

PEMBERLAKUAN CLINICAL PATHWAY DALAM PEMBERIAN LAYANAN KESEHATAN DAN AKIBAT HUKUMNYA

Yohanes Firmansyah

Fakultas Hukum Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional Veteran
Jakarta, Indonesia

Corresponding author email: yohanesfirmansyah28@gmail.com

Gunawan Widjaja

Fakultas Hukum Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional Veteran
Jakarta, Indonesia

widjaja_gunawan@yahoo.com

ABSTRACT

In today's modern era, hospitals as part of health services require an internal regulation based on law, otherwise known as hospital by laws. One form of implementation of hospital by laws is the implementation of clinical pathways, which become a reference or standard for medical services from the time the patient arrives until the patient leaves the hospital. This research is descriptive-analytical-explorative research with a statutory approach. The data used in this study is secondary data, which consists of primary, secondary, and tertiary legal materials. The results of this study discuss a clinical pathway that describes a method or instrument used in providing care to patients by all health and medical personnel at the hospital. Clinical pathways have been shown to reduce unnecessary variation in patient care, reduce discharge delays through more efficient discharge planning, and increase the cost-effectiveness of clinical services. The approach and goals of the clinical pathway are consistent with total quality management and continuous quality improvement and are essentially the application of these principles at the patient's bedside. This article investigates the increasing use of clinical pathways, their benefits to healthcare organizations, their use as a tool for continuous quality improvement activities directly related to patient care, and the medico-legal implications involved.

Keywords: *clinical pathway, health quality; effectiveness; efficiency; financing; medicolegal.*

ABSTRAK

Di era modern sekarang, rumah sakit sebagai bagian dari pelayanan kesehatan, membutuhkan suatu peraturan internal yang berbasis hukum, atau dikenal sebagai *hospital by laws*. Salah satu bentuk implementasi dari *hospital by laws* adalah pemberlakuan *clinical pathway*, yang menjadi sebuah acuan atau standar baku pelayanan medis dari awal pasien datang hingga pasien tersebut keluar dari rumah sakit. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif-analitis-eksploratif dengan metode pendekatan perundang-undangan. Adapun data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yang terdiri dari bahan hukum primer, sekunder, dan tersier. Hasil penelitian ini membahas mengenai *clinical pathway* yang menggambarkan sebuah metode atau instrument yang digunakan dalam memberikan perawatan kepada pasien oleh seluruh tenaga kesehatan dan medis di Rumah Sakit. *Clinical pathway* atau jalur klinis telah terbukti mengurangi variasi yang tidak perlu dalam perawatan pasien, mengurangi penundaan pemulangan melalui perencanaan pemulangan yang lebih efisien, dan meningkatkan efektivitas biaya layanan klinis. Pendekatan dan tujuan jalur klinis konsisten dengan manajemen kualitas total dan peningkatan kualitas berkelanjutan, dan pada dasarnya merupakan penerapan prinsip-prinsip ini di samping tempat tidur pasien. Artikel ini menyelidiki peningkatan penggunaan jalur klinis, manfaatnya bagi organisasi perawatan kesehatan, penggunaannya sebagai alat untuk kegiatan peningkatan kualitas berkelanjutan yang terkait langsung dengan perawatan pasien, dan implikasi mediko-legal yang terlibat.

Kata Kunci: jalur klinis, kualitas kesehatan; efektivitas; efisiensi; pembiayaan; medikolegal.

PENDAHULUAN

Sesuai peraturan Menkes No. 772/MENKES/SK/VI/2002 mengenai Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Law*), *hospital by law* terbagi atas dua kata, yaitu *hospital*, yang berarti rumah sakit, dan *by law*, yang berarti pengaturan setempat atau internal. *Hospital by law* pada hakekatnya mempunyai disiplin ilmu tersendiri dan memiliki peran penting dalam penyelenggaraan ketertiban dan keamanan hukum serta dalam penyelenggaraan rumah sakit. Ini adalah "aturan main" bagi pemilik rumah sakit untuk menjalankan fungsi dan kewajibannya. Jika aturan dan disiplin manajemen diterapkan dan dipatuhi dengan baik, rumah sakit dapat

menjadi sarana untuk dengan baik dan berhasil menerapkan program manajemen risiko dan tata kelola yang baik melalui *hospital by law*.

Bagi rumah sakit, peraturan internal rumah sakit atau *hospital by law* adalah produk hukum yang mewakili peran, kewajiban, dan wewenang pemilik, atau otoritas medis pimpinan rumah sakit, organisasi petugas medis, peran, kewajiban, serta wewenangnya petugas medis. Seperti yang sudah disebutkan diatas, *hospital by law* didefinisikan sebagai segala peraturan yang diberlakukan di rumah sakit dan mengontrol segala sesuatu yang dilakukan di rumah sakit. Didalam *prototype hospital by law* yang diusulkan bersama oleh Asosiasi Rumah Sakit Ontario dan Asosiasi Medis Ontario, secara implisit dinyatakan bahwa *hospital by law* terdiri dari departemen administrasi (artinya manajer rumah sakit berhubungan dengan administrator rumah sakit) dan petugas bagian medis. Selain kedua bagian kebijakan *hospital by law*, rumah sakit juga bisa menyusun beragam tata cara, keputusan, dan prosedur atau kebijakan di rumah sakit, termasuk prosedur standar pelayanan medis sebagai aturan/pedoman kebijakan *hospital by law*.

Demikian pula dengan peraturan Menkes RI No. 772/Menkes/SK/VI/2002 mengenai Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit atau *Hospital By Law* menyebutkan bahwa peraturan rumah sakit terdiri dari peraturan perusahaan dan tenaga medis yang sah. Pedoman tersebut juga menyatakan bahwa persiapan hukum profesional medis dapat dikaitkan dengan aturan perusahaan sebagai salah satu pasal atau bab aturan perusahaan, walaupun dapat juga disiapkan secara individual.

Undang-Undang Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 (UU RS), dalam ketentuan Pasal 29 ayat (1)-nya disebutkan bahwa rumah sakit harus membuat dan melaksanakan *hospital by law* yang merupakan peraturan yang harus dipenuhi di dalam rumah sakit. Guwandi (2004) menyebutkan bahwa *hospital by law* di negara Indonesia secara material pada dasarnya sudah ada di beberapa rumah sakit, tetapi kemungkinan mereka tidak menyadari keberadaannya. Banyak aturan yang tidak tertulis dan dikatakan berdasarkan adat yang belum dikumpulkan dan dimasukkan ke dalam sistem. Dengan munculnya apa yang disebut proses "malpraktik medis", sekarang dianggap penting untuk mendokumentasikan rumah sakit (*hospital by law*) secara tertulis.

Hospital by law juga mesti mengatur upaya-upaya yang bisa diselenggarakan untuk memperoleh kinerja profesional yang berkualitas

dalam melakukan perawatan pasien, terutama dari rambu-rambu penerimaan, peninjauan secara berkala, dan penilaian kinerja semua dokter di rumah sakit. Artinya bahwa *hospital by law* juga bisa meminta “*medical committee*” untuk mengadakan pelatihan dan pendidikan lebih lanjut untuk mencapai dan mempertahankan standar serta meningkatkan keahlian dan keterampilan.

Terakhir, *hospital by law* juga perlu merangsang pembuatan, pemeliharaan, peninjauan, dan pengembangan lebih lanjut mengenai peraturan serta standar untuk mencapai *self-governance* (pemerintah sendiri). *Self-governance* (pemerintah sendiri) selanjutnya harus diikuti dengan *self-regulation* (regulasi diri) dan *self-discipline* (disiplin diri). Ini juga harus mencakup sistem pemantauan, pelaporan dan pencatatan, dan juga sistem penilaian (tinjauan sejawat, dengar pendapat, dll.) dalam peraturan rumah sakit dan juga sanksi disiplin yang diberikan kepada mereka yang melanggar peraturan tersebut.

Salah satu bentuk dari penerapan *hospital by law* ini adalah pembentukan jalur klinis atau *clinical pathway*. Dalam tulisan ini, penulis membahasnya secara mendetail mengenai beberapa aspek seperti pengertian dan komponen dari *clinical pathway*; gambaran umum, tujuannya, manfaat; pengembangan; kekurangan dan kelebihan; komponen; hingga aspek legal dari pemberlakuan *clinical pathway* (T. S. Cheah, 1998).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian multidisiplin, yang mengelaborasi bidang kesehatan dengan fokus utama pembahasan di bidang hukum. Jenis penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian hukum normatif. Penelitian hukum normatif meneliti hukum dari perspektif internal dengan objek penelitiannya adalah norma hukum. Metode pendekatan yang digunakan adalah deskripsif-analitis-eksplanatoris yang menggunakan type penelitian hukum yuridis-normatif. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder dengan bahan hukum yang dipakai dalam penelitian ini terdiri dari bahan hukum primer yang melingkupi seluruh regulasi dan peraturan di Indonesia, bahan hukum sekunder yang berupa buku dan jurnal, serta bahan hukum tersier yang berupa kamus dan ensiklopedia. Teknik pengumpulan data dari seluruh literature berupa Studi kepustakaan

(*library research*), dilakukan dengan menelaah bahan-bahan pustaka berupa buku-buku perundang-undangan dan sumber-sumber tertulis lainnya, yang terkait atau berhubungan dengan penelitian ini. Keseluruhan data yang diperoleh dari penelitian ini, data sekunder diolah dan dianalisis secara kualitatif untuk selanjutnya dideskripsikan guna memberikan pemahaman dengan menggambarkan, menguraikan dan menjelaskan hasil penelitian ini. Metode berpikir yang digunakan dalam menganalisis data-data yang terkumpul adalah dengan menggunakan metode deduktif, yaitu cara berpikir yang dimulai dari hal-hal yang sifatnya umum kemudian diambil kesimpulan yang bersifat khusus (Bengtsson, 2016; Phillippi & Lauderdale, 2018).

