sangat puas dalam perawatannya. Bidan sangat ramah dan memberikan penjelasan sangat jelas dan mudah dimengerti.

Pasien kelima adalah Ny. R 27 tahun dengan diagnosa post sc hari kedua dan dirawat hari ketiga. Ny. R mengatakan selama akan dioperasi dokter menjelaskan prosedur yang akan dilakukan sangat jelas dan mudah dimengerti. Pelayanan sangat baik dan ramah. Sementara ahli gizi dan apoteker tidak pernah memberikan penjelasan selama pasien dirawat.

Yang paling banyak memberikan penjelasan adalah bidan. Bidan menjelaskan setiap tindakan dan terapi dengan sangat jelas dan mudah dimengerti. Fasilitas rawat inap menurut Ny. R sangat memuaskan dan nyaman.

B. Pembahasan

1. Pengaturan Hukum dalam Penerapan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit Dinda Tangerang

Belum terdapat peraturan khusus dari menteri kesehatan terkait *clinical pathway* sehingga dalam melakukan penelitian penulis mengacu pada pengaturan hukum berikut ini:

a. Undang Undang Dasar 1945

Terkait dengan penerapan *clinical pathway* terdapat di Rumah Sakit Dinda Tangerang yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan maka pasien berhak mendapat perlakuan yang adil dan sesuai dengan nilai-nilai bangsa yang beradab, termuat dalam Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 yang menyebutkan bahwa:

“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan dan kepastian hukum, adil serta perlakuan yang sama dihadapan hukum.”

Pentingnya penghormatan terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) dalam memperoleh pelayanan kesehatan sehingga *clinical pathway* tersebut harus diterapkan sesuai dengan SPO yang ada. Menghormati hak orang lain termuat dalam Pasal 28H ayat 1 yang menyebutkan bahwa: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat

tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Dari sini dapat disimpulkan bahwa UUD 1945 telah memberikan batas yang tegas dan bersifat umum bagi pelayanan kesehatan agar meningkatkan kualitasnya dengan menerapkan *clinical pathway*.

b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Pasal 44 ayat (1) menyebutkan bahwa

“Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi”.

Sehingga dokter wajib melaksanakan *clinical pathway* sesuai dengan standar pelayanan kedokteran.

Penerapan *clinical pathway* banyak sangkut pautnya dengan dengan rahasia kedokteran berikut tercantum dalam Pasal 48 ayat 1 yang menyebutkan bahwa :

“Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran”.

Sistem demokrasi hak asasi seseorang harus diindahkan, namun hak asasi ini tidak bersifat absolut. Pembatasan dari hak asasi seseorang adalah hak asasi orang lain di dalam masyarakat tersebut.

Kepentingan perorangan harus mengalah terhadap kepentingan masyarakat banyak. Kebebasan atau kepentingan individu tidak bisa dipertahankan sedemikian rupa sehingga sampai membahayakan kepentingan orang lain di dalam masyarakat tersebut. Terkait dalam pelaksanaan *clinical pathway* maka setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayan kesehatan kepada pasien berkewajiban menjaga rahasia kedokteran.

Pasal 50 bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- 1) Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- 2) Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- 3) Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- 4) Menerima imbalan jasa.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban yang termuat dalam Pasal 51 yang menyebutkan bahwa:

- 1) memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- 2) merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia,

Pelaksanaan *clinical pathway* mewajibkan tenaga kesehatan agar mampu menjaga kerahasiaan masing-masing pasien, tetapi pada pelaksanaannya belum semuanya sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional yang sudah dibuat.

Dapat disimpulkan bahwa UU Nomor 29 tahun 2004 yang mengatur tentang Praktik Kedokteran menjadi suatu aturan yang lebih teknis. UU ini secara spesifik memberikan kewajiban bagi pemberi jasa medis, yakni dokter dan dokter gigi untuk memberikan layanan sesuai dengan standar profesi dan standar operasional yang berlaku, termasuk menerapkan *clinical pathway*.

c. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) sudah mencantumkan standar hak asasi manusia internasional, karena terdapat asas keseimbangan, perlindungan dan penghormatan terhadap hak dan kewajiban, serta nondiskriminasi. Di sisi lain, UU Kesehatan sudah mengikuti Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Pasal 4 UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan.

Hak atas pelayanan kesehatan dijelaskan dalam Pasal 5 yang menyebutkan bahwa;

- (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.

- (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Pasal 5 UU Kesehatan menyatakan bahwa terdapat kesamaan hak tiap orang dalam mendapatkan akses atas sumber daya kesehatan, memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Tugas pemerintah dalam hal ini untuk menyediakan tenaga medis, paramedik dan tenaga kesehatan lainnya yang cukup dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh pasien dan menjamin ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Penyediaan obat dan perbekalan kesehatan serta jaminan ketersediaan obat dan alat kesehatan diatur dalam UU Kesehatan dan berlaku untuk seluruh pasien tanpa terkecuali.

Selain itu, UU Kesehatan juga menyebutkan bahwa setiap warga negara berhak atas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Pelayanan kesehatan dengan karakteristik demikian dapat dicapai dengan menerapkan *clinical pathway* . Karena UU Kesehatan mengatur hak warga negara atas kesehatan yang bersifat umum, pembahasan mengenai *clinical pathway* tidak dilakukan secara mendalam. Di sisi lain, peraturan-peraturan turunan dari UU Kesehatan akan membahas mengenai aspek pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau secara lebih detail.

- d. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada Pasal 26 ayat (1) menyebutkan bahwa:

Tenaga kesehatan yang telah ditempatkan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit Dinda Tangerang diharapkan melaksanakan tugas sesuai kompetensi dan wewenangnya sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan khususnya dalam menerapkan *clinical pathway*.

Pada Pasal 58 ayat (1) menyebutkan bahwa:

Tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan.

Clinical pathway adalah alur pengobatan pasien dan didalamnya terdapat segala sesuatu terkait pengobatan pasien mulai dari diagnosa sampai terapi apa yang akan diberikan. Sehingga pelaksanaannya harus sesuai dengan prosedur demi kesembuhan pasien.

- e. Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran

Pasien hendaknya mendapatkan pelayanan sesuai standar sehingga pelayanan yang didapat mampu memberikan kesembuhan kepada pasien tersebut. Pada Pasal 2 huruf a Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Kedokteran mengatakan bahwa:

Penyusunan standar pelayanan kedokteran bertujuan untuk memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

Mengacu kepada pasal 2 huruf a ini hendaknya dokter menyesuaikan perawatan medis dengan kebutuhan pasien dan oleh sebab itu *clinical pathway* dibuat untuk memudahkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan pasien tanpa merugikan pasien. Selain itu pada pasal 2 huruf b menyebutkan bahwa:

Penyusunan standar pelayanan kedokteran juga bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kedokteran yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi.

