



Evaluasi Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Implementasi *Clinical Pathway* di RS Islam Surabaya Ahmad Yani

N. Erika Sofiah Junaidi^{*1}, Budhi Setianto², Inge Dhamanti³

¹S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

²Panitia Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Rumah Sakit Islam Surabaya Ahmad Yani, Surabaya

³Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Author's Email Correspondence (*): n.erika.sofiah.junaidi-2017@fkm.unair.ac.id
 +6285756862684

ABSTRAK

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kewajiban memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan standar mutu pelayanan rumah sakit yang salah satunya adalah melalui penerapan *clinical pathways*. Berdasarkan pencapaian Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya pada Indikator Mutu Nasional tahun 2020, diketahui bahwa kepatuhan petugas kesehatan terhadap *clinical pathways* di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya masih jauh di bawah standar yang ditetapkan. Sehingga, penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi kepatuhan petugas kesehatan dalam penerapan *clinical pathways* selama pemberian pelayanan kepada pasien. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara kepada salah satu Panitia Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam (RSI) Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sejak Desember 2020 hingga Maret 2021 di Instalasi Gawat Darurat RSI Surabaya. Teknik analisis pada penelitian ini menggunakan metode *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA) guna mengetahui potensi risiko yang dapat menghambat kelancaran alur proses pelayanan kasus *Appendicitis Acute* dalam pemanfaatan *Clinical Pathways* (CPWs) oleh tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 9 modus kegagalan prioritas dalam implementasi CPW berdasarkan penentuan *cut off point* menggunakan prinsip pareto. Modus kegagalan tersebut terjadi karena CPW belum terintegrasi secara menyeluruh dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS). Sehingga dapat disimpulkan bahwa perlu adanya integrasi yang komprehensif antara CPW dan SIM RS guna meningkatkan kepatuhan penerapan CPW dalam upaya peningkatan mutu rumah sakit.

Kata Kunci: Kepatuhan; *Clinical Pathway*; Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; FMEA

Published by:

Tadulako University

Address:

Jl. Soekarno Hatta KM 9, Kota Palu, Sulawesi Tengah,
 Indonesia.

Phone: +628114120202

Email: Preventif.fkmuntad@gmail.com

Article history :

Received : 31 07 2021

Received in revised form : 27 09 2021

Accepted : 30 09 2021

Available online : 31 12 2022

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



ABSTRACT

Hospitals are health service facilities that obliges to provide complete health services in accordance to hospital service quality standards, one of which is through implementation of clinical pathways. Based on the Islamic Hospital (RSI) Jemursari Surabaya on the 2020 National Quality Indicators, it is known that the compliance of health workers in the clinical pathways implementation is still far below (12%) the set standards (100%). Thus, this study was conducted to evaluate the compliance of health workers in the implementation of clinical pathways during the provision of services to patients. This research is qualitative research by conducting interviews with one of the Committee for Quality Improvement and Patient Safety at the Islamic Hospital (RSI) Jemursari Surabaya. This research was carried out from December 2020 to March 2021 at the Emergency Department of Islamic Hospital (RSI) Jemursari Surabaya. This study used the Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) method to determine the potential risks that can hinder the smooth flow of the service process for Acute Appendicitis cases in the use of Clinical Pathways (CPWs) by health workers in the Emergency Department (IGD). The results of this study indicates that there are 9 priority failure modes in the implementation of CPW based on the cut-off point using the Pareto principle. These failure modes occur due to the CPW form has not been fully integrated with the Hospital Management Information System (SIM RS). So, it can be concluded that there needs to be a comprehensive integration between CPW and SIM Hospital to improve compliance with CPW implementation to improve hospital quality.

Keywords : Compliance; Clinical Pathway; Hospital Management Information System; FMEA

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Salah satu kewajiban rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2018 adalah memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit(1). Setiap fasilitas pelayanan kesehatan saling berlomba dalam upaya peningkatan mutu pelayanan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya(2). Mutu dapat diketahui sebagai gambaran dari sifat suatu jasa yang merupakan bagian dari strategi perusahaan dalam rangka mendapatkan berbagai keunggulan yang berkesinambungan(3). Syarat utama pengendalian mutu adalah *clinical pathway* yang sekaligus menjadi merupakan syarat kendali biaya terutama pada kasus yang berpotensi menghabiskan sumber daya dalam jumlah besar(4). Selain itu dengan penerapan *clinical pathway* dirancang untuk meminimalisir kererlambatan perawatan, optimalisasi pemanfaat sumber daya, memaksimalkan kualitas pelayanan dan hasil klinis(1)(5)(6)(7)(8).

Konsep *clinical pathway* pertama kali dikenalkan di New England Medical Center pada tahun 1985 oleh Karen Zander dan Kathleen Bowe(9). Pengembangan awal *clinical pathway* dilakukan di Amerika Serikat, Australia dan Inggris sebagai cara untuk meningkatkan efisiensi dan mengurangi biaya klinis(10). Dewasa ini *clinical pathway* telah digunakan di berbagai rumah sakit dan organisasi kesehatan di dunia sebagai alat audit dan penjaminan kualitas(5)(11). Pada tahun 2016, RS Islam Surabaya Ahmad Yani telah mendapatkan akreditasi paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan menunjukkan upaya peningkatan mutu hingga kini. Berikut pencapaian Rumah Sakit Islam Surabaya Ahmad Yani terhadap Indikator Mutu Nasional pada tahun 2020:

Tabel 1
Pencapaian RSI Surabaya Ahmad Yani terhadap Indikator Mutu Nasional tahun 2020

No	Indikator	Rerata	Standar
1.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
2.	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat ≤ 5 menit	100%	100%
3.	Waktu tunggu rawat jalan (menit)	61,9%	60%
4.	Penundaan operasi elektif	0%	< 5%
5.	Kepatuhan jam kunjung dokter spesialis	55%	100%
6.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%	100%
7.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS	81%	80%
8.	Kepatuhan cuci tangan	93%	> 80%
9.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap	100%	100%
10.	Kepatuhan terhadap <i>clinical pathways</i> (prioritas)	12%	100%
11.	Kepuasan pasien dan keluarga	88%	> 90%
12.	Kecepatan respon terhadap komplain	100%	> 75%

Sumber: Data Sekunder, 2021

Pada tabel 1 di atas terlihat masih terdapat empat indikator mutu yang belum memenuhi standar capaian, antara lain waktu tunggu rawat jalan, kepatuhan jam kunjung dokter spesialis, kepatuhan terhadap *clinical pathways* kasus prioritas, serta kepuasan pasien dan keluarga. Berdasarkan data tersebut perlu dilakukan identifikasi guna mengurangi risiko yang muncul untuk terus menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan. Identifikasi tersebut dapat dilakukan menggunakan salah satu piranti manajemen bernama *Failures Mode and Effect Analysis* (FMEA).

FMEA dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan mencegah terjadinya hal yang tidak diinginkan. Pada penelitian ini identifikasi akan dilakukan pada indikator mutu dengan rerata capaian terendah, yaitu kepatuhan terhadap *clinical pathways*. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi modus dan efek kegagalan akibat ketidakpatuhan dalam penerapan *clinical pathway* (CPW) di Rumah Sakit Islam Surabaya Ahmad Yani dengan menggunakan pendekatan FMEA. Output dari penelitian ini adalah peningkatan mutu di Rumah Sakit Islam Surabaya Ahmad Yani.