HASIL DAN PEMBAHASAN

PENGERTIAN DAN KOMPONEN JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah pedoman kerja sama atau kolaboratif untuk merawat pasien yang mengalami masalah klinis, diagnosa dan langkah pelayanan. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) merupakan gabungan standar asuhan setiap pekerja kesehatan secara terstruktur. Tindakan yang dilakukan diseragamkan dengan standar asuhan, namun tetap mengamati aspek-aspek pasien (Hendra, 2009). Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah format pendokumentasian disiplin ilmu.

EPA mendefinisikan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sebagai “intervensi kompleks untuk pengambilan keputusan bersama dan organisasi proses perawatan untuk kelompok pasien yang ditentukan dengan baik. Karakteristik jalur perawatan meliputi: pernyataan eksplisit tentang tujuan dan elemen kunci perawatan berdasarkan bukti, praktik terbaik, dan harapan pasien serta karakteristiknya; memfasilitas komunikasi antar anggota tim dan dengan pasien dan keluarga; mengkoordinasi proses perawatan dengan mengkoordinasikan peran dan urutan kegiatan tim perawatan multidisiplin, pasien dan kerabat mereka; dokumentasi, pemantauan, dan evaluasi varians dan hasil, dan identifikasi sumber daya yang sesuai” (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Schrijvers dkk., 2012).

Format ini dikembangkan guna pengembangan berbagai disiplin ilmu seperti perawat, dokter, gizi, rehabilitasi, dan pekerja kesehatan lain, yang diciptakan tidak terlalu sulit dan panjang. Format kajian berbagai disiplin ilmu menunjukkan format kajian awal yang memungkinkan diisi oleh

berbagai macam disiplin ilmu. Format ini berisi tentang data riwayat pasien, pemeriksaan fisik dan skrining lainnya yang diisi oleh disiplin ilmu sesuai kesepakatan (Croucher, 2005).

Hendra (2009) mengemukakan empat komponen utama Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) antara lain: kategori asuhan, kerangka waktu, kriteria hasil, dan pencatatan varian. Kerangka waktu mendeskripsikan tahapan-tahapan yang tergantung pada hari panggilan atau tergantung pada tahapan pengobatan. Kategori perawatan mencakup kegiatan yang menggambarkan perawatan yang diberikan kepada pasien oleh seluruh tim petugas kesehatan. Kegiatan dikelompokkan berdasarkan tipe kegiatan selama periode waktu tertentu. Kriteria hasil berisi tentang perawatan standar, termasuk kriteria jangka panjang dan jangka pendek. Lembar varian mencatat dan menganalisis penyimpangan dari rangkaian standar Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Kondisi pasien yang tidak memenuhi standar perawatan atau standar yang tidak dapat dilakukan harus dicatat pada lembar varians atau penyimpangan (Firmansyah, 2009).

Perbedaan definisi dan parameter layanan kesehatan yang ada di berbagai negara menyebabkan konten, struktur, dan desain yang sangat berbeda. Secara keseluruhan, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus mencakup penilaian, intervensi, hasil, dan layanan. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga harus memuat beberapa klausul tambahan yang mencakup nomor halaman dan jumlah halaman total, inisial/tanda tangan setiap pengisi, tanggal efektif dan tanggal revisi. Format di atas disesuaikan dengan konteks masing-masing pelayanan kesehatan, khususnya ketersediaan dan kapasitas sumber daya manusia, budaya, teknologi dan berbagai bentuk sarana dan prasarana lainnya.

GAMBARAN JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah urutan dan waktu intervensi yang optimal oleh dokter, perawat dan profesional kesehatan lainnya untuk diagnosis atau prosedur tertentu, yang dirancang untuk meminimalkan penundaan dan pemanfaatan sumber daya serta untuk memaksimalkan kualitas perawatan. Metodologi jalur kritis berasal dari industri konstruksi dan rekayasa di mana mereka telah digunakan selama bertahun-tahun di bidang manufaktur dan produksi. Mereka telah terbukti sangat bermanfaat dalam mengelola proyek-proyek besar yang kompleks seperti pembuatan

pesawat terbang (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Dalam pelayanan kesehatan, konsep yang berkaitan dengan jalur kritis pertama kali dibahas dan diteliti pada awal 1970-an, tetapi lingkungan untuk implementasinya tidak diterima. Alasannya adalah bahwa di AS, pada waktu itu, rumah sakit diganti berdasarkan dolar demi dolar untuk biaya penuh mereka oleh sebagian besar pembayar. Oleh karena itu, tidak ada insentif finansial untuk mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya. Selain itu, sebagian besar dokter menolak upaya formal untuk membatasi kebebasan mereka untuk berlatih sesuai keinginan mereka. Namun, mulai awal 1980-an, sistem penggantian biaya rumah sakit mulai menampilkan pembayaran prospektif dan penawaran yang kompetitif. Perubahan ini merangsang minat baru dalam jalur kritis dan mata pelajaran terkait seperti pedoman dan algoritma praktik klinis. Faktor lain yang mendorong minat baru termasuk peningkatan bukti variasi yang tidak dapat diterima dalam perawatan klinis dan hasil, kecenderungan peningkatan masukan dari beberapa profesional dalam proses pengambilan keputusan untuk perawatan pasien dan meningkatkan biaya malpraktik. Sejak pertengahan 1980-an, perawatan kesehatan di AS telah mengalami peningkatan dalam penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Tampaknya tidak ada yang bisa menghentikan peningkatan ini, dan rumah sakit serta perusahaan perawatan kesehatan yang dikelola menemukan semakin banyak cara menggunakan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) untuk pasien dan klien mereka. Administrator rumah sakit melihat jalur ini sebagai sarana untuk menstandarisasi lama rawat inap untuk populasi pasien yang ditentukan, sehingga memungkinkan mereka untuk memprediksi hasil keuangan rawat inap. Dokter dan perawat melihat jalur ini sebagai sarana untuk memberikan kualitas perawatan standar minimum. Mereka juga menggunakan jalur sebagai alat pendidikan. Perusahaan asuransi dan Organisasi Pemeliharaan Kesehatan (HMO) melihat jalur ini sebagai alat yang ideal untuk estimasi biaya rawat inap dan penggantian. Oleh karena itu, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) telah melayani kebutuhan banyak pengguna, baik di dalam sistem perawatan kesehatan maupun pembayar pihak ketiga eksternal (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) pada dasarnya adalah rencana perawatan yang mencerminkan praktik klinis terbaik dan kebutuhan

pasien yang dinyatakan di jalur tersebut. Ini menggambarkan pola perawatan untuk pasien biasa. Hal ini juga mewakili standar perawatan minimum dan memastikan bahwa hal-hal penting tidak dilupakan dan dilakukan tepat waktu. Secara konvensional, jalur ini ditulis dalam bentuk kisi (atau matriks) yang menampilkan aspek perawatan pada satu sumbu dan interval waktu pada sumbu lainnya. Interval waktu biasanya dalam bentuk pesanan klinis hari demi hari dan lembar dokumentasi. Namun, ini dapat bervariasi, tergantung pada sifat dan perkembangan penyakit atau prosedur yang dilakukan. Jalur yang dirancang untuk kondisi kronis dapat memiliki garis waktu dalam bentuk minggu atau bulan (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menggabungkan protokol perawatan medis, rencana asuhan keperawatan, dan kegiatan profesional pelayanan kesehatan yang terkait ke dalam satu rencana perawatan, yang dengan jelas mendefinisikan kemajuan dan hasil yang diharapkan dari pasien melalui sistem rumah sakit. Biasanya, jalur dikembangkan untuk diagnosis dan prosedur bervolume tinggi, berisiko tinggi, dan berbiaya tinggi. Untuk kemudahan penggunaan, tindakan dan intervensi staf di Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) diatur ke dalam kategori. Biasanya, proses dilacak seperti berikut ini: konsultasi dan penilaian, tes, perawatan dan pengobatan, nutrisi, aktivitas atau keselamatan, pendidikan pasien dan perencanaan pemulangan. Kategori intervensi tambahan dapat dimasukkan tergantung pada sifat diagnosis atau prosedur. Selain jenis intervensi, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) generasi kedua baru yang disebut CareMaps™ dikembangkan oleh Pusat Manajemen Kasus di Boston, AS dan digunakan oleh banyak rumah sakit, menggabungkan masalah, tanggapan, dan hasil yang diharapkan. Hal ini sejalan dengan tren saat ini bagi rumah sakit dan dokter untuk melacak, mengukur, dan mengelola hasil klinis sebagai sarana untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Keuntungan dari pendekatan ini adalah bahwa dokter, pasien dan keluarga mengetahui kemajuan khas pasien selama perawatan yang diberikan. Misalnya, rasa sakit, toleransi aktivitas, defisit pengetahuan, kecemasan, dll., dapat dilacak (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Metode dokumentasi pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menjadi bahan pertimbangan. Ketika Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) pertama kali diterapkan, dokumen hanya digunakan sebagai pedoman dan oleh karena

