

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi *promotif* (promosi), *preventif* (pencegahan), *kuratif* (penyembuhan), dan *rehabilitatif* (pemulihan) dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009). Berdasarkan Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, pasal 29 huruf g menyatakan bahwa rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Kemudian pada Pasal 40 ayat (1) disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Berdasarkan undang- undang tersebut penting halnya bagi rumah sakit untuk melakukan akreditasi guna meningkatkan dan menjaga mutu pelayanan pasien (Kemenkes RI, 2009).

Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan pelayanannya. Melalui proses akreditasi salah satu manfaatnya rumah sakit dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit menitikberatkan sasarannya pada keselamatan pasien dan mutu pelayan. Standar akreditasi rumah sakit merupakan upaya Kementerian Kesehatan RI menyediakan suatu perangkat yang mendorong rumah sakit senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan (Prihatin, 2013).

Sesuai standar akreditasi rumah sakit, yang dijabarkan dalam instrumen akreditasi rumah sakit standar akreditasi versi 2012 edisi 2012, salah satu komponen penting dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah adanya *Clinical Pathway* (CP) untuk pedoman dalam memberikan asuhan klinis (Dirjen BUK, 2012). Selain itu, rumah sakit merupakan instansi pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang bekerja sama dengan BPJS dimana prosedur pelayanan harus direncanakan dengan cermat (Wijayanti, 2016). Tatakelola organisasi dan tatakelola klinis yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali

biaya membantu untuk terciptanya pelayanan yang sesuai dengan standar, dan mengurangi potensi terjadinya kecurangan. Pengembangan budaya pencegahan kecurangan sebagai bagian dari tata kelola klinis dapat berupa *clinical pathway* (Kemenkes RI, 2015).

Sebagaimana dimuat dalam *The Cochrane Library* 2010(issue 7), CP berperan dalam meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit, seperti pemendekan *Length of Stay*, penurunan risiko terjadinya readmisi, komplikasi serta kematian (Wijayanti, 206). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Pinzon, et al (2009) yang menyatakan bahwa keberadaan *clinical pathway* berpengaruh pada perbaikan proses pelayanan dan rerata lama rawat (LOS) pasien stroke. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *clinical pathway* dapat digunakan sebagai acuan dari hasil kinerja sebuah organisasi yang berupa mutu pelayanan. Sehingga berjalannya *clinical pathway* dengan baik dapat menunjang terciptanya mutu pelayanan yang baik.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada Unit Rekam Medis Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik, rumah sakit telah melakukan persiapan dalam menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 sejak Bulan Mei Tahun 2016. Dimana salah satu komponen yang masih memiliki hambatan dalam penerapannya adalah implementasi *Clinical Pathway* (CP) typhoid fever pada pasien dewasa non komplikasi. Penyakit *typhoid fever* menduduki urutan pertama dalam 10 besar penyakit rawat inap sepanjang tahun 2015 hingga pertengahan tahun 2016. Penyakit *typhoid fever* merupakan salah satu diagnosa yang menggunakan *clinical pathway* dalam penanganannya, lebih khususnya untuk diagnosa *typhoid fever* pada pasien dewasa non komplikasi. Sejak berlakunya *clinical pathway* pada Bulan Mei hingga Juni 2016 tercatat 23 dokumen rekam medis *typhoid fever* pada pasien dewasa non komplikasi. 17 dokumen rekam medis diantaranya tidak terdapat form *clinical pathway* dan 6 lainnya terdapat *clinical pathway* tetapi belum lengkap pengisiannya. Item yang paling banyak tidak terisi adalah kolom autentifikasi dari tenaga kesehatan terkait yaitu perawat dan dokter. Dari hasil studi pendahuluan juga didapat informasi bahwa ada tidaknya form *clinical pathway* merupakan tugas bagian keperawatan, dimana

perawat bertanggungjawab dalam pemberian form *clinical pathway* pada setiap kasus yang berpotensi untuk diberikan *clinical pathway*, sedangkan pada praktiknya penentuan *clinical pathway* untuk digunakan dalam pelayanan tidak mudah, karena dalam penentuannya harus berdasarkan kasus yang tidak memiliki komplikasi (Wijayanti, 2016). Selain itu berdasarkan hasil wawancara pada studi pendahuluan didapatkan informasi bahwa masih kurangnya pengetahuan dan motivasi petugas keperawatan dalam arti pentingnya *clinical pathway* bagi berlangsungnya pengasuhan pasien dan rumah sakit.