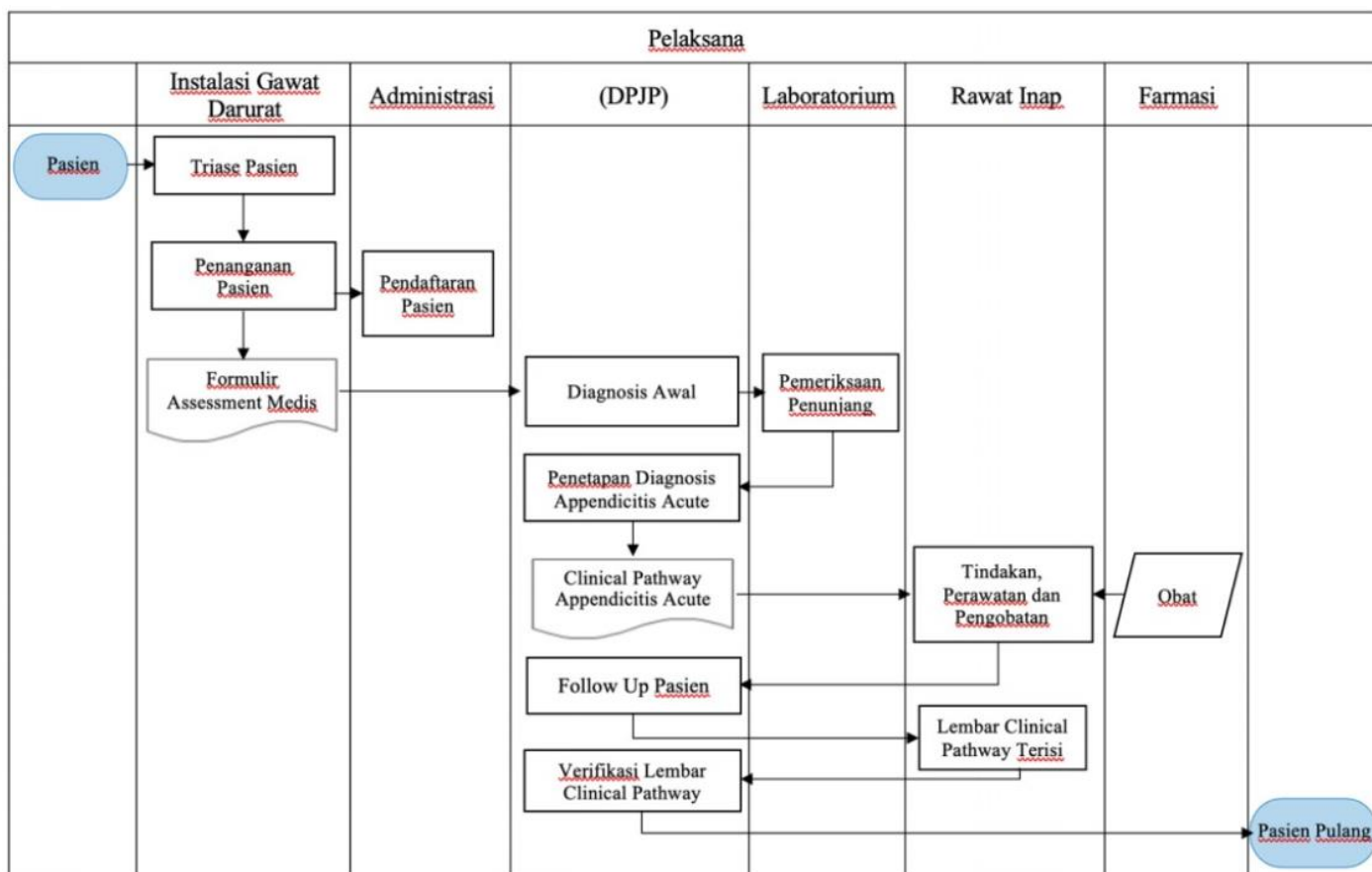
METODE

Penelitian ini memiliki rancangan bangun kualitatif dengan menggunakan pendekatan penelitian survei observasi dan wawancara kepada Panitia Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam (RSI) Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sejak Desember 2020 hingga Maret 2021 pada alur proses pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Teknik analisis pada penelitian ini menggunakan metode *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA) guna mengetahui potensi risiko yang dapat menghambat kelancaran alur proses pelayanan kasus *Appendicitis Acute* dalam pemanfaatan *Clinical Pathway* (CPW) oleh tenaga kesehatan di IGD.

Tahapan penelitian ini dilakukan dengan terlebih dahulu mengidentifikasi alur proses pelayanan yang kemudian ditentukan kegagalan yang berpotensi terjadi pada proses tersebut. Setelah itu dilakukan identifikasi *Risk Priority Number* (RPN) dengan cara perkalian pada matriks *Occurrence, Severity and Detection* (OSD). Setelah nilai RPN diketahui akan dilanjutkan dengan penentuan nilai *cut-off point* berdasarkan prinsip *pareto* guna menentukan prioritas modus kegagalan pada alur proses pelayanan yang akan ditindak lanjuti dan dilakukan penanganan segera.

HASIL

Identifikasi Alur Proses Pelayanan Kasus *Appendicitis Acute* di IGD RSI Surabaya



Sumber: Data Primer, 2021

Gambar 1. Alur Proses Pelayanan Kasus *Appendicitis Accute* di IGD RSI Surabaya

Alur proses pelayanan di atas dapat dimuali dengan perawat melakukan triase pasien yang datang ke IGD dan kemudian pasien segera ditangani sesuai dengan kriteria. Selanjutnya dilakukan dokumentasi kriteria triase pasien oleh dokter/perawat di IGD pada formulir *assessment* awal medis. Setelah itu petugas melakukan proses pendaftaran pasien dan dokter melakukan diagnosis awal pada pasien. Hasil diagnosis awal kemudian didokumentasikan pada CPW yang sesuai untuk kemudian dijadikan sebagai landasan pemeriksaan penunjang. Setelah itu dokter menetapkan diagnosis *Appendicitis Acute* sesuai *assessment* klinis dan hasil pemeriksaan penunjang. Petugas kesehatan memberikan tindakan, asuhan perawatan dan pengobatan pada pasien sesuai dengan CWP *Appendicitis Acute* yang kemudian akan di *follow up* lebih lanjut oleh dokter. Terakhir, lembar CPW yang telah terisi akan diverifikasi oleh DPJP.

Identifikasi Potensi Kegagalan dalam Alur Proses Pemanfaatan CPW pada Pelayanan di IGD

Berdasarkan hasil identifikasi alur proses dalam perawatan pasien dengan kasus *Appendicitis Acute* di IGD RSI Surabaya ditemukan risiko dan potensi efek kegagalan yang mungkin muncul sebagai berikut:

Tabel 1
Potensi Kegagalan Alur Proses Pelayanan Pasien Kasus *Appendicitis Acute* di IGD

No	Tahapan Kegiatan	Modus Kegagalan
1.	Triase pasien dilakukan oleh dokter/perawat IGD	Triase tidak sesuai dengan kondisi pasien
2.	Pasien diberikan penanganan segera sesuai dengan kriteria	Penanganan yang diberikan kurang tepat
3.	Dokumentasi kriteria triase pasien oleh perawat dan dokter pemeriksa di IGD pada formulir <i>assessment</i> awal medis	Petugas salah catat kriteria pasien pada formulir <i>assessment</i> awal medis
4.	Pendaftaran pasien	Informasi pasien kurang lengkap
5.	Diagnosis awal pasien oleh dokter	Salah diagnosis awal
6.	Dokumentasi pasien pada CPW sesuai dengan hasil diagnosis awal	CPW yang digunakan salah
7.	Pemeriksaan penunjang dilakukan pada pasien sesuai dengan CPW	Pengisian informasi pasien pada CPW salah Pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan Sampel atau hasil pemeriksaan tertukar Hasil pemeriksaan tidak diisi oleh petugas pada CPW Pemeriksaan tidak dilakukan sesuai dengan anjuran CPW
8.	Penetapan diagnosis <i>Appendicitis Acute</i> sesuai dengan <i>assessment</i> klinis dan hasil pemeriksaan penunjang	Diagnosis akhir yang ditetapkan salah
9.	Pemberian perawatan dan pelayanan medis kepada pasien sesuai CPW	Perawatan yang diberikan tidak sesuai dengan CPW Perawatan yang diberikan tidak sempurna
10.	<i>Follow up</i> pasien diikuti dengan dokumentasi pada CPW	Dokter terlambat dalam melakukan <i>follow up</i> pasien Dokter tidak memeriksa lembar CPW pasien saat melakukan <i>follow up</i>
11.	Verifikasi lembar CPW	Lembar CPW pasien tertukar

Sumber: Data Primer, 2021

Data pada tabel 1 menunjukkan bahwa terdapat 11 alur proses pelayanan pada pasien kasus *Appendicitis Acute* di IGD RSI Surabaya. Dari 11 alur proses pelayanan tersebut diketahui terdapat 17 modus kegagalan yang mungkin dapat terjadi selama proses pelayanan berlangsung.