itu tidak disimpan sebagai bagian dari rekam medis. Dengan demikian, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sering dibuang setelah keluar dari rumah sakit. Dalam beberapa kasus, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dipertahankan untuk tujuan jaminan kualitas atau audit klinis. Ini sangat membatasi penggunaan dan penerimaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) di antara pemberi pelayanan, terutama perawat dan dokter bangsal. Sejak awal 1990-an, sudah menjadi praktik umum untuk memasukkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sebagai bagian dari rekam medis permanen. Dokumentasi secara langsung pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) akan mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk pembuatan grafik, terutama untuk perawat. Jalur tersebut akan mencakup kolom untuk perawat bangsal untuk mendokumentasikan penyelesaian intervensi yang relevan setiap shift. Dokter sekarang dapat mendokumentasikan secara langsung pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*)- ini menggantikan lembar pesanan dokter konvensional. Lembar dokumentasi klinis terpadu seperti itu memiliki keuntungan yang signifikan. Misalnya, semua anggota tim perawatan sekarang memiliki akses mudah ke semua informasi penting yang terkait dengan rencana perawatan, yang diuraikan di Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Dengan cara ini, tim bekerja sama untuk mencapai tujuan dan hasil klinis yang sama (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) paling sering diterapkan pada pengaturan rumah sakit rawat inap. Namun, ini juga dapat diterapkan secara efektif dan berguna pada pengaturan rawat jalan, terutama untuk pasien yang memerlukan beberapa kunjungan rawat jalan dengan rencana manajemen klinis yang ditetapkan. Dalam pengaturan ini, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dapat ditulis untuk mencerminkan intervensi yang diperlukan untuk diselesaikan di setiap kunjungan klinik rawat jalan dan hasil yang diinginkan setelah setiap kunjungan. Saat ini, sebagian besar Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dikembangkan oleh profesional perawatan kesehatan, dengan sedikit atau tanpa masukan langsung dari pasien. Meningkatnya fokus pada pasien sebagai bagian dari peningkatan kualitas yang berkelanjutan dapat menghasilkan pergerakan ke arah lebih banyak masukan pasien dalam mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), terutama untuk perawatan kronis jangka panjang. Oleh karena itu, pada dasarnya, setiap Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) mendefinisikan masalah yang biasanya dihadapi pasien dalam jenis kasus tertentu dan dengan

demikian mengarahkan pengembangan pendekatan komprehensif untuk perawatan mereka. Ketika pengasuh berkolaborasi, gambaran berkembang yang menggambarkan intervensi apa yang harus diberikan dan hasil apa yang dapat diantisipasi selama perkiraan lama tinggal. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang dikembangkan dengan baik mengidentifikasi masalah pasien dan intervensi klinis terkait yang diperlukan untuk menghindari efek samping perawatan (misalnya, infeksi luka), meningkatkan hasil fisiologis, mengurangi tanda dan gejala patologis, serta meningkatkan status fungsional dan kesejahteraan pasien (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.).

Saat ini, sebagian besar Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dikembangkan untuk perawatan rawat inap akut atau kronis. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) ini dimulai baik pada saat masuk atau dimulainya prosedur dan berakhir pada saat pemulangan. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga telah dikembangkan untuk satu episode perawatan yang lengkap - yaitu dari saat pasien datang ke kantor klinis hingga akhir tindak lanjut pasca rawat inap. Di bidang perawatan jangka panjang kronis, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sedang dikembangkan yang mencakup rangkaian perawatan dari pengaturan akut ke Puskesmas dan bahkan ke lingkungan rumah. Untuk jalur seperti itu, jadwal mungkin akan ditulis per kunjungan atau per minggu atau bahkan per bulan, tergantung pada sifat perkembangan penyakit (Campbell dkk., 1998a; J. Cheah, 2000; Firmansyah, 2009; Kinsman, t.t.)

TUJUAN DAN MANFAAT JALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY)

Tujuan dari Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah untuk memastikan bahwa tidak ada aspek penting dari pengobatan yang terlewatkan. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) atau *clinical pathway* memastikan penyelesaian semua intervensi tepat waktu, mendorong petugas klinik untuk secara proaktif merencanakan layanan. Clinical Pathway diharapkan dapat menekan biaya dengan mengurangi rawat inap di rumah sakit dengan tetap menjaga kualitas pelayanan. (Firmansyah, 2009)

Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010 mengemukakan tujuan utama penerapan jalur klinis meliputi:

1. "Memilih 'praktik terbaik' ketika pola latihan diketahui sangat bervariasi.
2. Mematenkan standar yang diharapkan untuk lama tinggal dan penggunaan uji klinis dan prosedur klinis lainnya.

3. Menilai hubungan antara langkah yang berbeda dan kondisi yang berbeda dalam proses dan mengembangkan strategi koordinasi untuk memberikan layanan yang lebih cepat dengan langkah yang lebih sedikit.
4. Menetapkan peran untuk semua petugas kesehatan yang terlibat dalam layanan dan peran mereka dalam proses tersebut.
5. Memberikan *framework* untuk mengumpulkan dan menganalisis data tentang pemberian layanan sehingga penyedia layanan dapat mengetahui seberapa sering dan mengapa seorang pasien tidak menerima layanan sesuai standar yang ada.
6. Menurunkan beban dokumentasi klinis.
7. Meningkatkan kepuasan pasien dengan meningkatkan kesadaran pasien, misalnya dengan memberikan informasi yang lebih akurat tentang rencana layanan yang akan ia terima.”

Sementara berbagai hasil penelitian menyebutkan manfaat penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang masih dalam pembahasan, berbagai studi dan meta analisis menyajikan manfaat Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang diaplikasikan dengan baik dalam pengendalian mutu dan pengendalian biaya di rumah sakit, yaitu: (Firmansyah, 2009)

- a) Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah alat berbagai disiplin ilmu yang berguna untuk menambah kualitas perawatan untuk kelompok pasien yang sama (Bayliss dkk., 2000; Harvey, V. L. Currie, 2000).
- b) Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) membantu memperoleh konsistensi dan keberlanjutan pelayanan kesehatan (Hotchkiss, 1997; Kitchiner dkk., 1996).
- c) Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) meningkatkan dokumentasi perawatan pasien berbasis bukti dan berpusat pada pasien (Campbell dkk., 1998b)
- d) Mensupport program peningkatan kualitas dan keamanan pasien.
- e) Memainkan peran penting dalam litigasi

PENGEMBANGAN DAN EVALUASI JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Menurut Davis (2005), ada delapan tahapan untuk mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), diantaranya:(Davis dkk., 2005)

- a) Ketetapan untuk mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*)
 - ✓ Keputusan untuk mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tergantung pada area prioritas klinis. Karena pengembangan Jalur

Klinis (*Clinical Pathway*) memerlukan pengaturan berbagai disiplin ilmu.

- b) Identifikasi pemangku kepentingan dan pemimpin
 - ✓ Stakeholder atau pemangku kepentingan adalah semua pihak yang terlibat dalam pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan hasilnya. Pemangku kepentingan tersebut dapat berupa pemangku kepentingan internal seperti pengguna (pasien, IDT, perawat) dan pemangku kepentingan eksternal seperti perusahaan asuransi, organisasi profesi dan lain-lain.
- c) Menentukan pemimpin dan tim yang bertanggung jawab
 - ✓ Membuat tim Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang mendorong dan mendukung proses perubahan.
- d) Proses pemetaan
 - ✓ Proses pemetaan akan membuat peta jalur pasien berdasarkan sudut pandang yang berbeda. Dengan peta ini, tim berbagai disiplin ilmu dapat menyelidiki masalah dan langkah-langkah yang akan diambil. Langkah terpenting adalah proses pemetaan.
- e) Pra-audit dan pengumpulan data
 - ✓ Pra-audit Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus dilakukan pada awal proyek. Temuan tidak hanya mengidentifikasi kesenjangan layanan, tetapi juga berfungsi sebagai penilaian utama dari Jalur Klinis (*Clinical Pathway*).
- f) Pengembangan isi Jalur Klinis (*Clinical Pathway*)
 - ✓ Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus mencakup empat elemen, yaitu: tindakan sebagai elemen rencana perawatan, rincian tools yang diperlukan seperti grafik keseimbangan cairan, hasil yang ingin dicapai, misalnya dengan tujuan rawat inap, dan pelacakan variabilitas dalam kualitas, komponen unik dari Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Isi klinis dari Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tidak dapat ditentukan, itu akan ditentukan oleh tim yang berpengalaman dalam mengelola populasi pasien tertentu dan untuk siapa dokumen ini disiapkan.
- g) Proyek pilot atau percontohan dan implementasi
 - ✓ Komunikasi yang jelas dan rencana pelatihan diperlukan guna mensupport keberhasilan proyek pelatihan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Tujuan komunikasi dan pembelajaran adalah untuk

memastikan bahwa pesan yang tepat disampaikan kepada orang yang tepat dengan cara yang benar dan di tempat yang tepat.

h) Peninjauan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) secara teratur. Saat mempertimbangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), ada tiga isu utama yang harus diperhatikan, yaitu::

- ✓ Penyelesaian Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Apakah Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dapat digunakan jika sesuai? Apakah ada informasi yang hilang? Apakah petugas kesehatan membutuhkan catatan tambahan di luar Jalur Klinis (*Clinical Pathway*)?
- ✓ Jenis perubahan yang dicatat. Apakah ada perubahan yang tercatat? Apakah petugas kesehatan tahu cara mencatat perubahan ini?
- ✓ Kepuasan petugas kesehatan dapat ditentukan dengan angket, tren apa yang dilihat?