Kegiatan sosialisasi dalam pelaksanaan *clinical pathway* sudah dilaksanakan satu kali sebelum diberlakukan, dan belum ada kegiatan evaluasi lanjutan setelah diberlakukan *clinical pathway* sejak Bulan Mei 2016, hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Wijayanti (2016) yang menyatakan bahwa faktor yang paling utama dan mendasar pada *clinical pathway* adalah kesadaran dan komitmen dari seluruh pihak terkait. Selain itu fasilitator merupakan faktor kunci keberhasilan penerapan *clinical pathway*, di Indonesia fasilitator sering disebut sebagai koordinator atau ketua tim yang bertugas mengkolaborasikan seluruh pemain kunci/ tim multidisiplin yang terlibat dalam suatu *clinical pathway* tertentu. Penentuan/ pemilihan fasilitator/ koordinator adalah salah satu langkah penting bahkan sejak dimulainya penyusunan *clinical pathway*. Berdasarkan uraian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa fungsi pengendalian dari seorang fasilitator sangat penting untuk menunjang keberhasilan penerapan *clinical pathway*.

Selain itu berdasarkan hasil studi pendahuluan diketahui bahwa susunan formulir *clinical pathway* yang merupakan integrasi dari seluruh multidisiplin pelayanan medis yang tertuang dalam satu lembar formulir juga membuat kurangnya minat petugas untuk mengisi. Kepatuhan dokter penanggungjawab pasien terhadap *clinical pathway* masih kurang, karena masing-masing dokter memiliki kecenderungan penanganan sesuai pengalaman klinis (Wijayanti, 2016).

Berdasarkan penyebab yang telah diuraikan diatas, peneliti dapat menyimpulkan faktor- faktor yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway* yang kurang maksimal dalam beberapa kategori variabel yaitu *man*, *method*,

machine dan *material*. Penggunaan variabel tersebut atas dasar adanya faktor pengetahuan, dan motivasi sumber daya manusia, susunan form *clinical pathway*, SOP mengenai penerapan *clinical pathway*, serta fungsi pengendalian dan evaluasi dari kepala ruangan dan komite medis, sehingga berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk mengangkat judul penelitian “ Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* Pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016”. Peneliti menggunakan diagram *fishbone* dalam melakukan penelitian ini untuk menunjukkan hubungan antara akibat atau masalah dengan semua kemungkinan penyebab masalah yang mempengaruhinya. Diagram sebab akibat digunakan untuk menunjukkan secara lebih rinci berbagai penyebab masalah yang mempengaruhi suatu masalah dengan cara memilih kemudian menghubungkannya dengan penyebab masalah.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang dapat diambil berdasarkan uraian latar belakang adalah “Bagaimana Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* Pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor- faktor apa yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway typhoid* pada pasien dewasa non komplikasi di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016
- b. Mengidentifikasi Variabel dan Indikator *Man* yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016

- c. Mengidentifikasi Variabel dan Indikator *Method* yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016
- d. Mengidentifikasi Variabel dan Indikator *Machine* yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016
- e. Mengidentifikasi Variabel dan Indikator *Material* yang Mempengaruhi Penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016
- f. Merumuskan Prioritas Penyelesaian Masalah pada Penerapan *Clinical Pathway* pada Pasien *Typhoid* di Rumah Sakit Jember Klinik Tahun 2016

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Praktis

Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi masukan dan bahan evaluasi dalam mengetahui faktor- faktor apa saja yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway typhoid* pada pasien dewasa non komplikasi.

1.4.2 Manfaat Teoritis

a. Bagi Politeknik Negeri Jember

Sebagai bahan referensi dalam perpustakaan serta bahan bacaan untuk menambah wawasan mahasiswa yang lain terutama program studi rekam medik.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi peneliti karena dapat menambah pengalaman dan pengetahuan terutama dalam hal penelitian.

c. Bagi Pembaca

Sebagai kajian dan referensi dalam mengetahui faktor- faktor apa saja yang mempengaruhi penerapan *clinical pathway typhoid* pada pasien dewasa non komplikasi.