Identifikasi RPN pada matriks OSD dan Penetapan *Cut-Off Point*

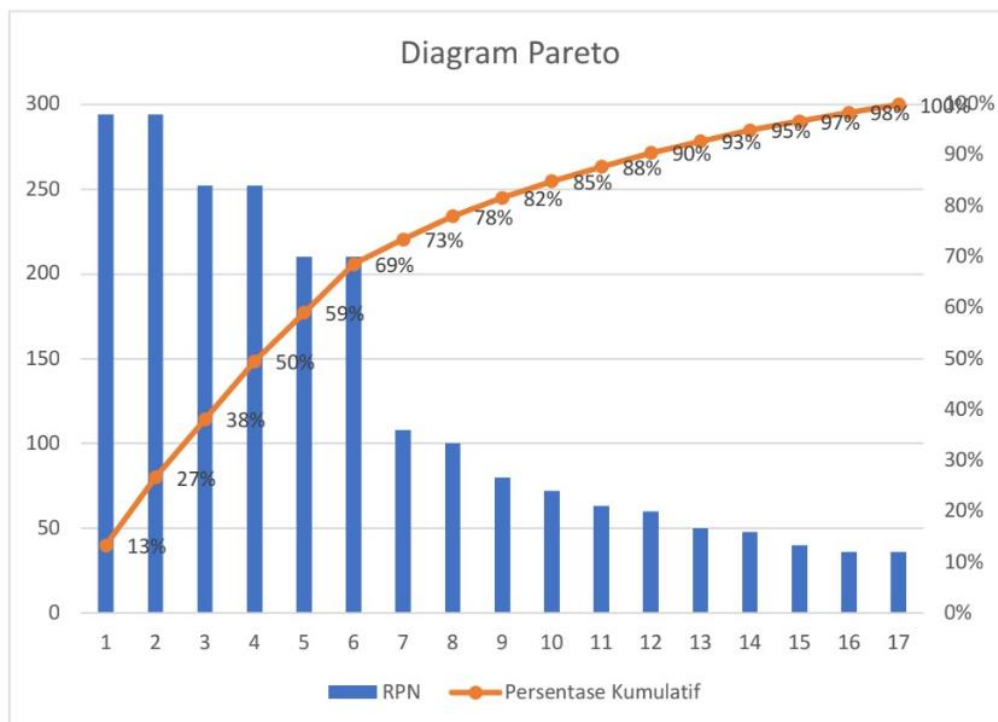
Tabel 2
Identifikasi RPN

No	Modus Kegagalan	Penyebab	Akibat	O	S	D	RPN
1.	Triase tidak sesuai dengan kondisi pasien	Persepsi dokter / perawat IGD terhadap pasien	<i>Over Triage</i> atau <i>Under Triage</i>	2	5	5	50
2.	Penanganan yang diberikan kurang tepat	Kesalahan dalam menilai pasien	Kondisi pasien memburuk	3	7	3	63
3.	Petugas salah catat kriteria pasien pada formulir <i>assessment</i> awal medis	Formulir <i>assessment</i> awal diisi oleh selain petugas pemeriksa pasien	Informasi terkait historis perawatan dan kondisi pasien salah	2	4	5	40
4.	Informasi pasien kurang lengkap	Petugas tidak memberikan penjelasan yang rinci untuk informasi yang diminta	Perawatan pasien dilakukan dengan data yang salah	3	4	3	36
5.	Salah diagnosis awal	Informasi terkait historis pasien salah	Perawatan yang diberikan pada pasien tidak sesuai dengan kondisi pasien	3	6	6	168
6.	CPW yang digunakan salah	Petugas kesulitan menemukan CPW yang sesuai	Perawatan pasien sulit dilakukan dan tidak sesuai standar	6	7	5	210
7.	Pengisian informasi pasien pada CPW salah	Petugas yang mengisi CPW tidak mengetahui historis pasien	Historis pasien tidak tercatat dalam rekam medis pasien	4	5	6	120
8.	Pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan	Pasien tidak diberikan penjelasan mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan	Pemeriksaan yang dilakukan tidak lengkap	2	6	6	72
9.	Sampel atau hasil pemeriksaan tertukar	Sampel tidak diberi label sebelum dilakukan pemeriksaan	Hasil pemeriksaan pasien yang tertera pada CPW salah	2	5	6	60
10.	Hasil pemeriksaan tidak diisi oleh petugas pada CPW	Lembar CPW pasien tidak tersedia	Lembar CPW tidak terisi secara lengkap	6	7	6	252
11.	Pemeriksaan tidak dilakukan sesuai dengan anjuran CPW	Petugas tidak memeriksa CPW pasien	Kondisi pasien tidak diketahui secara lengkap	6	6	7	252
12.	Diagnosis akhir yang ditetapkan salah	CPW tidak terisi dengan informasi yang dibutuhkan dokter untuk menetapkan diagnosis akhir pasien	Diagnosis akhir tidak sesuai dengan kondisi pasien	2	8	5	80
13.	Perawatan yang diberikan tidak sesuai dengan CPW	CPW pasien tidak diperiksa sebelum memberikan perawatan	Perawatan yang diberikan pada pasien tidak sesuai standar	6	7	7	294
14.	Perawatan yang	CPW tidak diisi setelah	Terjadi <i>miss communication</i>	7	6	7	294