Menurut Buse dkk., (2012), proses perumusan kebijakan atau program mengacu pada kebijakan atau program yang dirancang, dikembangkan, dibuat, disepakati, dikomunikasikan, diimplementasikan dan dievaluasi. Tahapan pengembangan kebijakan adapat dijabarkan seperti berikut ini: (Buse dkk., 2005)

a) Identifikasi masalah

- Tujuan dari identifikasi masalah adalah untuk menemukan masalah atau isu yang bisa menjadi rancangan kebijakan.

b) Perumusan kebijakan

- Langkah ini digunakan untuk mengetahui siapa saja yang terlibat dalam proses perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan itu dibuat, disetujui dan dikomunikasikan.

c) Pelaksanaan

- Tahap ini sering diabaikan, padahal tahap ini adalah yang paling penting dalam pengembangan kebijakan.

d) Evaluasi

- Evaluasi ini bertujuan untuk menetapkan apa yang terjadi pada saat kebijakan diimplementasikan dan bagaimana pemantauannya, mengetahui pencapaian tujuan dan hambatan. Pada titik ini, Anda dapat mengubah atau membatalkan kebijakan dan membuat yang baru. Evaluasi dapat juga disebut studi yang dirancang khusus untuk mengevaluasi kinerja dan dampak program/kebijakan, sehingga hasil dari program atau kebijakan tersebut dapat

diidentifikasi dan dianggap layak untuk dikembangkan. Evaluasi pelaksanaan kebijakan berguna untuk mengidentifikasi kesenjangan antara perencanaan dan hasil.

Menurut Tachjan, (2006), sda 4 faktor yang dapat dipertimbangkan manajemen ketika meningkatkan kualitas kebijakan, diantaranya adalah kebijakan yang dikembangkan harus memiliki tujuan dan urutan tujuan harus jelas, setiap kebijakan harus disupport secara implisit dan eksplisit, kebijakan harus memiliki sumber daya yang cukup dan kebijakan di luar organisasi.(Tachdan, 2006) Evaluasi adalah evaluasi terhadap data yang dikumpulkan selama kegiatan evaluasi. Penilaian terbagi dua, yaitu penilaian sumatif dan penilaian formatif. Penilaian sumatif merupakan upaya untuk menilai manfaat program dan mengambil keputusan. Penilaian formatif dinyatakan sebagai upaya untuk memperoleh umpan balik atas perbaikan program. (Lehman, 1990)

Seperti yang diutarakan Donabedian dalam Wijono (2000), terdapat tiga pendekatan penilaian mutu, yaitu sebagai berikut:(Wijono, 2000)

a) Struktur

- Struktur tersebut terdiri dari sarana fisik, peralatan dan fasilitas, organisasi dan tata kelola, finansial, SDM dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur meliputi penilaian terhadap peralatan dan perkakas yang tersedia dan digunakan sebagai alat perawatan.

b) Proses

- Proses merupakan keseluruhan kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehata seperti dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya, dan interaksinya dengan pasien. Proses tersebut meliputi diagnosis, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, dan manajemen kasus. Processed assessment merupakan penilaian terhadap dokter dan proses pelayanan kesehatan dalam menangani pasien. Pendekatan proses adalah pendekatan terhadap kualitas pelayanan medis..

c) Hasil

- Hasil merupakan hasil akhir dari tindakan spesialis dalam kaitannya dengan pasien. Penilaian hasil ini adalah hasil akhir dari perawatan atau kepuasan positif atau negatif untuk membuktikan layanan medis definitif.

Menurut Vanhaercht (2007), alat yang baik untuk menilai Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus memiliki fitur, diantaranya sebagai berikut: keterlibatan organisasi, jalur manajemen proyek, persepsi konsep jalur, format dokumen, konten jalur, partisipasi interdisipliner, manajemen variasi, pedoman, pemeliharaan jalur, akuntabilitas, partisipasi pasien, pengembangan jalur, sistem tambahan dan dukungan dokumentasi, kegiatan operasional, implementasi, manajemen kinerja dan keselamatan. Berdasarkan kriteria tersebut, saat ini ada dua alat yang sering digunakan untuk mengaudit konten dan kualitas Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Kedua alat tersebut adalah Daftar Periksa Komponen Kunci Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan Alat Penilaian Jalur Perawatan Terpadu (VANHAECHT dkk., 2006).

KELEBIHAN DAN KELEMAHAN JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Banyak rumah sakit sudah mulai mengimplementasikan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dalam memberikan perawatan pasien karena menggunakan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memiliki keuntungan, termasuk yang berikut ini: (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Tachdan, 2006; Wijono, 2000)

- a) Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah format dokumentasi berbagai disiplin ilmu. Format ini dapat memberikan perekaman yang efisien ketika tidak ada duplikasi rekaman, sehingga menghindari kebingungan dalam tim kesehatan yang merawat pasien.
- b) Meningkatkan peran dan komunikasi dalam tim dari berbagai disiplin ilmu, sehingga setiap anggota tim termotivasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan.
- c) Adanya standarisasi hasil sesuai lamanya hari perawatan sehingga tercapai biaya perawatan yang efektif.
- d) Dapat meningkatkan kepuasan pasien karena perencanaan pemulangan pasien lebih transparan.

Selain kelebihan menggunakan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), terdapat beberapa kelemahan dalam menggunakan format Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) ini, yaitu sebagai berikut: (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Tachdan, 2006; Wijono, 2000)

- a) Pendokumentasian Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) ini membutuhkan waktu yang relatif lama untuk dibentuk dan dikembangkan.

- b) Proses keperawatan tidak terlihat jelas karena harus sesuai dengan tahap perencanaan medis, pengobatan dan penelitian penunjang lainnya.
- c) Format dokumentasi hanya diterapkan untuk tugas-tugas tertentu, misalnya format Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) untuk bedah ortopedi tidak dapat digunakan di departemen bedah saraf. Akibatnya, akan ada banyak format yang perlu dibuat untuk semua layanan yang tersedia.

KEBERHASILAN DAN KEGAGALAN JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Sebuah studi jangka panjang yang dilakukan di Inggris oleh Unit VFM pada Kelompok Pemanfaatan Sumber Daya Klinis dari bulan September 1995 hingga bulan Maret 1997, yang melibatkan 700 orang yang terdiri dari petugas klinis, manajer dan petugas operasional, memberikan data tentang poin-poin penting yang perlu dirancang guna memperoleh keberhasilan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Hasilnya mencakup lima langkah berurutan yang digunakan oleh organisasi rumah sakit sebagai, diantaranya: (a) meningkatkan kesadaran dan komitmen; b) mengembangkan sistem implementasi Jalur Klinis (*Clinical Pathway*); c) dokumentasi; d) implementasi; dan e) penilaian.

Langkah pertama adalah yang paling penting. Hal ini sulit mengingat beban kerja petugas klinis, faktor budaya dan kemauan untuk berubah. Dalam hal ini, sangat penting untuk memiliki fasilitator atau koordinator dengan tanggung jawab berkelanjutan untuk memastikan bahwa Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dapat diikuti di rumah sakit, terutama selama sesi orientasi. Menurut Midleton & Roberts (2000) dan Djasri (2014), Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah alat yang digerakkan oleh pemimpin, sehingga akan sangat berhasil jika didukung oleh kepemimpinan yang baik, terutama dari pimpinan rumah sakit. (Midleton & Robert, 2000)

Selain itu, Midleton dan Roberts (2000) juga menambagkan bahwa terdapat lima hal penting yang menyebabkan gagalnya pengaplikasian Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), diantaranya (Midleton & Robert, 2000)

- Budaya profesional.
- Kurangnya dukungan organisasi.
- Desain Jalur Klinis (*Clinical Pathway*).
- Kurangnya waktu dan sumber daya.
- Pendekatan khusus.

VARIANS ATAU PENYIMPANGAN

Fleksibilitas adalah kunci dalam menggunakan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Mereka adalah pedoman dan peta, bukan perintah yang tidak fleksibel untuk pelayanan. Karena Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) mencerminkan perawatan yang dibutuhkan oleh sebagian besar, tidak semua pasien dalam populasi tertentu, situasi muncul di mana ada perbedaan dari rencana perawatan yang diantisipasi. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang dirancang dengan baik akan menangkap antara 60 hingga 80 persen pasien dalam populasi tertentu. Ini karena Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) hanya dapat dirancang untuk pasien biasa. Beberapa pasien akan jatuh dari jalur ini selama rawat inap mereka. Beberapa pasien akan menghadapi masalah selama rawat inap mereka, menyebabkan perbedaan dalam intervensi dan hasil. Varians adalah kejadian tak terduga yang terjadi selama perawatan pasien – kejadian yang berbeda dari yang diprediksi pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Terlepas dari maksud untuk mendefinisikan komponen penting dari perawatan, masih ada variasi tentang bagaimana perawatan akan diberikan dan bagaimana pasien akan merespon. Varians bisa positif atau negatif. Varians positif terjadi ketika pasien berkembang menuju hasil yang diproyeksikan lebih awal dari yang diharapkan, ketika intervensi yang dipilih sebelumnya seperti pemberian obat nyeri tidak diperlukan, atau ketika intervensi seperti pendidikan pasien dapat berhasil dimulai pada tahap awal. Varians negatif terjadi ketika pasien gagal memenuhi hasil yang diproyeksikan, ada keterlambatan dalam memenuhi hasil, atau ada kebutuhan untuk intervensi tambahan yang sebelumnya tidak direncanakan.