Dengan pasal ini penulis mengetahui betapa pentingnya mematuhi *clinical pathway* yaitu demi mutu pelayanan kedokteran sehingga pasien segera sembuh dari penyakit yang sedang dialami.

Pasal 10 ayat (1) sampai dengan ayat (5) membahas terkait standar prosedur operasional yaitu:

- (1) Pimpinan pelayanan kesehatan wajib memprakasai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya;
- (2) PNPk harus dijadikan acuan pada penyusunan SPO di fasilitas pelayanan kesehatan;
- (3) SPO harus dijadikan panduan bagi seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;

- (4) SPO disusun dalam bentuk Panduan Praktek Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau *standing order*;
- (5) Panduan praktik klinis sebagaimana dimaksud pada ayat 4 harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepastakaan.

Pasal 11 menyebutkan bahwa:

SPO disusun oleh staf medis pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dikordinasi oleh komite medis dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal ini telah sesuai dengan Rumah Sakit Dinda bahwa seluruh staf medis bekerja sama dalam menyusun *clinical pathway* yang bekerja sama dengan komite medik dan mutu serta direktur Rumah Sakit.

Pasal 13 ayat (1) menyebutkan bahwa:

Dokter dan dokter gigi serta tenaga kesehatan lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan harus mematuhi PNPk dan SPO sesuai dengan keputusan klinis yang diambilnya.

Kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan *clinical pathway* sangatlah penting demi kesembuhan pasien.

Dari ketentuan diatas maka dapat kita pelajari penyusunan standar pelayanan kesehatan kita, yaitu Pusat menentukan PNPk, di daerah diadopsi menjadi SPO atau PPK dan untuk membantu pelaksanaannya didaerah PPK ini dapat dibantu oleh *clinical pathway*, *standing orders*, algoritma, protokol ataupun prosedur.

Saat ini untuk membantu Rumah Sakit mengembangkan sistim kendali pelayanan mereka, maka banyak pakar membuat pelatihan penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) ataupun *Clinical pathway* akibat tidak adanya suatu ketentuan yang baku.

Direktur Rumah Sakit Dinda Tangerang senantiasa bekerja sepenuh hati untuk meningkatkan kualitas pelayanan salah satunya dengan menyusun *clinical pathway* yang telah diterapkan selama hampir 1 tahun. Rumah sakit dinda saat ini telah memiliki *clinical pathway* sebanyak 4 dan sudah terdapat peraturan internal rumah sakit yang akan diberlakukan mulai Mei 2018. Dalam *clinical pathway* Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memuat anamnesis sampai terapi apa yang akan didapatkan pasien.

2. Analisis Kepatuhan penerapan *Clinical pathway* oleh Profesional Pemberi Asuhan di Rumah Sakit Dinda Tangerang

A. Fokus Utama Analisis Implementasi Kebijakan

Keberhasilan analisis implementasi kebijakan, antara lain ditentukan oleh ketajaman menetapkan fokus, permasalahan atau pertanyaan utama (*subject matter*). Salah satunya disampaikan oleh O'Toole, yang mengidentifikasi fokus atau pertanyaan utama dalam analisis implementasi adalah "Apakah yang terjadi antara lahirnya suatu kebijakan dan bagaimana dampaknya terhadap dunia?" (O'Toole 2000: 273). Secara ontologis, fokus atau permasalahan utama (*subject matter*) analisis implementasi dimaksudkan untuk memahami fenomena implementasi kebijakan, seperti (i) mengapa suatu kebijakan gagal diimplementasikan di suatu daerah; (ii) mengapa suatu kebijakan secara publik yang sama, yang

dirumuskan oleh pemerintah memiliki tingkat keberhasilan yang berbeda-beda Ketika diimplementasikan oleh pemerintah daerah; (iii) mengapa suatu jenis kebijakan lebih mudah dibandingkan dengan jenis kebijakan lain; (iv) mengapa perbedaan kelompok sasaran kebijakan memengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Upaya untuk memahami berbagai fenomena implementasi tersebut pada akhirnya dimaksudkan untuk dapat memetakan faktor apa saja (variable penjelas) yang memengaruhi munculnya berbagai fenomena implementasi tersebut (Ripley 1986 dalam Purwanto 2012).

Adapun beberapa hal yang perlu menjadi perhatian untuk mengevaluasi sebuah kebijakan, yakni sebagai berikut.

1. Output, digunakan untuk mengetahui konsekuensi langsung yang dirasakan oleh kelompok sasaran sebagai akibat dari implementasi kebijakan.
2. Akses, berkaitan dengan seberapa mudah kelompok sasaran mendapatkan layanan dari implementasi sebuah kebijakan.
3. Cakupan, tentang siapa saja yang menjadi kelompok sasaran dan perbandingan jumlah kelompok sasaran yang telah mendapat layanan dengan total kelompok sasaran dapat pula menganalisis frekuensi untuk mengetahui seberapa sering kelompok sasaran memperoleh layanan kebijakan.
4. Bias, menganalisis potensi terjadinya “penyimpangan” atau ketidaktepatan implementasi kebijakan.
5. Ketepatan layanan, berkaitan tentang apakah pelayanan yang diberikan dilakukan tepat waktu atau tidak.
6. Akuntabilitas, menggali tentang aspek pertanggungjawaban implementasi kebijakan.
7. Kesesuaian program dengan kebutuhan, menganalisis apakah kebijakan yang diimplementasikan telah sesuai dengan apa yang diperlukan atau menjadi kebutuhan masyarakat.

8. *Outcome*, yaitu digunakan untuk mengukur dampak suatu kebijakan. Hal ini merupakan kelanjutan dari *output*.

Seseorang analis kebijakan harus mampu mengenali dan tanggap menganalisis implementasi yang rawan menghadapi permasalahan dalam prosesnya. Kebijakan-kebijakan yang cenderung memunculkan masalah dalam implementasinya antara lain dikemukakan Winarno (2014), seperti berikut.

