

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Standar yang menjadi acuan dalam penilaian proses akreditasi sebuah rumah sakit salah satunya yaitu terkait dengan penerapan pelayanan yang berfokus pada pasien, atau dikenal dengan "*patient centred care*". Dalam pendekatan *patient centred care*, agar semua tenaga kesehatan bisa bekerja secara terpadu, maka *clinical pathway* (CP) menjadi sebuah sarana pengintegrasian pelayanan kesehatan (Firmanda, 2011). *Clinical Pathway* dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan cara meningkatkan kinerja praktisi kesehatan yang memberikan asuhan secara terintegrasi. Dengan peningkatan kinerja tersebut diharapkan adanya peningkatan efektivitas dan efisiensi pelayanan yang berdampak peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan (Djasri, 2013).

Pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum cenderung belum mencapai kualitas optimal. Hal ini menuntut pemerintah dan institusi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan merupakan hal yang unik, sebab dimensi dan indikator yang dapat berbeda diantara orang-orang yang terlibat dalam pelayanan

kesehatan (Al-Assaf, 2014). Kepuasan akan sebuah produk atau jasa ditentukan dari mutu yang menjadi komponen atau sifat yang penting dari sebuah produk atau jasa. Mutu merupakan komponen produk atau jasa yang paling penting dalam pemenuhan tuntutan pasar (Deming's, 1986 dalam Singh *et al*, 2013). Mutu juga merupakan suatu sifat yang dimiliki oleh suatu program/produk (Donabedian, 1986 dalam Ayanian & Markel, 2016). Menurut Depkes (2008) mendefinisikan mutu sebagai kemampuan untuk memenuhi standar berdasarkan karakteristik yang dimiliki oleh suatu produk tanpa adanya kesalahan. Beberapa definisi diatas pada dasarnya memberikan definisi yang sama mengenai mutu yaitu merupakan suatu sifat yang dimiliki oleh suatu produk atau layanan dengan karakteristik serta kriteria tertentu, dan setiap konsumen dapat mempersepsikan penilaian masing-masing terhadap mutu produk tersebut sehingga penilaian mutu seseorang dengan orang lain dapat berbeda terhadap produk ataupun jasa yang sama.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat diharapkan oleh setiap pasien dan keluarga yang menjalani pengobatan. Dalam menilai suatu mutu pelayanan kesehatan, terdapat tujuh pilar yang dapat dijadikan acuan yaitu aman, efektif, mudah, tersertifikasi, tepat waktu, efisien dan merata (Donabedian, 1986 dalam Ayanian & Markel, 2016). Mutu pelayanan kesehatan juga dapat diartikan sebagai derajat kesempurnaan yang memenuhi

kebutuhan masyarakat yang dilaksanakan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kesehatan yang menggunakan sumber daya yang tersedia, wajar, efisien, dan efektif serta memberikan keamanan dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat (Depkes, 2008). Dari beberapa pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan diatas, mutu pelayanan kesehatan merupakan suatu derajat atau nilai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga dengan memperhatikan aspek keamanan, kemudahan, efektif dan efisien serta sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosial budaya masyarakat.

Terdapat beberapa komponen dalam pelayanan kesehatan. Komponen tersebut terdiri dari tiga *input*, *proses*, dan *output*. *Input* dalam pelayanan kesehatan mencakup komitmen/kebijakan, sarana dan peralatan serta bangunan sebagai tempat pelayanan kesehatan. *Process* dalam pelayanan kesehatan merupakan interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen, pada indikator ini dilihat bagaimana relevansi dan elektifitas pelayanan kesehatan dilakukan. *Output* dalam indikator pelayanan kesehatan merupakan hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan terhadap pasien baik jangka panjang maupun jangka pendek (Donabedian, 1986 dalam Ayanian & Markel, 2016).