Bagian penting dari penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah pengumpulan dan analisis informasi yang diperoleh ketika pasien menyimpang dari jalur tersebut. Analisis variasi memberikan informasi yang berguna dan akurat tentang frekuensi dan penyebab variasi dalam perawatan pasien. Analisis mendorong anggota tim perawatan kesehatan multidisiplin untuk mematuhi pedoman dan standar yang ditetapkan dalam jalur, atau membenarkan alasan variasi. Dengan cara ini, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memaksa dokter dan penyedia layanan kesehatan untuk mengevaluasi dan memahami secara kritis tentang dasar keputusan klinis. Beberapa penulis telah menunjukkan bahwa menggunakan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan pedoman praktik klinis dapat meningkatkan hasil klinis dan kualitas perawatan pasien dengan mengurangi variasi yang

dapat dihindari dalam proses klinis. Analisis varians juga merupakan alat audit klinis yang kuat karena semua aspek perawatan pasien terus ditinjau dan direvisi. Peningkatan kualitas perawatan dicapai melalui pendefinisian ulang Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) secara terus menerus untuk mencerminkan praktik terbaik saat ini. Ini adalah inti dari peningkatan kualitas berkelanjutan yang dimasukkan ke dalam praktik klinis. Data varians digunakan paling efektif sebagai sarana mendidik dokter dan memungkinkan mereka untuk membuat perubahan yang dipertimbangkan pada praktik mereka berdasarkan tren yang muncul dan hasil perawatan itu. Para dokter dan tim pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sangat terlibat saat mereka menentukan apakah data varians menunjukkan bahwa perubahan diperlukan dalam Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) itu sendiri atau apakah perubahan sistem lainnya diperlukan (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003)

MANAJER KASUS

Manajer kasus adalah spesialis perawat klinis terlatih atau pekerja sosial medis yang mengoordinasikan perawatan untuk pasien tertentu melalui seluruh episode penyakit. Manajer kasus adalah generasi baru profesional perawatan kesehatan yang bertanggung jawab untuk koordinasi berkelanjutan, pemantauan, dan evaluasi kemajuan pasien di sepanjang Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) atau sepanjang episode penyakit. Di sebagian besar rumah sakit dan institusi, manajer kasus adalah staf penting yang mendorong program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Mereka adalah prajurit yang melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mengembangkan dan menerapkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Biasanya, perbedaan di tingkat bangsal akan dikumpulkan dan didokumentasikan oleh staf perawat. Manajer kasus akan mengabstraksi data varians yang penting dan menganalisisnya. Laporan bulanan atau triwulanan tentang varian dan hasil pasien pada berbagai Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) disajikan kepada spesialis dan manajemen rumah sakit untuk tindakan lebih lanjut (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003)

Manajemen kasus adalah sebuah konsep yang dengan cepat mendapatkan penerimaan dan popularitas di organisasi kesehatan di seluruh Amerika Serikat. Sebagai sebuah konsep, manajemen kasus bukanlah hal baru. Ini telah dipraktikkan oleh perawat kesehatan masyarakat sejak pergantian abad, sementara manajemen kasus psikiatri

telah dipraktikkan sejak 1940-an. Baru-baru ini, manajemen kasus telah muncul sebagai strategi untuk fokus pada masalah dan kebutuhan pasien, sambil menjaga keseimbangan antara hasil, biaya dan proses. Tujuan keseluruhan dari manajemen kasus adalah untuk mengadvokasi pasien melalui koordinasi perawatan, yang mengurangi fragmentasi layanan klinis dan proses perawatan, dan pada akhirnya, biaya. Sebagian besar model manajemen kasus didasarkan pada fondasi keperawatan. Dalam manajemen kasus keperawatan, fokus mendasar adalah untuk mengintegrasikan, mengkoordinasikan, dan mengadvokasi pasien yang membutuhkan layanan klinis ekstensif dan perawatan kompleks. Cukup umum, manajer kasus akan bekerja dan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pasien memenuhi hasil yang diinginkan dalam lama tinggal yang tepat (seperti yang ditentukan pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*)) melalui penggunaan sumber daya yang tersedia secara efektif. Manajer kasus akan sering bekerja sama dengan dokter dan berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa hasil yang diinginkan terpenuhi (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Manajemen kasus dan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) saling melengkapi. Idealnya, manajer kasus akan menggunakan jalur tersebut sebagai panduan dan alat untuk mencapai hasil yang diinginkan bagi pasien. Namun, manajemen kasus dapat dilaksanakan tanpa adanya jalur. Dalam hal ini, manajer kasus akan mendiskusikan hasil yang diinginkan dari pasien dengan dokter, pasien, keluarga dan profesional kesehatan lainnya. Rencana perawatan kemudian akan dirumuskan dengan hasil klinis yang diinginkan untuk dicapai. Semua anggota tim perawatan kemudian akan bekerja sama secara konsisten untuk memastikan bahwa tujuan ini tercapai dalam kerangka waktu yang tepat. Manajemen kasus telah digunakan dan diterapkan oleh banyak perusahaan asuransi di seluruh AS untuk menahan biaya penyediaan layanan kesehatan melalui negosiasi kontrak dan rawat inap. Hal ini telah menyebabkan beberapa publisitas negatif, terutama dari dokter. Namun, konsep manajemen kasus sebagai sarana koordinasi perawatan, yang mengurangi koordinasi perawatan di seluruh episode penyakit konsisten dengan praktik perawatan kolaboratif. Ini harus didorong di semua organisasi kesehatan. Tujuannya adalah untuk menciptakan model manajemen kasus yang mencakup kontinum dari rumah sakit ke masyarakat. Pasien yang membutuhkan

perawatan kronis jangka panjang yang kompleks akan mendapat manfaat dari manajemen kasus. Di AS, sekarang sudah menjadi hal biasa bagi dokter untuk bekerja sama dengan manajer kasus untuk memastikan bahwa pasien menerima semua perawatan dan layanan yang diperlukan selama dan setelah rawat inap (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

PERAN DOKTER DALAM JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) DAN PENGARUHNYA TERHADAP PRAKTIK DOKTER

Telah ditunjukkan secara meyakinkan bahwa program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) terbaik adalah program yang didorong oleh praktisi dokter. Dokter secara langsung berpartisipasi dan dapat memulai pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Rumah sakit di seluruh AS menghadapi masalah yang sama ketika Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dikembangkan dengan masukan dokter yang minimal - jalur tersebut dibuang atau digunakan murni sebagai alat dokumentasi keperawatan. Ini sangat membatasi kegunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sebagai dokumentasi klinis terintegrasi dan alat perbaikan proses klinis. Tren saat ini adalah mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) yang diarahkan oleh dokter, yaitu pengembangan dan penerapan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus dipimpin oleh seorang dokter. Tim perawatan multi-disiplin lainnya bekerja dengan dokter untuk mengembangkan rencana perawatan holistik berdasarkan petunjuk yang diberikan oleh dokter (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Telah terbukti bahwa pasien pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) mengekspresikan tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Kehadiran Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) saja berarti staf bangsal berada dalam posisi yang lebih baik untuk memberikan penjelasan tentang rencana perawatan kepada pasien dan kerabat, sehingga memfasilitasi komunikasi yang lebih baik. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga meningkatkan kemungkinan bahwa pasien akan menerima perawatan yang diinginkan di mana pun mereka berada di rumah sakit. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menjaga semua profesional kesehatan lainnya "sinkron" dengan rencana perawatan dokter. Dokter memegang kendali atas keseluruhan rencana perawatan. (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003)

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memfasilitasi penyelesaian masalah sistem yang sering mengganggu dokter. Melalui analisis varians, isu-isu yang mempengaruhi proporsi signifikan pasien ditangani. Keterlibatan organisasi menjadi penting ketika sumber daya harus dialokasikan untuk memperluas ketersediaan departemen atau layanan untuk memenuhi tujuan klinis dan keuangan. Misalnya, data dari varians dapat disajikan untuk menunjukkan bahwa keterlambatan pelepasan disebabkan oleh tidak tersedianya pengujian tertentu yang hanya dilakukan pada hari-hari tertentu dalam seminggu. Rumah sakit kemudian perlu mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dari perluasan layanan untuk memfasilitasi pemulangan lebih awal (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga mengurangi jumlah panggilan telepon ke kantor dokter karena tim perawatan multidisiplin memiliki gambaran yang lebih jelas tentang rencana perawatan. Komunikasi antara dokter, staf perawat dan anggota tim kesehatan lainnya ditingkatkan. Kolegialitas diperkuat. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga memungkinkan penelitian dan temuan audit untuk segera dimasukkan ke dalam praktik. Ini memfasilitasi penerapan dan praktik Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence-Based Medicine*) (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

PENGARUH JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) PADA RUMAH SAKIT/INSTITUSI

Data biaya rumah sakit digambarkan sebagai biaya rumah sakit langsung dan biaya total, termasuk biaya administrasi. Karena rendahnya jumlah penelitian berkualitas tinggi yang mengevaluasi biaya rumah sakit, penelitian ini menyelidiki semua data biaya objektif yang tersedia, seperti biaya rumah sakit. Serangkaian tindakan biaya yang dilaporkan yang sangat bervariasi ini menghalangi evaluasi ekonomi lebih lanjut. Oleh karena itu, kami berkonsentrasi pada efek muatan langsung dari Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) daripada efektivitas biayanya (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) telah mengkonfirmasi keefektifannya dalam membangun hubungan biaya-kualitas baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Mengadopsi Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) di berbagai situasi telah secara konsisten terkait dengan pengurangan tingkat rawat inap dan

biaya per kasus. Hal ini antara lain disebabkan oleh peningkatan arah dan komunikasi antara pemberi perawatan dan petugas kesehatan manajemen rumah sakit (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Di tingkat institusi, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menawarkan cara untuk secara efisien mengkategorikan masalah sistem yang menghambat, daripada mendukung perawatan pasien yang efektif. Kerja tim menjadi norma organisasi, dan tenaga kesehatan lebih mengetahui manajemen sumber daya klinis, yaitu alokasi tenaga kesehatan, praktik kerja, aturan, dan sumber daya organisasi yang diperlukan untuk menyampaikan layanan klinis (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

Elemen kualitas dimasukkan dalam proses dengan memasukkan hasil klinis yang diinginkan dalam Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Ini menyatakan bahwa dokter tidak "diburu-buru melalui sistem" dan diberhentikan sebelum mendapatkan status klinis yang sesuai. Para dokter lebih puas karena pengobatan berjalan lebih lancar dan hasil pasien meningkat. Petugas kesehatan berpikir bahwa kemampuan mereka dimanfaatkan dengan lebih baik, dan mereka merasa memiliki kepemilikan atas proses perawatan. Pasien juga memasuki rumah sakit dengan harapan yang realistis tentang perawatan dan hasil mereka. (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003)

Langkah pertama dalam mengembangkan program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah mengklasifikasikan populasi pasien sasaran. Ini melibatkan pengumpulan data tentang epidemiologi populasi atau penyakit publik, penggunaan layanan rumah sakit, dan ketersediaan sumber daya rumah sakit primer. Keputusan dilakukan untuk meningkatkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tertentu. Data harus fokus pada populasi pasien target dan memberikan informasi kepada tim perawatan seperti rata-rata lama rawat inap, masalah umum yang ditemui selama rawat inap, alasan penangguhan pemulangan, dll. Analisis pola praktik saat ini dibandingkan dengan strategi praktik klinis yang dipublikasikan dan ditinjau harus dilakukan bila memungkinkan. Penilaian kritis dari praktik klinis saat ini sangat penting dalam mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) sesuai dengan pengambilan keputusan klinis yang baik. Selain itu, proses pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) terdiri dari menyatukan tim perawatan multidisiplin untuk menjelaskan rincian rencana perawatan

seperti yang diarahkan oleh dokter utama (Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003).