1. Kebijakan baru

Kebijakan baru kerap menemui permasalahan dalam implementasinya oleh berbagai alasan. *Pertama*, saluran komunikasi yang masih dibangun, sementara efektivitas komunikasi sangat vital untuk keberhasilan implementasi kebijakan. *Kedua*, tujuan yang ditetapkan sering kali tidak jelas. *Ketiga*, pada tahap awal masih menjadi ketidakkonsistenan petunjuk pelaksanaan. *Keempat*, kebijakan baru kemungkinan besar menemui hambatan sumber-sumber pendanaan dan sumber daya lainnya. *Kelima*, cenderung mendapat perhatian dan prioritas yang rendah dari pelaksana. *Keenam*, kebijakan memunculkan tindakan-tindakan yang tidak atau belum pernah dilakukan sebelumnya. *Ketujuh*, kebijakan baru masih dapat diubah oleh para pelaksana untuk disesuaikan dengan cara lama.

2. Kebijakan yang didesentralisasikan

Kebijakan yang diserahkan dan dikelola oleh unit yang lebih kecil biasanya melibatkan lebih banyak orang. Semakin banyak organisasi yang terlibat dan semakin Panjang rantai birokratisasi, maka semakin banyak pula kemungkinan untuk terjadi istirsi informasi. Selain itu, pengawasan kebijakan yang didesentralisasikan akan menjadi semakin kompleks.

3. Kebijakan kontroversial

Kebijakan yang lahir dari perdebatan dan pro-kontra yang “besar” memerlukan proses kompromi yang besar pula. Kebijakan yang kontroversial juga mendorong pihak yang bersebrangan untuk memengaruhi proses implementasinya agar tujuan kebijakan tidak tercapai optimal.

4. Kebijakan yang kompleks

Tingkat kerumitan sebuah kebijakan juga dapat memengaruhi keberhasilan kebijakan itu sendiri. Kebijakan yang rumit akan menimbulkan kesulitan penerapan oleh aktor pelaksana.

5. Kebijakan yang berhubungan dengan krisis

Keadaan krisis sering meminta tindakan cepat dan fleksibel, situasi ini pada saat yang sama memunculkan besarnya potensi penolakan terhadap kebijakan saat krisis yang tidak diinginkan. Keterbatasan waktu dan sumber daya menimbulkan kesulitan dalam proses implementasi.

6. Kebijakan yang ditetapkan oleh pengadilan

Keputusan pengadilan sering berupa pernyataan-pernyataan normatif yang membutuhkan interpretasi lebih mendalam. Hal ini meunculkan ruang kekeliruan dalam memahami dan kemudian melaksanakan kebijakan.

Kebijakan yang implementasinya bermasalah tentu membuka peluang yang lebih besar untuk mengalami kegagalan pengembangan kebijakan (*policy failure*) yang pada gilirannya akan berdampak pada pembangunan Kesehatan. Tanpa implementasi yang efektif maka keputusan pembuat kebijakan tidak akan berhasil dilaksanakan (Edward, 1980). Implementasi kebijakan dapat dilihat sebagai upaya untuk mengelola *input* untuk menghasilkan *output* atau *outcome* bagi masyarakat. Oleh karena

itu, implementasi merupakan tahap yang sangat menentukan dalam proses kebijakan.

Tahap implementasi kebijakan dapat dicirikan dan dibedakan dengan tahap pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan di satu sisi merupakan proses yang memiliki logika *bottom-up*, dalam arti proses kebijakan diawali dengan penyampaian aspirasi, permintaan atau dukungan dari masyarakat. Sedangkan implementasi kebijakan di sisi lain di dalamnya memiliki logika *top-down*, dalam arti penurunan alternatif kebijakan yang abstrak atau makro menjadi tindakan konkret atau mikro (Wibawa, 1994).

Dua jenis pendekatan model implementasi kebijakan berpacu dalam tahap implementasi kebijakan, yakni model *top down* dan model *bottom up*. Kedua model ini terdapat pada setiap proses pembuatan kebijakan. Model elit, model proses dan model *top down*. Sedangkan gambaran model *bottom up* dapat dilihat pada model kelompok dan model kelembagaan.

1. Upaya untuk mengadopsi pendekatan empiris dengan embagi antara mereka melihat pelaksanaan secara proses *stop down* dan mereka yang mendukung pendekatan *bottom up*. Sebuah perspektif manajemen rasional mendominasi model *top down*, di mana pelaksana dipandang sebagai produk dari manajemen birokrasi yang kuat yang melibatkan control, pemaksaan, dan kepatuhan untuk memastikan tercapainya tujuan kebijakan (Mazmanian & Sabatier, 1989). Sebaliknya, model *bottom up* menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan terjadi hanya ketika pihak yang terkena dampak juga terlibat dari awal proses kebijakan ini secara bertahap seperti perumusan masalah dan kebijakan, serta selama tahap implementasi (Berman, 1978 dalam Purwanto, & Sulistyastuti, 2012). Melihat dua jenis pendekatan implementasi tersebut terdapat beberapa

model implementasi yang dipakai dalam menganalisis proses implementasi di lapangan.²⁷

Secara umum, tujuan evaluasi kebijakan adalah menilai isi atau konten kebijakan apakah berlangsung sesuai tujuan penetapan, dan terimplementasi dengan baik, serta mengukur tingkat ketercapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Selain itu, hasil evaluasi akan mampu menjelaskan keberhasilan atau kegagalan pengembangan kebijakan. Informasi yang diperoleh dari evaluasi akan menjadi justifikasi atau penjelasan dari ketercapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Evaluasi dapat mendorong kinerja kebijakan melalui upaya peningkatan efektivitas dan efisiensi. Informasi tentang efektivitas dan efisiensi akan menentukan berlanjut atau tidaknya pelaksanaan kebijakan di masa mendatang. Ukuran-ukuran evaluasi kebijakan meliputi enam dimensi sebagaimana dikemukakan Ayuningtyas, 2014, berikut ini.

1. Efektivitas

Penilaian terhadap efektivitas merupakan upaya untuk menjawab ketepatan waktu dalam pencapaian hasil atau tujuan. Jadi, parameter dalam penilaian efektivitas antara lain adalah ketepatan waktu dalam mencapai tujuan.

2. Efisiensi

Penilaian terhadap efisiensi bertujuan untuk menghitung besarnya biaya, usaha atau pengorbanan yang dikeluarkan dibandingkan dengan pencapaian hasil. Pengembangan kebijakan dinilai berlangsung secara efisien apabila upaya atau biaya minimum dapat menghasilkan pencapaian maksimal. Parameter dalam penilaian efisiensi adalah biaya, rasio, keuntungan, dan manfaat.