No	Modus Kegagalan	Penyebab	Akibat	O	S	D	RPN
	diberikan tidak sempurna	pemberian perawatan	antar petugas selama melakukan perawatan pasien				
15.	Dokter terlambat dalam melakukan <i>follow up</i> pasien	Dokter tidak mendapatkan notifikasi <i>follow up</i> pasien	Kepuasan pasien dan keluarga menurun terhadap pelayanan yang diberikan oleh RS	3	4	4	48
16.	Dokter tidak memeriksa lembar CPW pasien saat melakukan <i>follow up</i>	Lembar CPW pasien tidak tersedia saat dokter melakukan <i>follow up</i> pasien	Dokter tidak mengetahui historis dan perawatan yang telah diberikan pada pasien	7	6	5	210
17.	Lembar CPW pasien tertukar	Lembar CPW tidak diisi dengan informasi pasien yang lengkap	Rekam medis pasien tidak lengkap	3	4	3	36

Sumber: Data Primer, 2021

Tabel 2 di atas menunjukkan hasil penentuan RPN yang dilakukan dengan mengkalikan tiga faktor OSD pada matriks sehingga menghasilkan data yang dapat digunakan untuk mengurutkan peringkat prioritas modus kegagalan. Berikut merupakan penentuan *cut-off point* menggunakan prinsip Pareto:



Sumber: Data Primer, 2021

Gambar 2. Diagram Pareto Modus Kegagalan Pelayanan Kasus Appendicitis Acute di IGD RSI Surabaya

Gambar 2 menunjukkan bahwa ada 9 modus kegagalan dengan nilai di atas 80% yang harus ditindak lanjuti berdasarkan perhitungan *cut-off point* dengan diagram Pareto. Modus kegagalan tersebut antara lain, 1) diagnosis akhir yang ditetapkan salah (RPN 80, Kumulatif 82%), 2) pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan (RPN 72, Kumulatif 85%), 3) penanganan yang diberikan kurang tepat (RPN 63, Kumulatif 88%), 4) sampel pemeriksaan tertukar (RPN 60, Kumulatif 90%), 5) triase yang tidak sesuai dengan kondisi pasien

(RPN 50, Kumulatif 93%), 6) dokter terlambat dalam melakukan *follow up* pasien (RPN 48, Kumulatif 95%), 7) petugas salah catat kriteria pasien pada formulir *assessment* awal (RPN 40, Kumulatif 97%), 8) informasi tentang pasien kurang lengkap (RPN 36, Kumulatif 98%), dan 9) lembar CPW pasien tertukar (RPN 36, Kumulatif 100%).

PEMBAHASAN

Diagnosis Akhir yang Ditetapkan Salah

Diagnosis akhir yang ditetapkan salah pada hasil penelitian ini menyebabkan perbedaan dengan data diagnosis awal pasien. Hal tersebut sangat mungkin terjadi pada penerapan CPW dikarenakan selama proses pelaksanaan CPW masih terdapat implementasi yang pada setiap tahap pelayanan. Diagnosis akhir yang ditetapkan salah pada hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian sebelumnya. Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Fauziah Bireun juga menyatakan bahwa selama pelaksanaan CPW dapat terjadi kemungkinan diagnosis akhir yang salah ditetapkan(12). Diagnosis akhir yang salah ini mempengaruhi rekam medis pasien dan jenis penanganan yang diberikan kepada pasien(13). Sehingga ketika diagnosis akhir yang ditetapkan kepada pasien salah, maka kemungkinan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien juga tidak dapat terlaksana secara maksimal(13). Upaya perbaikan yang dapat diberikan guna menangani kesalahan penetapan diagnosis akhir adalah dengan penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS). Penerapan SIM RS perlu dilakukan untuk memastikan dokter dapat dengan mudah mengakses informasi pasien. Semakin meningkatnya kemudahan akses dokter terhadap data pasien dapat meningkatkan kualitas diagnosis yang ditegakkan oleh dokter(2)(6)(14)(15).

Pasien Menolak Pemeriksaan yang Dianjurkan

Kejadian pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan dapat terjadi jika pelaksanaan CPW tidak paripurna. Pelaksanaan CPW yang tidak paripurna mengakibatkan kesenjangan antara pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan tingginya biaya pelayanan yang harus dibayarkan(16). Jika kesenjangan tersebut dirasakan oleh pasien, maka kemungkinan penolakan pemeriksaan anjuran oleh pasien akan semakin meningkat(16). Hasil tersebut diperkuat kemungkinan kejadiannya oleh penelitian terdahulu yang juga menyebutkan bahwa terdapat kemungkinan pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan akibat penerapan CPW yang tidak maksimal(17)(18). Upaya perbaikan yang dapat dilakukan untuk modus kegagalan pasien menolak pemeriksaan yang dianjurkan adalah dengan mewajibkan petugas kesehatan memberikan penjelasan kepada pasien. Penjelasan yang diberikan oleh petugas kepada pasien yaitu berkaitan dengan pemeriksaan yang dianjurkan dan manfaat pemeriksaan tersebut bagi pasien. Petugas harus memberikan penjelasan mengenai pemeriksaan secara rinci agar meminimalisir penolakan pemeriksaan oleh pasien(3).