MEMBUAT DAN MENGGUNAKAN JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Langkah pertama dalam pengembangan program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah mengidentifikasi populasi pasien sasaran. Hal ini meliputi pengumpulan data dan informasi tentang epidemiologi penyakit populasi atau komunitas, pemanfaatan layanan rumah sakit dan ketersediaan sumber daya utama yang sakit di rumah sakit. Setelah keputusan dibuat untuk mengembangkan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tertentu, data tambahan harus dikumpulkan dan dianalisis. Data ini harus difokuskan pada populasi pasien target dan memberikan informasi yang berguna bagi tim perawatan seperti rata-rata lama rawat inap, masalah umum yang dihadapi selama rawat inap, alasan penundaan pemulangan sakit, dll. Analisis pola praktik yang berlaku dibandingkan dengan yang tersedia pedoman praktik klinis yang diterbitkan dan ditinjau sejawat harus dilakukan bila memungkinkan. Evaluasi kritis dari praktik klinis saat ini adalah Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) perkembangan sakit yang penting yang didasarkan pada pengambilan keputusan klinis yang baik. Setelah itu, proses penyusunan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah masalah mengumpulkan tim perawatan multidisiplin untuk membahas rincian rencana perawatan seperti yang diarahkan oleh pemimpin dokter (Agiwahyunto dkk., 2016; Bauer dkk., 2006; Campbell dkk., 1998a; T. S. Cheah, 1998; Johnson dkk., 2000; Kinsman, t.t.; Roeder dkk., 2003; Tachdan, 2006; Uchiyama dkk., 2002; Wijono, 2000).

Semua staf kunci rumah sakit harus dilatih dengan baik dalam penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Untuk perawat, ini memerlukan re-orientasi dokumentasi keperawatan - yaitu charting dengan pengecualian dan charting fokus. Untuk dokter, sebagian besar pesanan dokter akan dimasukkan ke dalam Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), sehingga mengurangi waktu yang diperlukan untuk dokumentasi klinis. Pemberi perawatan lainnya juga akan terhindar dari membaca tulisan tangan yang tidak terbaca oleh dokter.

Semua Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) baru harus menjalani implementasi uji coba selama 3 hingga 6 bulan. Setelah itu, jalur percontohan harus ditinjau untuk mempertimbangkan umpan balik staf dan analisis varians. Berdasarkan hasil umpan balik dan varians, jalur

tersebut kemudian direvisi dan diimplementasikan sepenuhnya. Sebagai bagian dari peningkatan kualitas berkelanjutan, setiap Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus ditinjau setiap enam bulan hingga satu tahun untuk memastikan bahwa modalitas pengobatan klinis terkini dan terkini dimasukkan ke dalam Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus selalu memasukkan pengetahuan terkini tentang manajemen klinis yang diterima. Penerapan dan praktik Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence-Based Medicine*) sangat ideal dalam pengaturan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*).

Beberapa pertimbangan utama dalam pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) meliputi: (De Allegri dkk., 2011; Evans-Lacko dkk., 2010; Falconer dkk., 1993; Kim dkk., 2002; Neubauer, 2020; Rotter dkk., 2010, 2013)

- a) Keterlibatan dokter sangat penting untuk keberhasilan setiap program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Dokter idealnya harus memimpin pengembangan semua Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Dengan cara ini, ada kepemilikan proses klinis, sehingga penerimaan lebih luas oleh dokter.
- b) Variasi praktik dokter harus selalu dipertimbangkan saat menyusun jalur. Alternatif pengobatan harus dimasukkan untuk memungkinkan fleksibilitas bagi dokter.
- c) Pedoman praktik tidak boleh ditulis untuk mencerminkan praktik saat ini kecuali itu adalah praktik terbaik berdasarkan bukti yang tersedia.
- d) Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) harus mencerminkan sumber daya yang tersedia saat ini di rumah sakit atau institusi. Jalur harus masuk akal dan rencana perawatan yang ditentukan harus layak untuk dilaksanakan oleh staf bangsal.

JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) DAN PENINGKATAN KUALITAS BERKELANJUTAN

Program peningkatan kualitas sering didorong oleh tujuan jangka panjang menuju peningkatan proses, pemahaman yang lebih baik tentang sistem, dan kontrol keseluruhan yang lebih baik dari sistem tersebut. Mengkoordinasikan pengembangan program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan peningkatan kualitas berkelanjutan (CQI) dapat memfasilitasi dan mendorong organisasi maju untuk mencapai tujuannya. Peningkatan kualitas dibangun di atas prinsip pemahaman dan pengendalian variasi

proses melalui pemikiran sistem. Karena CQI berasal dari industri manufaktur, banyak dokter dan rumah sakit tidak melihat adanya relevansi dengan perawatan kesehatan. Baru-baru ini, prinsip-prinsip CQI telah dieksplorasi dalam kaitannya dengan perawatan kesehatan dan menjadi semakin jelas bahwa memandang perawatan pasien sebagai serangkaian langkah atau proses tidak mengurangi interaksi dokter-pasien dalam memberikan perawatan (Bauer dkk., 2006; Falconer dkk., 1993; Grimshaw dkk., 2001; Handayani dkk., 2020; Johnson dkk., 2000; Kampan, 2006; Reeves dkk., 2013; Roberts dkk., 1997; Uchiyama dkk., 2002; Zhang dkk., 2019).

Agar rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi, rumah sakit harus mampu memberikan tiga set informasi: bukti peningkatan kualitas berkelanjutan (CQI), manajemen hasil dan standar dan pedoman praktik klinis. Ketika diintegrasikan ke dalam proses manajemen kualitas total (TQM), Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menyediakan model untuk manajemen hasil dan pengiriman kualitas perawatan yang lebih tinggi kepada pasien. Pada tingkat yang lebih praktis, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) berkontribusi pada peningkatan kualitas klinis melalui berbagai cara:

1. Proses pengembangan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memastikan bahwa proses dan praktik pemberian perawatan saat ini ditinjau secara kritis. Ini termasuk tinjauan indikator kualitas klinis seperti morbiditas pasca operasi, tingkat penyembuhan luka, tingkat infeksi, dll untuk menentukan apakah standar perawatan berada dalam kisaran yang dapat diterima. Modus manajemen saat ini kemudian dibandingkan dengan hasil yang dipublikasikan atau pedoman klinis *peer review* untuk menilai efektivitas klinis. Setelah ini selesai, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) final, berdasarkan bukti, diimplementasikan. Seluruh proses memastikan bahwa pasien di Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memiliki rencana perawatan yang mencerminkan praktik terbaik dalam sumber daya yang tersedia.
2. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) ditulis dan dikembangkan oleh profesional kesehatan. Semua disiplin klinis yang relevan harus dilibatkan, membentuk tim multidisiplin yang lengkap. Cukup dengan mengumpulkan orang-orang yang berbeda untuk mendiskusikan dan meninjau proses dan praktik perawatan dapat memfasilitasi mencairnya hambatan interdisipliner. Staf dapat lebih memahami peran disiplin lain dan keterampilan apa yang mereka tawarkan masing-masing. Melalui pengalaman kami, kami tidak pernah berhenti terheran-heran dengan banyaknya spesialis yang tidak mengetahui apa yang dapat dilakukan oleh terapis okupasi atau apa manfaat konseling diabetes oleh pendidik

perawat. Pemahaman interdisipliner membangun tim sehingga mereka dapat bekerja sama secara kohesif dan saling melengkapi. Perawatan pasien yang efektif membutuhkan seluruh tim perawatan untuk bekerja sama "sinkron" untuk mencapai hasil pasien yang berkualitas. Ada peningkatan konsistensi perawatan pasien melalui penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Konsistensi dalam perawatan adalah di mana pasien dapat mengharapkan praktik dan perawatan yang serupa dan konsisten untuk kondisi yang serupa dokter mana pun yang memberikan perawatan itu. Telah dianjurkan bahwa mengurangi variasi dalam proses penyediaan layanan adalah cara paling efektif untuk meningkatkan kualitas. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memungkinkan tim perawatan untuk berkumpul dan menyetujui praktik yang berbasis penelitian atau bukti. Konsensus harus dicapai untuk memastikan bahwa intervensi yang digariskan dalam jalur dapat dicapai dengan cara semua staf yang terlibat. Argumen utama yang menentang standarisasi proses perawatan adalah bahwa semua pasien adalah individu dengan kebutuhan mereka sendiri dan perawatan harus "disesuaikan" dengan kebutuhan mereka. Namun, ketika kelompok pasien dipilih apakah berdasarkan diagnosis atau prosedur atau kebutuhan, ada benang merah dalam hal apa yang akan dilakukan oleh profesional perawatan kesehatan untuk setiap individu dalam kelompok itu. Benang merah tersebut dapat dipetakan pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), yang kemudian digunakan sebagai pedoman. Dokter kemudian harus menggunakan penilaian klinis mereka sendiri untuk memutuskan apakah pasien dapat ditempatkan di Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) atau menyimpang dari rencana perawatan yang diantisipasi. Penyimpangan (atau varians) tersebut harus dicatat sebagai bagian dari dokumen Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), sehingga menyediakan fasilitas dimana perawatan dapat disesuaikan secara individual.