3. Ketepatan dalam menjawab masalah (*Adequacy*)

Sejatinya kebijakan publik lahir sebagai bentuk respons terhadap permasalahan yang dialami oleh masyarakat dan bertujuan memecahkan

²⁷Dumilah Ayuningtyas, 2018, *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*, Depok : Rajawali Press, hal 83

masalah tersebut. Oleh karena itu, penilaian terhadap *adequacy* bertujuan untuk melihat sejauh mana ketepatan sebuah kebijakan dalam memecahkan masalah publik.

4. Pemerataan (*Equity*)

Kehadiran sebuah kebijakan publik harus dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa kecuali (aspek ekuitas). Penilaian terhadap ekuitas (*equity*) bertujuan memastikan bahwa manfaat dan biaya dari kegiatan telah terdistribusi secara adil dan merata.

5. Kepekatanggapan (*Responsiveness*)

Sebuah kebijakan publik sepatutnya disusun dengan mempertimbangkan prinsip empati dan responsivitas (*responsiveness*) atau kepekatanggapan terhadap aspirasi dan kebutuhan masyarakat. Penilaian terhadap responsivitas bertujuan untuk mengetahui kesesuaian hasil kebijakan dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat.

6. Ketepatangunaan (*Appropriateness*)

Penilaian terhadap ketepatangunaan (*appropriateness*) bertujuan mengukur besarnya keuntungan dan manfaat yang dihasilkan sebuah kebijakan. Pengukuran ketepatangunaan kebijakan dinilai dengan standar relatif berdasarkan persepsi masyarakat tentang keuntungan dan besarnya manfaat yang mereka rasakan.²⁸

Rumah Sakit sebagai institusi tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan penyembuhan penyakit serta terhindar dari kematian dan kecacatan. Fungsi rumah sakit harus meminimalkan risiko baik klinis maupun non klinis yang mungkin terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung sehingga terlaksananya pelayanan yang aman bagi pasien. Oleh karena itu keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam semua bentuk kegiatan di rumah sakit.

²⁸Dumilah Ayuningtyas, 2018, *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi*. Depok : Rajawali Press, hal. 104-106

Untuk mencapai kondisi pelayanan yang efektif, efisien dan aman bagi pasien diperlukan penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical pathway* . Dalam penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical pathway* diperlukan komitmen multidisiplin Rumah Sakit. Rumah Sakit Dinda Tangerang adalah rumah sakit tipe C yang telah menerapkan empat *clinical pathway* antara lain: demam Tifoid pada dewasa, Neonatal Infeksi, Stroke Non Hemoragik dan Hernia Inguinalis Non Komplikata yang telah berjalan selama kurang lebih 1 tahun terakhir.

Berdasarkan hasil telaah dokumen dari keempat *clinical pathway* yang telah diterapkan di RS Dinda, terdapat tiga *clinical pathway* yang kepatuhannya belum sesuai standar, yaitu hernia inguinalis non komplikata, stroke non hemoragik dan neonatal infeksi. Ketidakepatuhan ada pada variabel pengobatan yaitu pada pemberian antibiotik, LOS pasien melebihi hari yang telah ditetapkan, dan perawat yang tidak patuh pada Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Dari hasil wawancara penulis kepada dokter penanggung jawab pasien, dokter umum, perawat, apoteker, ahli gizi, komite medik dan komite mutu dapat disimpulkan bahwa secara umum penerapan *clinical pathway* di Rumah Sakit Dinda belum sepenuhnya optimal.

Diantara semua profesional pemberi asuhan, profesi dokterlah yang lebih banyak belum patuh dalam menjalankan *clinical pathway* sesuai SPO. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 Tentang Izin

Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran pada pasal 21 (b) menjelaskan bahwa:

- (1) Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan pada kesepakatan berdasarkan hubungan kepercayaan antara Dokter dan Dokter Gigi dengan pasien dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.
- (2) Kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan upaya maksimal pengabdian profesi kedokteran yang harus dilakukan Dokter dan Dokter Gigi dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien.

Peraturan yang menjelaskan bahwa dokter harus patuh dan mengikuti standar bukan hanya dari satu sumber hukum, pada Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Pasal 13 juga menjelaskan bahwa:

- (1) Dokter dan dokter gigi serta tenaga kesehatan lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan harus mematuhi PNPk dan SPO sesuai dengan keputusan klinis yang diambilnya.
- (2) Kepatuhan kepada PNPk dan SPO menjamin pemberian pelayanan kesehatan dengan upaya terbaik di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi tidak menjamin keberhasilan upaya atau kesembuhan pasien;

Selain itu, menurut dr. P selaku ketua komite medik, bahwa ketidakpatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan *clinical pathway* disebabkan oleh tarif jasa medis yang dirasakan masih rendah oleh dokter. Ketidakpatuhan DPJP ini kemungkinan disebabkan oleh ketidakpuasan atas bayaran yang diterima oleh DPJP sehingga menambah lama rawat

inap pasien. Penerapan *clinical pathway* berpengaruh terhadap kepuasan kerja tenaga medis.

Sistem INA-CBGs diatur dalam Peraturan Menteri Nomor 27 Tahun 2014 tentang Sistem Case Base Groups (INA-CBGs) yang telah menetapkan paket pembiayaan untuk setiap kelompok penyakit tertentu sehingga biayanya telah diketahui sebelum pelayanan diberikan. Dokter sebagai profesi yang melaksanakan kebijakan JKN di rumah sakit diharuskan mengikuti *clinical pathway* yang disesuaikan dengan pagu tarif INA CBGs. Setiap langkah medis tidak boleh menyimpang dari ketentuan tarif JKN untuk setiap jenis penyakit yang sudah ditetapkan Kemenkes. Kewajiban itu dalam tataran teknis ditetapkan oleh Direktur rumah sakit yang harus dipatuhi oleh semua dokter dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien JKN.²⁹

Selain terkait dengan penetapan pagu INA-CBGS yang sudah ditetapkan, Hal ini bertentangan dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pada pasal 50 dan 51 juga disebutkan tentang hak dan kewajiban dokter atau dokter gigi dalam pelaksanaan praktik kedokteran. Kedua pasal ini juga menyatakan bahwa baik dokter maupun dokter gigi memiliki hak dan

²⁹ Hanifi, Komar, :“*Kebijakan Perlindungan Hukum Terhadap Dokter Di Rumah Sakit Dalam Pelaksanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional.*”, 2018, Syiar Hukum Jurnal Ilmu Hukum, Vol. 6 Nomor 2, hal. 162 – 181

kewajiban untuk memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional. Pasal 51 (b) menjelaskan bahwa:

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.