Penanganan yang Diberikan Kurang Tepat

Modus kegagalan penanganan yang diberikan kurang tepat merupakan dampak lanjutan dari modus kegagalan kesalahan penetapan diagnosis akhir pasien. Penanganan yang diberikan kurang tepat sangat linier disebabkan karena penetapan diagnosis akhir pasien yang salah(13). Hasil ini diperkuat dengan hasil penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa jika CPW tidak diterapkan dengan baik di RS maka penanganan yang kurang tepat terhadap pasien dapat lebih sering terjadi dan mengakibatkan biaya perawatan kepada pasien juga lebih besar(19). Kondisi tersebut harus menjadi perhatian lebih oleh pihak manajemen RS. Selain merugikan pasien, penanganan yang kurang tepat juga merugikan RS pada sisi biaya, waktu dan sumber daya lainnya.

Sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan memberikan pelatihan pada petugas kesehatan untuk melakukan penanganan sesuai standar(20). Pelatihan diberikan agar petugas kesehatan mampu memahami CPW pasien dengan baik dan memerikan penanganan yang tepat kepada pasien.

Sampel Pemeriksaan Tertukar

Sampel pemeriksaan tertukar selama proses diagnosis pasien dapat terjadi jika tidak dilakukannya *labeling* pada sampel ataupun hasil pemeriksaan pasien. Hasil ini diperkuat oleh penelitian lainnya yang juga menyatakan bahwa sering terjadinya kelalaian dalam pemeriksaan sampel pasien sehingga mengakibatkan hasil pemeriksaan banyak yang tertukar dan pelayanan kesehatan yang diterima pasien menjadi tidak memuaskan(8)(10)(21)(22). Jika hal tersebut terus berlanjut maka dapat terjadi kesalahan diagnosis akhir pasien yang berujung pada kurang tepatnya penanganan yang diberikan kepada pasien(12)(13). Upaya perbaikan yang dapat dilakukan untuk mengatasi sampel pemeriksaan yang tertukar adalah dengan mewajibkan pemberian label oleh petugas kesehatan. Selain pemberian label, sampel pemeriksaan juga dilakukan pendataan pada SIM RS guna mengintegrasikan diagnosis awal, sampel pemeriksaan, diagnosis akhir dan pelayanan yang diberikan serta mengurangi kemungkinan kejadian tertukarnya sampel pemeriksaan(14).

Triase yang Tidak Sesuai dengan Kondisi Pasien

Triase merupakan proses identifikasi dan pengambilan keputusan terhadap keadaan klinis pasien. Triase ini harus sesuai dengan kondisi pasien. Sayangnya jika pelaksanaan pelayanan kesehatan di RS tidak menerapkan CPW dengan baik kemungkinan triase yang tidak sesuai dengan kondisi pasien dapat sangat sering terjadi. Hasil ini diperkuat dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pelaksanaan ketidaktepatan pelaksanaan triase di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar masih terjadi sebesar 6.7% dari total pelayanan(23). Pelaksanaan triase yang tidak sesuai dengan kondisi pasien dapat meningkatkan persepsi tidak puas pasien terhadap pelayanan di IGD(23). Upaya perbaikan perlu dilakukan untuk mencegah atau menangani triase yang tidak sesuai dengan kondisi pasien. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan pelatihan mengenai pelaksanaan *assessment* sesuai dengan standar kepada petugas kesehatan yang bertanggung jawab melakukan triase pada pasien(20). Selain itu diberikan ketentuan atau SOP mengenai standar triase sebagai tolok ukur pelaksanaan triase(23).

Dokter Terlambat dalam Melakukan *Follow Up* Pasien

Dokter terlambat dalam melakukan *follow up* kepada pasien sangat sering terjadi pada pelayanan di IGD. Hal tersebut kerap terjadi selain karena kondisi darurat juga dikarenakan tidak ada pembaruan pada jadwal kunjungan dokter. Padahal melaksanakan *follow up* pasien merupakan hal penting yang dilakukan karena termasuk pada fase monitoring dalam penerapan CPW kepada pasien. Penelitian sebelumnya mendukung hasil penelitian ini dengan menyatakan bahwa monitoring pasien yang tidak berjalan dengan baik dalam pelaksanaan CPW dapat mengakibatkan akurasi hasil evaluasi pasien rendah dan memperpanjang waktu rawat pasien juga memperbesar biaya perawatan pasien(1)(4)(14)(24). Mempertimbangkan dampak yang terjadi maka perlu

dilakukan perbaikan pada modus kegagalan keterlambatan dokter dalam melakukan *follow up* pasien. Perbaikan dapat dilakukan dengan mengintegrasikan informasi pasien pada SIM RS dengan jadwal kunjung dokter. Integrasi informasi tersebut dilakukan guna mempermudah dokter mempersiapkan waktu dan rencana perawatan pasien dengan lebih terinci dan mencegah terjadinya keterlambatan(25).