3. Pencatatan, pengumpulan dan analisis varians menyediakan data audit berkelanjutan pada perawatan yang diberikan. Informasi audit tersebut khusus untuk setiap jenis kasus pada jalur yang dianalisis. Analisis reguler dari proses perawatan, praktik, dan hasil melalui analisis varians dan umpan balik dari tim ini merupakan komponen penting dari keseluruhan program Jalur Klinis (*Clinical Pathway*). Analisis dapat menyoroti kekurangan dalam proses perawatan karena masalah yang timbul dari sistem rumah sakit, seperti alasan penundaan pemulangan, tidak tersedianya waktu ruang operasi yang memadai, dll. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga merupakan alat yang ideal untuk analisis audit hasil karena dokumen dapat diambil kembali dan dipelajari untuk memastikan apakah intervensi menghasilkan hasil klinis yang diinginkan seperti yang dinyatakan di Jalur Klinis (*Clinical Pathway*).

4. Manajemen sumber daya merupakan komponen penting dari pemberian layanan kesehatan yang berkualitas saat ini. Biaya untuk menyediakan perawatan berkualitas baik meningkat. Perawatan teknologi tinggi dan tes diagnostik sekarang tersedia dan mahal. Tekanan ekonomi telah memaksa penyedia untuk memastikan bahwa sumber daya dikelola dengan baik, digunakan dengan baik dan tidak disia-siakan. Sumber daya klinis seperti tes darah, sinar-X dan obat-obatan harus dikelola secara efisien. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dapat membantu memastikan bahwa tes laboratorium dan radiologi dilakukan hanya jika secara klinis sesuai. Sama pentingnya, jalur akan memandu dokter untuk memesan tes selama tahap rawat inap atau penyakit yang sesuai. Dengan memandu penggunaan sumber daya klinis, bahkan sejauh menyarankan resep obat yang disetujui oleh tim untuk jenis kasus tertentu, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memiliki peran utama dalam pengelolaan sumber daya.
5. Melalui proses pengembangan dan tinjauan reguler jalur dan pedoman klinis, seluruh proses perawatan ditinjau dan direvisi secara berkala dan berkelanjutan untuk mencerminkan standar perawatan terbaik. Ini adalah inti dari CQI yang diterapkan pada perawatan pasien. Oleh karena itu, standar dipantau dan ditinjau. Sehingga ada sistem penerapan CQI dalam perawatan pasien. Penelitian telah menunjukkan bahwa pedoman eksplisit memang meningkatkan praktik klinis ketika diperkenalkan dalam konteks evaluasi yang ketat

ASPEK HUKUM JALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) DI INDONESIA

Pada Pasal 49 UU No. 29 Tahun 2004 disebutkan juga bahwa “setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya”. Pada pasal ini dijelaskan juga audit medis dapat dilakukan untuk tercapainya kendali mutu dan kendali biaya oleh organisasi profesi. (Depkes RI, 2004) Adapun aspek hukum clinical pathway diatur dalam: (Tachdan, 2006; Wijono, 2000)

1. Undang-Undang RI No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang RI No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Undang-Undang RI No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
5. Undang-Undang RI No.38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
6. Undang-Undang RI No.11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja
7. Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian

8. Peraturan Pemerintah No.47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.920 Menkes/Per/XII/1996 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan RS Swasta di bidang medik
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktik Tenaga Gizi
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer
18. Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*)
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit
20. KepMenkes RI No.436/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit

Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa: (Depkes RI, 2004)

1. “Pasal 44
 - (1) Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi.
 - (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan
 - (3) Standar pelayanan untuk dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.”

2. "Pasal 50

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak :

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- d. Menerima imbalan jasa."

3. "Pasal 51

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi"

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/ IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran(Kemenkes RI, 2010)

1. "Pasal 3

- (1) Standar pelayanan Kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO.
- (2) PNPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Standar Pelayanan Kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh Menteri.
- (3) SPO sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dan ditetapkan oleh pimpinan 4 fasilitas pelayanan kesehatan."

2. "Pasal 10

- (1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinya.
 - (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 Praktik 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”
3. “Pasal 13
- (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;
 - (3) Modifikasi terhadap PNPK dan SPO hanya dapat dilakukan atas dasar keadaan yang memaksa untuk kepentingan pasien, antara lain keadaan khusus pasien, kedaruratan, dan keterbatasan sumber daya.
 - (4) Modifikasi PNPK dan SPO sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus dicatat di dalam rekam medis.”

UU No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan(Kemenkes RI, 2014)

1. “Pasal 32

- (1) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
- (2) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.

- (3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (4) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.
- (5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
- (6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.
- (7) Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang:
 - a) Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;
 - b) Melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan
 - c) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.”

IMPLIKASI MEDIS DAN DAMPAK HUKUMNYA

Kekhawatiran telah dikemukakan oleh beberapa komunitas medis tentang efek penggunaan pedoman tertulis tersebut terhadap kejadian gugatan malpraktik dan hasil dari gugatan tersebut. Kebanyakan komentator menyimpulkan bahwa penggunaan standar praktik dan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tidak menciptakan risiko baru yang signifikan dan malah dapat mengurangi risiko dan biaya litigasi. Penggunaan jalur akan mengubah kepraktisan litigasi malpraktik dengan cara yang akan mempromosikan penggunaan standar praktik di pengadilan. Komentar hukum baru-baru ini menyimpulkan bahwa ini akan sangat mendukung pembelaan. Di mata hakim, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) menyediakan metode analisis yang teratur untuk perawatan medis. Standar yang melekat pada Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga memiliki pengaruh yang kuat pada hakim untuk definisi perawatan - pengaruh yang independen dari memberikan-menerima pendapat saksi ahli yang diajukan oleh penggugat dan tergugat di persidangan. Lebih penting lagi, ketika dimanfaatkan secara

maksimal, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) tersebut akan memiliki efek mendalam pada pencegahan litigasi malpraktik - nilai Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dalam mengoordinasikan perawatan, dalam memastikan penyimpanan catatan medis dan dokumentasi klinis yang baik, dalam mempromosikan komunikasi yang baik di antara pemberi perawatan, dan dalam memfasilitasi komunikasi dengan pasien dan kerabat mereka tentang perawatan mereka.

Penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan pedoman praktik juga dapat bermanfaat bagi penggugat malpraktik. Dengan sendirinya, fakta bahwa seorang dokter telah menyimpang dari pedoman jalur tidak perlu menyebabkan tanggung jawab jika hasil yang merugikan tercapai. Hal ini terutama terjadi jika pedoman tersebut ditulis dengan jelas sebagai serangkaian rekomendasi dan perbedaannya didokumentasikan dengan jelas. Namun demikian, penyimpangan karena kesalahan atau tanpa catatan pembenaran yang memadai dapat berpotensi merusak pemberi perawatan. Dalam hal ini, jalur mungkin akan melindungi dokter yang rajin sambil menciptakan risiko tambahan bagi dokter yang ceroboh, sehingga cenderung menempatkan insiden dan hasil tuntutan pertanggungjawaban atas dasar yang lebih rasional.

Menurut Serikat Pertahanan Medis (*Medical Defense Union*), pedoman klinis yang dibuat dan digunakan dengan benar berpotensi mengurangi tingkat keluhan dan litigasi dalam perawatan kesehatan dengan meningkatkan saluran komunikasi dengan dan antara profesional perawatan kesehatan dan pasien. Juga telah dikemukakan bahwa fakta bahwa rumah sakit telah mengembangkan dan menggunakan pedoman dan jalur praktik menunjukkan bahwa mereka telah berpikir secara reflektif tentang lingkungan dan proses perawatan, dan bahwa mereka telah mengatasi masalah, yang dapat menjadi pertimbangan mereka dalam gugatan malpraktik.

Di sisi lain, dokter harus menyadari bahwa mereka dapat dianggap lalai jika pedoman diterapkan secara otomatis tanpa menilai pasien terlebih dahulu. Pedoman dan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) bukanlah pengganti penilaian profesional independen. Terlalu banyak variabel dalam perawatan pasien untuk Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dan pedoman untuk diterapkan secara otomatis.

Asosiasi Medis Amerika (AMA) menempatkan masalah ke dalam perspektif ketika mengomentari penggunaan pedoman praktik. Beberapa

dokter khawatir tentang parameter praktik yang akan meningkatkan paparan mereka terhadap kewajiban malpraktik. Secara khusus, dokter khawatir bahwa mereka mungkin secara otomatis bertanggung jawab jika mereka memilih, untuk alasan medis yang sah, untuk tidak mengikuti parameter praktik yang berlaku untuk kondisi pasien dan hasil yang tidak diinginkan. Kekhawatiran seperti itu tidak berdasar. Parameter praktik tidak menciptakan kewajiban baru bagi dokter dan bahkan dapat membantu dokter mengendalikan risiko kewajiban yang ada dengan lebih baik (T. S. Cheah, 1998).