Hal ini senada dengan pendapat dr. M selaku dokter spesialis anak bahwa rendahnya tarif jasa medis menjadi salah satu alasan ketidakpatuhan dokter dalam melaksanakan *clinical pathway* sehingga terkadang pasien yang seharusnya dirawat hanya 4 hari bisa menjadi 5-6 hari. Selain itu berdasarkan hasil audit klinis Hernia Inguinalis Non Komplikata diketahui bahwa capaian LOS pasien 3 hari hasil capaian sebesar 45%, hal ini dikarenakan metode pembayaran dokter masih dengan *free for service* menyebabkan LOS lebih dari hari yang telah ditetapkan. Masalah tersebut merupakan masalah yang berkaitan dengan *moral hazard* dokter terutama dokter DPJP. *Moral hazard* adalah ketidakjujuran seseorang yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kerugian dan berasal dari etika professional. Sejak diterapkan JKN hal ini menjadi semakin dilematis, dimana sebagai dokter harus memberikan pelayanan maksimal namun sebagai karyawan rumah sakit harus menaati peraturan dengan melakukan pembatasan pengobatan terutama untuk kasus-kasus mahal.

Rumah sakit harus membuat kebijakan yang mendukung tenaga medis agar tetap memiliki loyalitas tunggal kepada pasien, serta harus

memperbaiki sistem dan mutu layanan kesehatan, selain itu ada sanksi tegas kepada DPJP yang melakukan *moral hazard*. Cara ini bisa menghilangkan *moral hazard* dari DPJP. Padahal, *Clinical pathway* bukanlah piranti untuk kendali biaya walaupun bisa digunakan secara terbatas untuk menghitung biaya (unit cost), untuk kendali biaya digunakan *Hospital Based Costing* yang akan dibuat panduan penyusunannya secara terpisah.

Penambahan hari rawat pasien yang tidak sesuai dengan kebutuhan medis pasien seharusnya tidak diperbolehkan. Selain dokter harus mengikuti aturan yang telah ditentukan, pelayanan yang diberikan juga tidak boleh merugikan pasien. Seiring dengan hak dan kewajiban dokter dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004, pada pasal 51 ayat (c) juga menjelaskan mengenai hak pasien:

Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis.

Hal ini senada dengan pendapat dr. M selaku dokter spesialis anak bahwa rendahnya tarif jasa medis menjadi salah satu alasan ketidakpatuhan dokter dalam melaksanakan *clinical pathway* sehingga terkadang pasien yang seharusnya dirawat hanya 4 hari bisa menjadi 5-6 hari.

Berdasarkan masalah tersebut sangat berkaitan dengan konflik kepentingan (*conflict of interest*). Konflik kepentingan adalah suatu

keadaan di mana seorang profesional (atau pejabat) yang mempunyai kewajiban primer (*primary interest*) yaitu bahwa ia harus menjalankan kewajibannya secara baik, adil, dan jujur dalam kondisi tertentu melalaikan kewajibannya itu karena adanya pengaruh dari luar, yaitu adanya kepentingan sekunder (*secondary interest*). Kepentingan sekunder biasanya berkaitan dengan adanya keuntungan pribadi.³⁰

Sebagian dilakukan dengan kesengajaan, sebagian lagi dilakukan tanpa sadar seolah-olah perilaku itu adalah sesuatu yang biasa dilakukan dan tidak ada yang salah dengan itu. Setidaknya ada dua pasal dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang memberi rambu etika terkait masalah konflik kepentingan ini. Pasal 2 dan 3:

- (2) Seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi tertinggi”.
- (3) Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi”.

Dari kedua pasal di atas sangat jelas bahwa standar profesi tertinggi harus diterapkan dalam pelayanan bagi pasien dan tidak boleh dicerai oleh faktor eksternal yang memberi keuntungan material bagi dokter. Penambahan hari rawat untuk menambah jasa medik merupakan hal yang merugikan pasien dan tidak sesuai dengan kode etik dokter. Ada pelanggaran terhadap aturan ketika kepatuhan terhadap standar pelayanan tidak dijalankan.

³⁰ Setiabudy R, Sundoro J. *Konflik Kepentingan dalam Profesi Dokter*. JEKI. 2019;3(1):11–5. doi: 10.26880/jeki.v3i1.28.

Berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 dijelaskan bahwa seorang dokter dalam menjalankan tugas profesionalnya selain terikat norma etika dan norma hukum, juga terikat norma disiplin kedokteran, yang bila ditegakkan akan menjamin mutu pelayanan sehingga terjaga martabat dan keluhuran profesinya. Pelanggaran disiplin adalah pelanggaran terhadap aturan-aturan dan/atau ketentuan penerapan keilmuan, yang pada hakikatnya dapat dikelompokkan dalam 3 hal, yaitu:

1. Melaksanakan praktik kedokteran dan tidak kompeten
2. Tugas dan tanggung jawab profesional pada pasien tidak dilaksanakan dengan baik
3. Berperilaku tercela yang merusak martabat dan kehormatan profesi kedokteran

Disiplin kerja dapat didefinisikan sebagai suatu sikap menghormati, menghargai, patuh, dan taat terhadap peraturan-peraturan yang berlaku, baik yang tertulis maupun tidak tertulis serta sanggup menjalankannya dan tidak mengelak untuk menerima sanksi-sanksinya apabila ia melanggar tugas dan wewenang yang diberikan kepadanya. Disiplin tenaga kerja amat erat korelasinya dengan motivasi dan moral kerja. Disiplin kerja dapat dikembangkan secara formal melalui pelatihan pengembangan disiplin, misalnya dalam bekerja dengan cara menghargai waktu, tenaga, biaya, dan sebagainya. Menanamkan disiplin kerja tenaga

kerja dapat dikembangkan pula dengan cara kepemimpinan yang dapat jadi panutan atau teladan bagi para tenaga kerja. Keteladanan seorang manajer perusahaan biasanya dapat membangkitkan disiplin kerja yang kuat bagi tenaga kerja yang membangkitkan diri di bawah kepemimpinan manajer yang bersangkutan, sekalipun kepemimpinan tersebut amat kurang efektif.³¹

Berdasarkan kasus di atas bentuk pelanggaran disiplin kedokteran yaitu melakukan pemeriksaan atau pengobatan berlebihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien dimana aturannya adalah:

- a. Dokter dan dokter gigi, melakukan pemeriksaan atau memberikan terapi, ditujukan hanya untuk kebutuhan medik pasien
- b. Pemeriksaan atau pemberian terapi yang berlebihan, dapat membebani pasien dari segi biaya maupun kenyamanan, dan bahkan dapat menimbulkan bahaya bagi pasien

Sanksi disiplin yang dapat dikenakan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) berdasarkan Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada pasal 69 ayat (3) adalah pemberian peringatan tertulis. Menurut regulasi tentang organisasi profesi bidang kesehatan tugas pembinaan etika dan disiplin dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis merupakan tanggung jawab masing-masing organisasi profesi. Hal ini berdasarkan Permenkes Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, pasal 30 yang menyebutkan bahwa:

³¹ Sastrohadwiryo, Siswanto & Syuhada, 2019, Manajemen Tenaga Kerja Indonesia: Pendekatan Administratif dan Operasional. Jakarta : PT. Bumi Aksara. Hal 333

- (1) Menteri, KKI, pemerintah daerah, dan organisasi profesi melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Peraturan Menteri ini sesuai dengan fungsi, tugas, dan wewenang masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan pada pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan yang diberikan oleh Dokter dan Dokter Gigi.

Regulasi lain menyebutkan bahwa tugas tersebut juga merupakan tanggung jawab Tim Kendali Mutu Kendali Biaya, hal ini diatur dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Pasal 11 ayat 3 menjelaskan bahwa:

Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim koordinasi memiliki kewenangan:

- a. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi;
- b. *Utilization review* dan audit medis;
- c. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan
- d. Berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal:
 1. Pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 2. *Utilization review* dan audit medis; dan
 3. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Formulir *Clinical pathway* diisi oleh Case Manajer dan bukan oleh DPJP. Formulir *Clinical pathway* bukan merupakan bagian dari Rekam Medis akan tetapi merupakan piranti pengendalian mutu oleh tim mutu Komite Medik, Keperawatan dan Profesi Kesehatan lainnya di Rumah Sakit. Case Manajer ini dapat dijabat oleh dokter umum atau perawat senior yang bertugas memantau proses kepatuhan pada setiap kasus diruangan dan akan berkonsultasi dengan semua PPA apabila ditemukan

masalah dalam penanganan kasus. Case Manajer memantau dengan mengisi cek list dalam *Clinical pathway* dari awal sampai pasien pulang. Formulir *Clinical pathway* yang sudah diisi dan selesai dikumpulkan di Komite Medik untuk ditelaah secara berkala.

Apoteker D mengatakan bahwa ketidakpatuhan profesional pemberi asuhan dalam penerapan *clinical pathway* juga disebabkan oleh dokter sepuh yang memiliki pengalaman kerja sudah puluhan tahun sehingga terkadang dalam memberikan terapi pengobatan tidak sesuai dengan apa yang sudah tertera pada *clinical pathway*. Hal ini sejalan dengan hasil audit klinis Hernia Inguinalis Non Komplikata dimana injeksi profilaksis pre operatif (Cefotaxim 50-200 mg/kgbb untuk anak dan Ceftriaxone 1 gram IV untuk dewasa), hasil capaian 85%. Artinya masih ada ketidakpatuhan pemberian antibiotik dalam penerapan *clinical pathway* oleh DPJP. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian Pasal 31, bahwa:

- (1) Setiap Tenaga Kefarmasian dalam melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian wajib menyelenggarakan program kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Pelaksanaan kegiatan kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui audit kefarmasian.

Kendali mutu dan kendali biaya farmasi satu tujuan dengan BPJS Kesehatan. Kepatuhan terhadap obat yang sudah tertera di *Clinical*

pathway membantu dalam pengelolaan obat. Variasi dalam pemberian obat yang tidak sesuai *clinical pathway* selain tidak efisien juga akan membebani pasien. Variasi ini bisa terjadi karena kondisi pasien yang diharuskan menggunakan obat tambahan atau karena disebabkan adanya kerjasama personal dokter dengan perusahaan farmasi. Jika dokter bekerja sama dengan perusahaan farmasi maka ini akan masuk dalam konflik kepentingan dengan sanksi seperti yang telah dijelaskan diatas.

Seorang dokter berkewajiban untuk memilih obat yang efektif, aman, bermutu dan terjangkau untuk kepentingan pasiennya. Hal ini juga diatur dalam Permenkes Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit pasal 2 ayat (c) menyebutkan bahwa:

Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bertujuan untuk:

- (c) Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Evaluasi kepatuhan dokter sepuh terhadap *clinical pathway* dengan mengadakan rapat bulanan sebagai monitoring evaluasi terhadap dokter sepuh tersebut untuk lebih patuh lagi terhadap penerapan *clinical pathway*.

Perawat dalam menjalankan tugasnya mengakui sudah menjalankan *clinical pathway* hal ini disampaikan pada saat wawancara mendalam, diketahui bahwa dalam pelaksanaannya jika dilihat dari profesi perawat sudah sesuai dengan SPO. Perawat melaksanakan tugasnya sesuai

dengan SPO sehingga dalam profesi perawat tidak terdapat masalah. Namun berdasarkan audit klinis *clinical pathway* Hernia Inguinalis Non Komplikata didapatkan hasil capaian pemantauan luka operasi hanya 25%. Hal ini dikarenakan perawat tidak patuh dalam menjalankan SAK, dan jumlah tenaga perawat di ruang perawatan belum sesuai dengan pola ketenagaan. Monitoring dan evaluasi dalam penerapan *clinical pathway* untuk perawat sangat diperlukan. Meningkatkan kepatuhan perawat dalam menjalankan SAK bisa dengan mengadakan diklat untuk implementasi standar asuhan keperawatan, selain itu perlunya melakukan perhitungan beban kerja untuk menentukan kebutuhan perawat dalam satu unit keperawatan. Monitoring atau pemantauan diilustrasikan oleh Dunn (1994) sebagai berikut :

Failing to monitor the outcomes of a policy is like counting the amount of gasoline a car has consumed without how far it has traveled.

Dengan kata lain, tanpa monitoring atau pengawasan maka kebijakan yang tengah diimplementasikan hanya menjadi sarana menghabiskan sumber daya yang dimiliki tanpa mengetahui apakah kebijakan tersebut sudah mencapai tujuannya atau belum.³²

Semua *clinical pathway* yang telah dibuat dan disahkan Rumah Sakit harus ada di masing masing unit pelayanan Rumah Sakit (untuk menjadi acuan). Rumah Sakit Dinda Tangerang Sendiri telah memiliki peraturan internal rumah sakit dalam bentuk surat keputusan yang baru disusun sejalan dengan diterapkannya *clinical pathway* dalam hampir 1

³² Dumilah Ayuningtyas, 2014, *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*, PT.Raja Grafindo Persada, Jakarta, hal 112

tahun terakhir. Dalam pelaksanaannya tentu masih banyak hal yang perlu diperbaiki dan ditingkatkan terutama terkait sarana penunjang medik seperti misalnya CT scan.