Petugas Salah Catat Kriteria Pasien pada Formulir *Assessment* Awal

Hasil analisis penerapan CPW dalam penelitian ini juga menunjukkan modus kegagalan berupa petugas salah catat kriteria pasien pada formulir *assessment* awal. Kesalahan ini menunjukkan bahwa CPW belum terlaksana dengan baik. Hasil ini diperkuat oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa ketika efektivitas pelaksanaan CPW tercapai dengan baik maka kesalahan di awal pelayanan pasien akan minim terjadi(26). Upaya perbaikan yang dapat dilakukan guna mencegah petugas salah mencatat kriteria pasien pada formulir *assessment* awal adalah dengan memberikan tanggung jawab kepada petugas penerima pasien untuk melakukan dokumentasi triase pasien. Pemberian tanggung jawab ini dilakukan secara paripurna dengan tujuan menghindari kesalahan catat pada formulir *assessment* awal dan kriteria pasien dapat tercatat secara lengkap(3). Pemberian tanggung jawab ini juga dinilai dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses pelayanan pasien karena dilakukan oleh petugas yang sama sedari awal hingga akhir(26).

Informasi Tentang Pasien Kurang Lengkap

Informasi tentang pasien yang kurang lengkap berkaitan erat dengan kesalahan catat, kurang tepatnya triase dan diagnosis pasien. Informasi pasien yang kurang lengkap ini terjadi ketika formulir CPW pasien juga tidak terisi dengan lengkap. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian lainnya yang menyatakan bahwa informasi pasien tidak dapat tercatat dan terakses dengan efektif ketika tidak diintegrasikannya CPW dan SIM RS(5)(10)(22)(27). Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani informasi pasien kurang lengkap adalah dengan dilakukannya peningkatan komitmen petugas kesehatan dalam pemberian informasi dan pelayanan yang paripurna bagi pasien(20). Pemberian informasi dua arah dari pasien kepada petugas maupun petugas kepada pasien secara paripurna dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien, karena lengkapnya informasi yang diperoleh membuat pelayanan yang diberikan semakin tepat, efektif dan efisien.

Lembar CPW Pasien Tertukar

Tertukarnya lembar CPW pasien terjadi dikarenakan banyaknya pasien, kemiripan diagnosis atau tidak tertulis dengan jelas identitas pasien. Hal-hal tersebut memperbesar kemungkinan bagi petugas untuk mengambil lembar CPW yang salah atau tertukar dengan lembar CPW pasien lainnya. Kejadian tertukarnya lembar CPW juga terjadi karena tidak adanya sistem integrasi antara CPW pasien dengan SIM RS sehingga tidak dapat dilakukan pemeriksaan silang terhadap CPW pasien. Temuan ini belum pernah ditemukan pada penelitian lain yang membahas seputar CPW. Sehingga upaya perbaikan yang dapat diberikan untuk mencegah atau menanggulangi modus kegagalan ini disesuaikan dengan penyebab kegagalannya. Upaya perbaikan yang dapat dilakukan untuk mencegah lembar CPW pasien tertukar adalah dengan mengintegrasikan CPW dengan SIM RS guna mengurangi kejadian putusya rantai informasi selama perawatan pasien(6).

Upaya tersebut sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang telah membuktikan bahwa implementasi integrasi CPW dengan SIM RS dapat secara signifikan meningkatkan kepatuhan terhadap CPW(2)(6)(15)(17). Aspland (2021) menyatakan bahwa pengintegrasian sistem manajemen RS dapat menjadi langkah yang efektif untuk peningkatan implementasi CPW dalam pengambilan keputusan tindakan perawatan(6). Bukan hanya itu, CPW yang terintegrasi dengan SIM RS dapat meningkatkan efisiensi pemberian perawatan kepada pasien (2)(15)(25). Efisiensi perawatan yang diperoleh saat mengintegrasikan CPW dengan SIM RS antara lain, otomatisasi pelayanan, pengurangan biaya pelayanan dan peningkatan kinerja RS(2). Tidak hanya itu, integrasi CPW dengan SIM RS dapat meningkatkan dan mempermudah banyak hal lain seperti, akses informasi, produktivitas tenaga kesehatan, efisiensi dan akurasi pelayanan, kualitas perawatan kesehatan, manajemen klinis, keselamatan pasien, kesembuhan dan kepuasan pasien(25). Penurunan kesalahan perawatan medis dan biaya rekam medis juga dapat terwujud ketika CPW dan SIM RS telah diintegrasikan dengan menyeluruh(25).

KESIMPULAN DAN SARAN

Analisis Failure Modes and Effect Analysis (FMEA) menunjukkan bahwa adanya 17 potensi modus kegagalan yang ditemukan pada implementasi *clinical pathway* pelayanan kasus *Appendicitis Acute* di IGD RSI Surabaya dengan sembilan diantaranya merupakan modus kegagalan prioritas. Sembilan potensi kegagalan prioritas tersebut dapat mengakibatkan penurunan kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien. Secara umum, diketahui pula bahwa RSI Surabaya belum melakukan integrasi antara CPW dengan SIM RS secara sempurna. Oleh karena itu, dengan melakukan pengintegrasian CPW dengan SIM RS secara sempurna, diharapkan mampu menjadi solusi untuk mempermudah pengimplementasian CPW sehingga dapat meningkatkan kepatuhan petugas kesehatan juga meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fujino Y, Kubo T, Muramatsu K, Murata A, Hayashida K, Tomioka S, et al. Impact of regional clinical pathways on the length of stay in hospital among stroke patients in Japan. *Med Care*. 2014;52(7):634–40.
2. Fadilla NM, Setyonugroho W. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dalam Meningkatkan Efisiensi. *Tek Inform dan Sist Inf*. 2021;8(x):1–13.
3. Sari I, Sundari S. Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Krisis Hipertensi di Instalasi Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Bantul. In: *Proceeding Health Architecture*. 2017. p. 113–21.
4. Bryan MA, Desai AD, Wilson L, Wright DR, Mangione-Smith R. Association of bronchiolitis clinical pathway adherence with length of stay and costs. *Pediatrics*. 2017;139(3).
5. Aniza I, Saperi S, Zafar A, Aljunid SM, Wan Norlida I, Oteh M, et al. Implementation of clinical pathways in Malaysia: Can clinical pathways improve the quality of care? *Int Med J*. 2016;23(1):47–50.
6. Aspland E, Gartner D, Harper P. Clinical pathway modelling: a literature review. *Heal Syst [Internet]*. 2021;10(1):1–23. Available from: <https://doi.org/10.1080/20476965.2019.1652547>
7. Kaiser S V., Rodean J, Bekmezian A, Hall M, Shah SS, Mahant S, et al. Effectiveness of Pediatric Asthma Pathways for Hospitalized Children: A Multicenter, National Analysis. *J Pediatr [Internet]*. 2018;197:165-171.e2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.01.084>