Pelayanan kesehatan di rumah sakit erat hubungannya dengan pelayanan keperawatan. Tanpa adanya pelayanan keperawatan, pelayanan kesehatan tidak akan dapat berjalan. Pelayanan keperawatan yang berada dalam kerangka pelayanan kesehatan dilakukan oleh perawat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya. Pelayanan ini dilakukan untuk mencapai tujuan dan pemeliharaan kesehatan bagi pasien di rumah sakit.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu upaya baik dari pemerintah maupun institusi pelayanan kesehatan. Banyak program yang telah dibuat dan dijalankan, diantaranya program Jaminan Kesehatan Nasional atau disingkat (JKN). Program ini dijalankan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71, (2013) tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Program JKN sendiri terus mengalami perubahan-perubahan dan berinovasi demi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Program JKN dalam pelaksanaannya diharapkan berperan sebagai

kendali mutu dan kendali biaya pada pelayanan kesehatan di Indonesia, program ini dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan di berbagai tingkatan pelayanan kesehatan yaitu mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, rawat jalan tingkat pertama, rawat inap tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan hingga pelayanan kesehatan darurat medis. Untuk itu, dalam pelaksanaannya perlu adanya kerja sama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan selaku badan pelaksana JKN (Permenkes RI, 2013). Hingga saat ini sebagian besar masyarakat Indonesia baik dari ekonomi menengah kebawah hingga ekonomi menengah ke atas sudah memanfaatkan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS. Data BPJS menyebutkan bahwa sejak tahun 2014 hingga tahun 2016 jumlah peserta layanan BPJS terus terjadi peningkatan. Hal tersebut dapat dilihat dari pencapaian peserta pada tahun 2014 yang mencapai 52,33%. Pada tahun 2015 terjadi peningkatan yakni mencapai 61,51% dan pada tahun 2016 meningkat lagi mencapai 67,6% dari jumlah penduduk Indonesia. Dari data tersebut terlihat adanya peningkatan yang cukup signifikan pada jumlah peserta layanan BPJS dari tahun ke tahun (BPJS, 2017).

Dalam pelaksanaannya, program JKN menuai pro dan kontra serta kecurangan didalamnya. Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan

kesehatan dalam sistem JKN disebut dengan kecurangan JKN. Kecurangan JKN merupakan tindakan atau perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan dan dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program tersebut. Untuk itu, sebagai upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) pemerintah membuat suatu kebijakan tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem JKN membuat kebijakan tata kelola klinik. Tata kelola klinik terdiri dari ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan, audit klinis, penetapan prosedur klaim, penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis, dan *clinical pathway* (Permenkes RI, 2015). Seperti pada penelitian di RSUD Menggala di Tulang Bawang tahun 2016 yang menyebutkan adanya kecurangan seperti penulisan kode diagnosis yang berlebihan atau *upcoding*, klaim palsu atau *phantom billing* serta memperpanjang lama perawatan atau *prolonged length of stay* (Hartati, 2016). Penelitian lain di RSUP DR Cipto Mangunkusumo tahun 2016 menyebutkan bahwa potensi fraud yang paling mungkin terjadi di lingkungan rumah sakit adalah terkait penyalahgunaan aset, walaupun tidak menutup kemungkinan jenis *fraud* lain di lingkungan rumah sakit (Sadikin & Adisasmito, 2016).

Clinical pathway diartikan sebagai alur klinis yang memiliki banyak sinonim, di antaranya *care pathway*, *care map*, *integrated care pathways*, *multidisciplinary pathways of care*, *pathways of care* dan *collaborative care pathways*. *Clinical pathway* dibuat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan serta memberikan rencana tata laksana hari demi hari sesuai standar pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2014). Selain berperan sebagai upaya pencegahan kecurangan (fraud) dalam program JKN, CP juga berperan penting dalam pelaksanaan tarif Indonesia Case Base Groups (INA CBG's) di pelayanan kesehatan. Indonesia Case Base Groups (INA CBG's) merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Untuk itu, dengan adanya *clinical pathway* akan sangat membantu kesesuaian biaya perawatan di unit pelayanan kesehatan dengan tarif yang ditetapkan dalam INA CBG's (Permenkes RI, 2016).

Ada beberapa penelitian mengenai manfaat penerapan CP pada pasien di rumah sakit. Dalam penelitian Huang *et al* (2012) menjelaskan bahwa CP merupakan jalur klinis atau dikenal sebagai jalur perawatan, dimana memiliki jalur perawatan yang terintegrasi dan memiliki peta perawatan, selain itu CP juga digunakan sebagai alat untuk mengelola kualitas perawatan sesuai