Dr. D selaku dokter spesialis saraf mengatakan untuk penerapan *clinical pathway* pada stroke non hemoragik masih perlu ditingkatkan terutama bagi sarana penunjang medis seperti fasilitas *CT-scan* sehingga pasien yang datang dengan terapi *CT-scan* dapat langsung diperiksa di Rumah Sakit Dinda secara langsung tanpa harus di rujuk ketempat lain sehingga pelaksanaan *clinical pathway* pada kasus stroke non hemoragik dalam melakukan *CT-scan* dihari yang pertama sesuai SPO.

Penerapan *clinical pathway* harus disesuaikan dengan fasilitas dan kemampuan RS, jika rumah sakit tidak mampu menyediakan fasilitas CT-scan maka peraturan bisa dibuat dengan merujuk pasien melakukan pemeriksaan CT-Scan dengan batas waktu 1x24 jam sehingga masih bisa memenuhi SPO tanpa membebani rumah sakit.

Menurut dr. G selaku ketua komite mutu ketidakpatuhan dalam penerapan *clinical pathway* disebabkan karena situasi lapangan yang tidak terduga yang mengharuskan satu pasien tidak hanya memerlukan satu dokter untuk menanganinya tetapi terkadang bisa lebih dari satu dokter spesialis sehingga membuat *clinical pathway* tidak berjalan dengan sesuai. Hal ini juga diungkapkan oleh dr. H selaku dokter umum di Rumah Sakit Dinda Tangerang. dr. H mengatakan bahwa situasi di lapangan yang tidak

dapat diprediksi dapat menyebabkan penerapan *clinical pathway* tidak sesuai dengan prosedur. Berdasarkan pedoman penyusunan standar pelayanan kedokteran dijelaskan bahwa apabila dalam perjalanan klinis ditemukan hal-hal yang menyimpang, ini harus dicatat sebagai varian yang harus dinilai lebih lanjut karena variasi kondisi pasien yang tidak terduga selama perawatan tidak dapat dihindari.

Dari hasil wawancara terhadap beberapa professional pemberi asuhan di atas, dapat dirangkum bahwa ada beberapa faktor yang membuat kepatuhan professional pemberi asuhan terhadap penerapan *clinical pathway* menjadi tidak optimal, antara lain jasa biaya medis yang rendah, perasaan lebih berpengalaman dalam menangani pasien, ketersediaan fasilitas pemeriksaan penunjang, dan kondisi lapangan yang tidak terduga.

Tinjauan yuridis dilakukan dengan membandingkan fakta lapangan dengan ketentuan hukum yang berlaku. Pada UU Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran pasal 44 ayat 1 disebutkan bahwa:

“Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi”.

Selain itu, pada pasal 50 dan 51 juga disebutkan tentang hak dan kewajiban dokter atau dokter gigi dalam pelaksanaan praktik kedokteran. Kedua pasal ini juga menyatakan bahwa baik dokter maupun dokter gigi

memiliki hak dan kewajiban untuk memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional.

Pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan juga menyebutkan hal yang sama. Pada pasal 58 ayat 1, tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan.

Pada peraturan yang lebih detail, yakni Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, penyedia layanan kesehatan wajib menyusun standar pelayanan kedokteran untuk menjamin pasien mendapat layanan kedokteran yang bermutu serta berlandaskan nilai ilmiah yang sesuai dan kebutuhan pasien. Oleh karena itu, berbagai jenis turunan panduan teknis, berupa PNPk, SPO, Clinical pathway, algoritma, protokol, prosedur, atau *standing order* harus disusun demi memenuhi amanat hukum. Selain itu, di permenkes yang sama juga mengatur tentang kewajiban semua tenaga kesehatan untuk mematuhi PNPk dan SPO sesuai dengan keputusan klinis yang diambilnya.

Clinical pathway adalah salah satu standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi yang ditetapkan oleh suatu institusi pelayanan kesehatan, dalam konteks ini rumah sakit, sebagai dasar acuan untuk memberikan pelayanan yang paripurna. Implementasi *clinical pathway*

yang optimal telah terbukti dari penelitian terdahulu membawa dampak positif terhadap pelayanan. Manfaat *clinical pathway* antara lain adalah variasi diagnosis dan prosedur menjadi minimal, sumber daya yang digunakan homogen, menyediakan standar pelayanan secara nyata yang baik, meningkatkan pelayanan yang berkelanjutan, mengurangi length of stay di rumah sakit, menurunkan variasi pelayanan dan meningkatkan hasil klinis, mendukung penggunaan panduan praktik klinik dan pengobatan yang berbasis bukti, meningkatkan komunikasi, kerja sama, dan rencana perawatan, menurunkan biaya perawatan, dan efisiensi sumber daya tanpa mengurangi mutu.³³

Tujuan diberlakukannya *clinical pathway* salah satunya adalah agar penyelenggaraan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dapat mencapai manfaat-manfaat yang telah dijabarkan di atas. Jika suatu standar tidak dapat dipatuhi dengan baik, maka efektivitas dari penyelenggaraan praktik kedokteran atau kedokteran gigi akan menjadi suboptimal. Selain itu, mematuhi *clinical pathway* juga merupakan suatu amanat hukum. Seperti yang telah tertuang pada Permenkes 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, semua tenaga kesehatan wajib mematuhi PNPK dan SPO sesuai dengan kapasitasnya. Artinya, jika *clinical pathway* tidak dijalankan dengan baik, maka tenaga kesehatan tersebut telah melanggar peraturan yang berlaku.

³³ Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: Effects on Professional Practice, Patient Outcomes, Length Of Stay and Hospital Costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010

Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya serta keselamatan pasien di suatu fasilitas layanan kesehatan (rumah sakit) diperlukan keterlibatan seluruh komponen profesi dalam layanan kesehatan secara terpadu (integrasi) dan berkesinambungan dalam (sistem) tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang jelas dan konsisten sesuai dengan (aktivitas) kewenangan yang diberikan (*clinical privilege*) dan standar prosedur operasional (Panduan Praktik Klinis/PPK dan (*clinical pathway*) serta Disiplin Profesi yang dapat diandalkan dari seluruh komponen yang terlibat dalam memberikan layanan kesehatan di rumah sakit.