8. Buchert AR, Butler GA. Clinical Pathways. Driving High-Reliability and High-Value Care. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2016;63(2):317–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.12.005>
9. Li W, Liu K, Yang H, Yu C. Integrated clinical pathway management for medical quality improvement - Based on a semiotically inspired systems architecture. *Eur J Inf Syst*. 2014;23(4):400–17.
10. Asmirajanti M, Syuhaimie Hamid AY, Hariyati TS. Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: a literature review. *Enferm Clin* [Internet]. 2018;28:240–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30076-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30076-7)
11. Wetherill C V., Melling JD, Rhodes HL, Wilkinson DJ, Kenny SE. Implementation of a care pathway for infantile hypertrophic pyloric stenosis reduces length of stay and increases parent satisfaction. *Int J Care Coord*. 2015;18(4):78–84.
12. Nurliawati, Fitriani, Arifah D, Jamaluddin, Idawati. Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway Di Rumah Sakit Umum Dr. Fauziah Bireun. *J Biol Educ*. 2019;7(2):151–66.
13. Mangentang FR. Kelengkapan Resume Medis dan Kesesuaian Penulisan Diagnosis Berdasarkan ICD-10 Sebelum dan Sesudah JKN di RSUD Bahteramas. *J ARSI*. 2015;1(44):159–68.
14. Rosalina IS, Mansur M, Syamsul Hidayat MK, Widyaningrum K. Evaluating Clinical Pathway Typhoid Fever Monitoring at ABC Hospital Malang. *J Medicoeticolegal dan Manaj Rumah Sakit*. 2018;7(1):43–51.
15. Jayanti LD. Development of Management Information Systems with. 2020;4(1):13–9.
16. Paat C, Kristanto E, Kalalo FP. Analisis pelaksanaan clinical pathway di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *J Biomedik*. 2017;9(1):62–7.
17. Mutiarasari D, Pinzon RT, Gunadi G. Evaluasi Proses Pengembangan Dan Penerapan Clinical Pathway Kasus Stroke Iskemik Akut Di Rumah Sakit Anutapura Kota Palu. *Berk Ilm Kedokt Duta Wacana*. 2017;2(2):335.
18. Sari DR. Audit Implementasi Clinical Pathway Diare Akut di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2016. *J ARSI*. 2017;3(2):115–26.
19. Iroth JS, Ahmad RA, Pinzon R. Dampak Penerapan Clinical Pathway Terhadap Biaya Perawatan Pasien Stroke Iskemik Akut Di Rs Bethesda Yogyakarta. *Berk Ilm Kedokt Duta Wacana*. 2017;2(1):267.
20. Astuti YD, Dewi A, Arini M. Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *J Medicoeticolegal dan Manaj Rumah Sakit*. 2017;6(2):95–106.
21. Carson RA, Mudd SS, Madati PJ. Evaluation of a Nurse-Initiated Acute Gastroenteritis Pathway in the Pediatric Emergency Department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2017;43(5):406–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.01.001>
22. van der Kolk M, van den Boogaard M, Becking-Verhaar F, Custers H, van der Hoeven H, Pickkers P, et al. Implementation and Evaluation of a Clinical Pathway for Pancreaticoduodenectomy Procedures: a Prospective Cohort Study. *J Gastrointest Surg*. 2017;21(9):1428–41.
23. Amri A, Manjas M, Dasman H. Analisis Implementasi Triage, Ketepatan Diagnosa Awal Dengan Lama Waktu Rawatan Pasien di RSUD Prof. DR. MA Hanafiah SM Batusangkar. *J Kesehat Andalas*. 2019;8:484.
24. Siswanto M, Chalidyanto D. Impact of Clinical Pathways Compliance for Reducing Length of Stay. *J Adm Kesehat Indones*. 2020;8(1):79.
25. Khalifa M. Perceived benefits of implementing and using hospital information systems and electronic medical records. In: *International Conference on Informatics, Management, and Technology in Healthcare*. 2017. p. 165–8.
26. Setyorini IO, Rohman H, Susilowati E. Efektivitas Penggunaan Clinical Pathway Berdasarkan AvLOS Pasien Sectio Caesarea. *Pros Call Pap SMIKNAS Progr Stud D3 Rekam Med dan Inf Kesehat Univ Duta*

- Bangsa Surakarta Tahun 2019. 2019;(44):32–40.
27. Bai J, Bai F, Zhu H, Xue D. The perceived and objectively measured effects of clinical pathways' implementation on medical care in China. PLoS One. 2018;13(5):1–13.