standarisasi pelayanan kesehatan. Sebuah penelitian di Cina melakukan percontohan penerapan CP di beberapa provinsi. Proyek percontohan CP ini menggabungkan sistem pembayaran reformasi dengan penerapan CP. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan CP dan reformasi pembayaran terbukti meningkatkan kualitas dan keterjangkauan perawatan. Hingga saat ini penerapan program tersebut terbukti meningkatkan kepuasan pasien. Hal ini dapat dilihat dari peningkatan presentase kepuasan pasien yang mencapai 98% setelah penerapan CP, jumlah tersebut meningkat 8% sebelum penerapan CP (Cheng, 2013). Penelitian lain yang dilakukan di Korea menunjukkan bahwa penerapan CP terbukti menurunkan angka LOS serta biaya perawatan di rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari data terjadi penurunan 0,7 hari atau turun 15% pada pasien yang menggunakan CP dalam pelayanan kesehatannya. Selain itu biaya rumah sakit juga mengalami penurunan dari 291,1 dolar AS menjadi 236,7 dolar AS, jumlah tersebut turun sebesar 1,9% (Sung *et al*, 2013). Sedangkan penelitian di Indonesia yaitu di Yogyakarta menunjukkan dengan adanya CP terdapat adanya perbaikan dalam proses pelayanan pasien stroke. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perbaikan dalam hal pelacakan faktor risiko stroke, penilaian fungsi menelan, konsultasi gizi, dan pengukuran status fungsional. Akan tetapi, penerapan CP belum memperlihatkan secara signifikan dalam penurunan LOS dan angka kematian. Hal ini ditunjukkan

dengan tidak adanya beda bermakna dalam hal lama rawat inap dan mortalitas di antara dua periode pengamatan (Pinzon, Asanti, & Widyono, 2009).

Dari hasil beberapa penelitian di atas masih terlihat keberagaman dalam penerapan CP baik di dalam maupun diluar negeri. Idealnya CP dapat bermanfaat sebagai pedoman pelaksanaan asuhan kepada pasien. Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan kolaborasi antar tim kesehatan, menurunkan LOS, menurunkan biaya perawatan serta meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit (Herck, 2004).

Belum banyak ditemukan penelitian tentang dokumentasi CP karna sampai saat ini tidak semua rumah sakit sudah menggunakan CP dalam memberikan perawatan pada pasien dan saat ini CP juga masih terus dikembangkan dan disempurnakan penerapannya terutama di Indonesia. Penelitian yang dilakukan di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul menyatakan bahwa dari pemeriksaan terhadap 35 rekam medis pasien hanya terdapat 10 rekam medis yang memiliki form CP. Dari 10 rekam medis yang memiliki form CP tidak ada satupun yang diisi secara lengkap (Sari dan Sundari, 2017). Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nurfariadah, 2014) yang meneliti tentang efektivitas pelayanan selama penerapan clinical pathway skizofrenia rawat inap di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Dalam

penelitian tersebut kelengkapan dokumen CP secara keseluruhan hanya sebesar 33,11%. Penelitian lain di RS Anutapura kota Palu menyatakan bahwa kepatuhan pemberi asuhan kepada pasien dalam pendokumentasian pada form CP sudah baik yaitu mencapai angka 80%. Hal ini dikarenakan adanya kolaborasi yang baik antar multidisiplin profesi yang terlibat dalam pemberian asuhan kepada pasien (Mutiarasari dkk, 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan dengan melakukan wawancara kepada bagian komite medis RS Erba Palembang, pihak rumah sakit telah mulai menerapkan CP sejak awal tahun 2017. Hal ini dilakukan seiring pelaksanaan akreditasi rumah sakit yang menjadikan CP sebagai salah satu syarat dalam akreditasi. Saat ini RS Erba merupakan RS tipe A yang telah terakreditasi paripurna. *Clinical pathway* (CP) diterapkan bersamaan dengan adanya petunjuk teknis dalam pelaksanaan CP. Petunjuk teknis tersebut meliputi CP merupakan bagian dari status akan tetapi tidak dikembalikan ke instalasi rekam medis, setiap pasien rawat inap harus memiliki CP, CP diisi oleh pemberi asuhan klinis pasien, dan yang terakhir setelah pasien keluar rumah sakit CP dikumpulkan kedalam map yang telah disediakan di ruangan. Terdapat 5 (lima) diagnosa pasien yang telah memiliki format CP, yaitu pasien dengan diagnosa skizofrenia, skizoprenia manik/depresif, delirium, gangguan mental perilaku akibat PGZ dan depresi dengan gejala psikotik.