3. Faktor Pendukung dan Penghambat

Faktor pendukung merupakan faktor yang dapat mensukseskan keberhasilan suatu program, baik dari sisi pembuat kebijakan, penyedia layanan, masyarakat maupun pengguna pelayanan. Faktor yang mendukung kepatuhan profesional pemberi asuhan terhadap penerapan *clinical pathway* di Rumah Sakit Tangerang antara lain:

a. Sarana dan prasarana yang Memadai

Ketersediaan sumber daya kesehatan dalam hal ini merupakan salah satu faktor pendukung dari keberhasilan penerapan *clinical pathway* . Hal tersebut sesuai dengan pasal 1 ayat (2) Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa:

Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi, dan alat-alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan

yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/ atau masyarakat.

Seperti yang telah dijabarkan pada UU Kesehatan, penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai. Hal ini didasari bahwa sarana prasarana merupakan elemen penting dalam penerapan *clinical pathway* . Misalkan, beberapa pemeriksaan dan prosedur tertentu menuntut ketersediaan suatu alat diagnostic tertentu yang akan meningkatkan kemampooterapan suatu *clinical pathway* di sebuah rumah sakit.³⁴

Hasil wawancara yang dilakukan kepada narasumber dan responden mengatakan bahwa Rumah Sakit Dinda Tangerang telah memiliki sarana prasarana yang memadai. Wawancara terhadap 5 pasien yang sedang dirawat di rumah sakit bahwa sebagian besar mengatakan fasilitas kamar bersih dan nyaman, hanya terasa sempit sehingga pasien merasa sumpek. Hal ini tentu akan mendorong kepatuhan penerapan *clinical pathway* di RS Dinda Tangerang.

b. Dukungan Direktur Rumah Sakit

Komitmen berbagai pihak, termasuk komitmen dokter, perawat, dokter gigi, apoteker, dan seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam *clinical pathway* , kepemimpinan klinis, dan dukungan manajemen klinis merupakan hal yang menghambat penerapan *clinical pathway*. Komitmen adalah upaya penyatuan persepsi dan

³⁴ Nurliawati, Idawati, "Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum dr. Fauziah Bireun", 2019, Jurnal Pendidikan, Sains, dan Humaniora. 7(4); 538-50

kesepakatan, serta tekad bersama untuk mencapai sebuah tujuan. Pembentukan komitmen organisasi sangat dibutuhkan dalam implementasi *clinical pathway* di rumah sakit.

Dalam konteks ini, komitmen organisasi diwujudkan dengan dukungan direktur Rumah Sakit Dinda dalam menerapkan *clinical pathway*. Hal ini dapat menjadi faktor pendukung penerapan *clinical pathway* mengingat *clinical pathway* baru berjalan hampir 1 tahun sehingga dengan adanya dukungan dari pimpinan rumah sakit menjadi penyemangat dalam melaksanakan *clinical pathway* agar lebih baik lagi. Hal ini lah yang diungkapkan oleh sebagian besar professional pemberi asuhan.

c. Peraturan yang Tegas

Implementasi *clinical pathway* sangat membutuhkan dukungan rumah sakit dalam bentuk kebijakan. Tanpa adanya dukungan kebijakan dari manajemen, dalam konteks ini direktur rumah sakit, maka *clinical pathway* tidak akan bisa terlaksana karena kebijakan di sebuah rumah sakit merupakan dasar hukum untuk pelaksanaan suatu program.

Belum terdapat peraturan dari pemerintah yang secara khusus membahas tentang *clinical pathway*. Namun, Rumah Sakit Dinda telah memiliki peraturan internal rumah sakit yang secara tegas menerapkan sanksi bagi para tenaga kesehatan yang tidak patuh terhadap *clinical pathway*.

Sementara faktor yang menghambat kepatuhan professional pemberi asuhan terhadap penerapan *clinical pathway* di Rumah Sakit Tangerang antara lain:

a. Sarana Penunjang Medik belum Sesuai

Sarana prasarana merupakan elemen penting dalam penerapan *clinical pathway*. Misalkan, beberapa pemeriksaan dan prosedur tertentu membutuhkan availabilitisa sebuah alat diagnostic atau alat terapeutik tertentu yang akan meningkatkan kemampooterapan suatu *clinical pathway* di sebuah rumah sakit. Sarana penunjang medik di Rumah Sakit Dinda Tangerang masih belum bisa dikatakan memadai. Hal ini bisa dilihat dari belum tersedianya *ct-scan* sehingga pasien yang memerlukan tindakan tersebut harus di rujuk ke luar rumah sakit.

b. Tarif Jasa Pelayanan dianggap Masih Rendah oleh Dokter

Rumah Sakit Dinda Tangerang masih menerapkan sistem *fee for service* untuk layanan yang diberikan oleh pemberi asuhan professional. Berdasarkan tinjauan literatur, sistem *fee for service* memiliki beberapa inkompabilitas ketika dihadapkan dengan sistem *clinical pathway*, salah satunya adalah dokter akan berusaha memperbanyak pelayanan walaupun pelayanan tersebut sebenarnya tidak perlu diterima pasien.³⁵

³⁵ Kana Purwadi. Efektivitas penerapan INA-CBG di Rumah Sakit (Analisis Penerapan Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara). Jurnal Idea Hukum. 2019: 5(2). 1475-90.

Tarif jasa pelayanan yang masih dianggap rendah oleh sebagian dokter yang bekerja di Rumah Sakit Dinda Tangerang menjadi salah satu faktor penghambat penerapan *clinical pathway* .

c. Pengetahuan dan ekonomi pasien kurang

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah melakukan penginderaan. Pengetahuan sangat erat berkaitan dengan pendidikan. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi akan memiliki pengetahuan yang luas pula. Menurut Notoadmojo, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan menjadi salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat terhadap kesehatan. hidup.³⁶

Pengetahuan yang masih rendah membuat pasien tidak kooperatif dalam mengikuti anjuran dokter ditambah kebanyakan pasien yang dirawat di Rumah Sakit Dinda Tangerang adalah pasien dengan ekonomi menengah kebawah sehingga pasien terlalu memikirkan biaya yang akan dikeluarkan dalam pengobatannya menjadikan faktor penghambat pelaksanaan *clinical pathway* .

³⁶ Notoatmodjo, S. (2012a). Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Edisi 2012. Rineka Cipta