KESIMPULAN

Berdasarkan keputusan menteri kesehatan nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang pedoman peraturan internal rumah sakit, mengatakan bahwa standar pelayanan medis di rumah sakit salah satunya adalah pemberlakuan hospital by laws, dengan implementasi nyatanya berupa penerapan clinical pathway.

Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) memiliki banyak hal untuk ditawarkan kepada organisasi perawatan kesehatan dan dokter praktik individu. Ini menyediakan fasilitas proaktif milik lokal di mana tim multidisiplin dapat secara kritis meninjau dan meningkatkan proses dan praktik pemberian perawatan mereka menuju pencapaian hasil klinis yang disepakati melalui penyediaan praktik terbaik dalam sumber daya yang tersedia. Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) juga merupakan sarana menuju manajemen sumber daya yang efisien, penyediaan lebih banyak informasi kepada pasien dan alat audit klinis. Melalui penggunaan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), rumah sakit secara konsisten menunjukkan pengurangan lama rawat inap untuk jenis kasus jalur tertentu tanpa efek merugikan pada hasil klinis, pengurangan ukuran tagihan rumah sakit, peningkatan komunikasi pemberi perawatan kepada pasien yang menghasilkan kepuasan pasien yang lebih tinggi, dan peningkatan pasien pendidikan. Mengurangi variasi yang tidak perlu dalam perawatan dan meningkatkan tingkat kolaborasi antara dokter, perawat, dan profesional perawatan kesehatan lainnya semuanya sangat konsisten dengan manajemen kualitas total (TQM). Oleh karena itu, Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) merupakan sarana penting untuk mencapai kualitas klinis di samping tempat tidur, yang paling penting bagi pasien.

Jelas dari tren saat ini bahwa penggunaan dan penerapan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) akan terus berkembang di seluruh dunia karena tuntutan untuk layanan kesehatan berkualitas lebih tinggi meningkat dalam menghadapi sumber daya yang menyusut dan pengendalian biaya. Rumah sakit dan organisasi perawatan kesehatan akan melihat transisi proses perawatan dari sistem yang terfragmentasi ke pendekatan tim multidisiplin kolaboratif. Peran manajer kasus dalam sistem perawatan kesehatan juga akan terus berkembang karena konsep manajemen kasus mencakup perawatan holistik yang terkoordinasi dan menyediakan model penyediaan perawatan yang mencakup keseluruhan rangkaian dari perawatan akut berbasis rumah sakit hingga perawatan kesehatan primer berbasis komunitas. Oleh karena itu, manajemen kasus dan Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) dilihat sebagai sarana di mana sistem pemberian layanan kesehatan yang "mulus" dapat dicapai dalam jaringan perawatan atau lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Sudiro, S., & Hartini, I. (2016). Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia; Vol 4, No 2 (2016): Agustus 2016* DO - 10.14710/jmki.4.2.2016.84-90.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A. M., Sajatovic, M., & Cooperative Studies Program 430 Study Team. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(7), 927–936. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.927>
- Bayliss, V., Cherry, M., Locke, R., & Salter, L. (2000). Pathways for continence care: Background and audit. *British Journal of Nursing*, 9(9), 590–596. <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.9.6295>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). The health policy framework: Context, process and actors. *Making Health Policy*, 2–206.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998a). Integrated care pathways. *BMJ*, 316(7125), 133–137. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.133>

- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998b). Integrated care pathways. *BMJ*, 316(7125), 133–137. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.133>
- Cheah, J. (2000). Clinical pathways—An evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore medical journal*, 41(7), 335–346.
- Cheah, T. S. (1998). Clinical pathways—The new paradigm in healthcare? *The Medical journal of Malaysia*, 53(1), 87–96.
- Croucher, M. (2005). An Evaluation of the Quality of Integrated Care Pathway Development in the UK National Health Service. *Journal of integrated Care Pathways*, 9(1), 6–12. <https://doi.org/10.1177/147322970500900102>
- Davis, N., Leadership, Wales. N., & for Healthcare, I. A. (2005). *Integrated Care Pathways: A Guide to Good Practice*. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare.
- De Allegri, M., Schwarzbach, M., Loerbroks, A., & Ronellenfitsch, U. (2011). Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. *BMJ quality & safety*, 20(3), 203–208. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.042465>
- Depkes RI, 2004. (2004). UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. *Aturan praktik kedokteran*, 157–180.
- Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P., & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC health services research*, 10, 182. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182>
- Falconer, J. A., Roth, E. J., Sutin, J. A., Strasser, D. C., & Chang, R. W. (1993). The Critical Path Method in Stroke Rehabilitation: Lessons from an Experiment in Cost Containment and Outcome Improvement. *QRB - Quality Review Bulletin*, 19(1), 8–16. [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30582-6](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30582-6)
- Firmansyah, H. (2009). Clinical Pathway: Integrasi Pendokumentasian Berbagai Disiplin Ilmu Kesehatan di Rumah Sakit. *Pelayanan Jantung Terpadu RSCM, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*, 1(1), 10.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A., & O'Brien, M. A. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical care*, 39(8 Suppl 2), II2-45.
- Handayani, R. P., Perwitasari, D. A., Setiawan, D., & Suwantika, A. A. (2020). Cost-Effectiveness analisis on the implementation of clinical pathway of pediatric treatment for dengue hemorrhagic fever in PKU

- Muhammadiyah Hospital Yogyakarta. *Pharmaciana*, 10(1), 51.
<https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v9i2.12332>
- Harvey, V. L. Currie, G. (2000). The use of care pathways as tools to support the implementation of evidence-based practice. *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), 311–324.
<https://doi.org/10.1080/13561820020003874>
- Hotchkiss, R. (1997). Integrated care pathways. *NT Research*, 2(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1177/136140969700200106>
- Johnson, K. B., Blaisdell, C. J., Walker, A., & Eggleston, P. (2000). Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. *Pediatrics*, 106(5), 1006–1012.
- Kampan, P. (2006). Effects of counseling and implementation of clinical pathway on diabetic patients hospitalized with hypoglycemia. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 89(5), 619–625.
- Kemenkes RI. (2010). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran. *Peraturan Menteri Kesehatan*, 132(464), 140–145.
- Kemenkes RI. (2014). *Undang-undang RI No. 38 Tentang Keperawatan* (Nomor 10, hlm. 2–4).
- Kim, M. H., Morady, F., Conlon, B., Kronick, S., Lowell, M., Bruckman, D., Armstrong, W. F., & Eagle, K. A. (2002). A prospective, randomized, controlled trial of an emergency department-based atrial fibrillation treatment strategy with low-molecular-weight heparin. *Annals of emergency medicine*, 40(2), 187–192.
<https://doi.org/10.1067/mem.2002.126169>
- Kinsman, L. (t.t.). Clinical pathway compliance and quality improvement. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 18(18), 33–35.
- Kitchiner, D., Davidson, C., & Bundred, P. (1996). Integrated Care Pathways: Effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2(1), 65–69.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.1996.tb00028.x>
- Lehman, H. (1990). The system approach to education, spesial presentation conveyed in the international seminar on educational innovation and technology. *Manila Innotech Publication*, 20(5).
- Midleton, & Robert. (2000). Integration clinical pathways: A practical approach to implementation. *McGraw-Hill*, 1(1).
- Neubauer, S. (2020). Clinical pathways: Reducing costs and improving quality across a network. *The American Journal of Managed Care*, 26(Spec. No. 2), SP60–SP61.
<https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42550>

- Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381–388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Roberts, R. R., Zalenski, R. J., Mensah, E. K., Rydman, R. J., Ciavarella, G., Gussow, L., Das, K., Kampe, L. M., Dickover, B., McDermott, M. F., Hart, A., Straus, H. E., Murphy, D. G., & Rao, R. (1997). Costs of an emergency department-based accelerated diagnostic protocol vs hospitalization in patients with chest pain: A randomized controlled trial. *JAMA*, 278(20), 1670–1676.
- Roeder, N., Hensen, P., Hindle, D., Loskamp, N., & Lakomek, H.-J. (2003). Instrumente zur Behandlungsoptimierung. *Der Chirurg*, 74(12), 1149–1155. <https://doi.org/10.1007/s00104-003-0754-z>
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: Effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD006632. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2>
- Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Zhao, F. L., van der Weijden, T., Ronellenfitsch, U., & Scott, S. D. (2013). Clinical pathways for primary care: Effects on professional practice, patient outcomes, and costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010706>
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: Concepts and theories: An introduction. *International journal of integrated care*, 12(Spec Ed Integrated Care Pathways), e192. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>
- Tachdan. (2006). Implementasi kebijakan publik. *APII Bandung-Puslit KP2W Lemlit UNPAD*, 1(1).
- Uchiyama, K., Takifuji, K., Tani, M., Onishi, H., & Yamaue, H. (2002). Effectiveness of the clinical pathway to decrease length of stay and cost for laparoscopic surgery. *Surgical endoscopy*, 16(11), 1594–1597. <https://doi.org/10.1007/s00464-002-9018-0>
- VANHAECHT, K., WITTE, K. DE, DEPREITERE, R., & SERMEUS, W. (2006). Clinical pathway audit tools: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 14(7), 529–537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00705.x>

- Wijono, D. (2000). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan teori, strategi dan aplikasi* (1 ed.). Airlangga Unniversity Press.
- Zhang, W., Wang, B.-Y., Du, X.-Y., Fang, W.-W., Wu, H., Wang, L., Zhuge, Y.-Z., & Zou, X.-P. (2019). Big-data analysis: A clinical pathway on endoscopic retrograde cholangiopancreatography for common bile duct stones. *World journal of gastroenterology*, 25(8), 1002–1011. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i8.1002>