Pada kenyataannya, penerapan *clinical pathway* di rumah sakit Ernaldi Bahar belum sesuai dengan yang diharapkan. Observasi yang dilakukan peneliti dilapangan menemukan banyak dokumen CP pada status pasien yang tidak terisi dengan lengkap termasuk pada kolom keperawatan. Hal ini dikuatkan oleh pernyataan perawat ruangan yang menyatakan mereka kadang-kadang mengisi CP pada status pasien. Sesaat sebelum pasien pulang form CP ini akan diperiksa kembali dan baru akan dilengkapi secara keseluruhan dari awal pasien masuk hingga akhir perawatan sebelum status pasien tersebut dikembalikan ke rekam medis. Bila hal ini terus dilakukan, penerapan CP di RS Erba sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak akan mencapai hasil sesuai yang diharapkan. Hal inilah yang menjadi dasar peneliti ingin mengetahui “Analisis determinan pendokumentasian CP oleh perawat di RS Ernaldi Bahar Palembang Provinsi Sumatera Selatan”.



B. Rumusan Masalah

Berbagai upaya dilakukan rumah sakit dalam membenahi pelayanan kesehatan termasuk pembuatan CP rumah sakit. Akan tetapi meskipun RS sudah menerapkan CP dalam pelayanan kesehatan, kendala dalam penerapannya perlu menjadi perhatian bagi manajemen rumah sakit. Pentingnya kesadaran dari praktisi kesehatan dalam penerapannya. Praktisi kesehatan harusnya mengetahui bahwa dengan penerapan CP secara

menyeluruh dapat dijadikan sebagai salah satu kendali mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu kendala penerapan CP di rumah sakit Ernaldi Bahar yaitu pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat. Perlunya diketahui faktor apa yang mendominasi kinerja perawat dalam mendokumentasikan CP. Sehingga rumusan masalah penelitian “Analisis determinan pendokumentasian CP oleh perawat di ruang rawat inap RS Ernaldi Bahar Palembang Provinsi Sumatera Selatan”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor determinan pendokumentasian *Clinical Pathway* (CP) oleh perawat di Rumah Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi karakteristik perawat pelaksana di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- c. Diketuainya distribusi frekuensi pengetahuan perawat dalam pendokumentasian CP di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- d. Diketuainya distribusi frekuensi keterampilan perawat dalam pendokumentasian CP di rawat inap RS Ernaldi Bahar.

- e. Diketuainya distribusi frekuensi sikap perawat dalam pendokumentasian CP di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- f. Diketuainya distribusi frekuensi situasi kerja perawat dalam pendokumentasian CP di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- g. Diketuainya analisis hubungan antara pengetahuan perawat dalam pendokumentasian CP dengan kelengkapan pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- h. Diketuainya analisis hubungan antara keterampilan perawat dalam pendokumentasian CP dengan kelengkapan pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- i. Diketuainya analisis hubungan antara sikap perawat dalam pendokumentasian CP dengan kelengkapan pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- j. Diketuainya analisis hubungan antara situasi kerja perawat dalam pendokumentasian CP dengan kelengkapan pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.
- k. Diketuainya faktor yang mendominasi pendokumentasian CP oleh perawat di rawat inap RS Ernaldi Bahar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademik dan Keilmuan

- a. Berkontribusi terhadap pengembangan ilmu manajemen pelayanan rumah sakit terutama berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi pendokumentasian CP oleh perawat di rumah sakit
- b. Memberikan informasi ilmiah bagi kalangan akademisi untuk mempelajari pendokumentasian CP di rumah sakit.
- c. Menjadi rujukan bagi praktisi lain dalam mengembangkan penelitian tentang CP untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2. Manfaat Aplikatif

- a. Bagi staf medis, perawat dan paramedis, penelitian ini berkontribusi dalam pendokumentasian CP di rumah sakit
- b. Bagi rumah sakit penelitian ini dapat bermanfaat sebagai acuan faktor yang mempengaruhi pendokumentasian CP oleh perawat di rumah sakit
- c. Bagi peneliti sebagai bahan pertimbangan perbaikan dalam pendokumentasian CP oleh perawat di rumah sakit.

3. Manfaat Metodologi

- a. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam melakukan kajian pendokumentasian CP oleh perawat dan faktor yang mempengaruhinya.
- b. Penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam pengembangan mutu pelayanan kesehatan berupa pendokumentasian CP oleh perawat.

