

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Kepatuhan**

Kata kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti taat, suka menurut dan disiplin terhadap perintah, aturan dan sebagainya (Purwadarminta, 2005). Adapun disiplin adalah kesadaran dan kesetiaan seseorang menaati semua peraturan dan norma-norma yang berlaku (Hasibuan, 2017).

Borden & Horowitz (2008) menyatakan bahwa kepatuhan adalah proses pengaruh sosial dimana seseorang mengubah tingkah lakunya dalam menanggapi perintah langsung dari seseorang yang berwenang. Figur otoritas memiliki kekuatan, yang bisa berasal dari beberapa sumber, untuk memberlakukan perintah. Umumnya ketaatan tidak selalu buruk. Kepatuhan terhadap hukum dan peraturan diperlukan untuk kelancaran fungsi masyarakat.

Kepatuhan pada dasarnya merupakan sebuah bentuk perilaku. Ada beberapa model dan teori perilaku, yang dapat digunakan untuk memprediksi perilaku, diantaranya adalah:

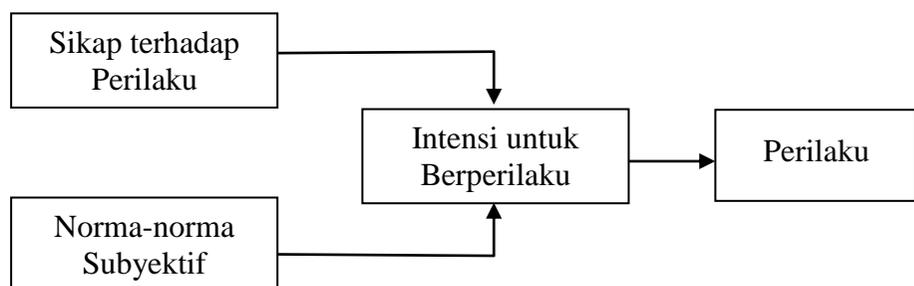
a. *Theori of Reasoned Action* (Teori Tindakan Beralasan)

Hogg & Vaughan (2010) menyatakan bahwa teori tindakan beralasan (TRA) dikembangkan oleh Martin Fishbein dan Icek

Ajzen (1974), membahas secara khusus bagaimana keyakinan dan niat seseorang secara kritis terlibat dalam bagaimana mereka bertindak, dan memasukkan komponen berikut:

- 1) Norma subyektif - hasil dari apa yang orang anggap orang lain yakini. Orang lain yang signifikan memberikan panduan tentang 'hal yang tepat untuk dilakukan'.
- 2) Sikap terhadap perilaku - berdasarkan kepercayaan individu tentang perilaku spesifik dan bagaimana kepercayaan ini dievaluasi. Ini adalah sikap terhadap tindakan (misalnya mengambil pil KB), bukan ke objek (misalnya pil itu sendiri).
- 3) Niat perilaku - deklarasi internal untuk bertindak.
- 4) Perilaku - tindakan dilakukan.

Teori tindakan beralasan dapat digambarkan dalam gambar sebagai berikut:



**Gambar 2. 1Teori Tindakan Beralasan**  
**Sumber : Azwar (2007)**

Teori tindakan beralasan menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan, dan dampaknya terbatas hanya pada tiga hal. Pertama, perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu. Kedua, perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh sikap tetapi juga oleh norma-norma subjektif (*subjective norms*) yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat. Ketiga, sikap terhadap suatu perilaku bersama norma-norma subjektif membentuk suatu intensi atau minat untuk berperilaku (Azwar, 2007).

b. *Theori of Planned Behavior* (Teori Perilaku Terencana)

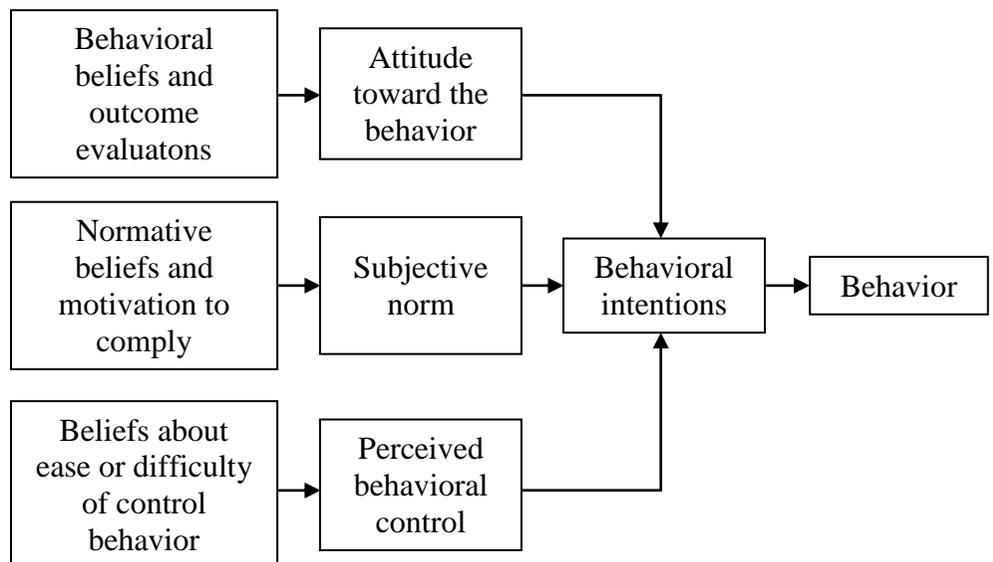
Ogden (2007) menyatakan bahwa teori perilaku terencana menekankan niat perilaku sebagai hasil kombinasi beberapa keyakinan. Teori tersebut mengusulkan bahwa niat harus dikonseptualisasikan sebagai 'rencana tindakan dalam mengejar tujuan perilkudan merupakan hasil dari keyakinan berikut:

- 1) Sikap terhadap perilaku, yang terdiri dari evaluasi positif atau negatif terhadap perilaku dan kepercayaan tertentu tentang hasil perilaku (misalnya: berolahraga itu menyenangkan dan akan memperbaiki kesehatan saya).
- 2) Norma subyektif, yang terdiri dari persepsi norma dan tekanan sosial untuk melakukan perilaku dan evaluasi apakah individu

termotivasi untuk mematuhi tekanan ini (misalnya: orang-orang yang penting bagi saya akan menyetujui jika saya menurunkan berat badan dan saya ingin persetujuan mereka).

- 3) Kontrol perilaku yang dirasakan, yang terdiri dari keyakinan bahwa individu dapat melakukan perilaku tertentu berdasarkan pertimbangan faktor pengendalian internal (misalnya: keterampilan, kemampuan, informasi) dan faktor kontrol eksternal (misalnya hambatan, peluang), yang keduanya berhubungan dengan perilaku masa lalu.

Teori tindakan beralasan dapat digambarkan dalam gambar sebagai berikut:



**Gambar 2. 2 *Theori of Planned Behavior*  
(Teori Perilaku Terencana)**

Sumber: Azwar (2007)

Inti teori perilaku terencana tetap berada pada faktor intensi perilaku namun determinan intensi tidak hanya dua (sikap terhadap perilaku yang bersangkutan dan norma-norma subjektif) melainkan tiga dengan diikutsertakannya aspek kontrol perilaku yang dihayati (*perceived behavioral control*). Keyakinan-keyakinan berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu, pada norma-norma subjektif, dan pada kontrol perilaku yang dihayati. Ketiga komponen ini berinteraksi dan menjadi determinan bagi intensi yang pada gilirannya akan menentukan apakah perilaku yang bersangkutan akan dilakukan atau tidak. Sikap terhadap suatu perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa kepada hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan. Keyakinan mengenai perilaku apa yang bersifat normatif (yang diharapkan oleh orang lain) dan motivasi untuk bertindak sesuai dengan harapan normatif tersebut membentuk norma subjektif dalam diri individu. Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan individu mengenai seberapa sulit atau mudahnya untuk melakukan perilaku yang bersangkutan. Kontrol perilaku ini sangat penting artinya ketika rasa percaya diri seseorang sedang berada dalam kondisi yang lemah (Azwar, 2007).

c. Teori Lawrence Green

Menurut Notoatmodjo (2007), Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

## 2. Clinical Pathway

*Clinical Pathways* (CP) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan

kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Firmada, 2006)

Clinical pathway didefinisikan sebagai proses perawatan optimal, urutan dan waktu intervensi oleh dokter, perawat dan profesional perawatan kesehatan lainnya untuk diagnosis atau prosedur tertentu. Clinical pathway dikembangkan melalui upaya kolaboratif para dokter, manajer kasus, perawat, apoteker, fisioterapis dan profesional perawatan kesehatan lainnya dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien, sekaligus meminimalkan biaya pada pasien (Cheah, 2000).

Clinical pathway (Jalur klinis) adalah alat manajemen perawatan yang menguraikan jalur klinis dan hasil yang diharapkan untuk tipe pasien tertentu. Jalur klinis mengambil bentuk yang berbeda di setiap organisasi yang mengembangkannya. Biasanya mereka adalah jalur yang menguraikan jalur perawatan normal untuk pasien. Persiapan sering dilakukan pada siang hari, dan hasil yang diharapkan diartikulasikan untuk setiap hari. Ini adalah hasil yang diharapkan bahwa kemajuan pasien diukur terhadapnya. Di beberapa organisasi, jalur tersebut mencakup pesanan perawatan multidisiplin

untuk perawatan, termasuk perintah dari keperawatan, kedokteran, dan profesional kesehatan sekutu lainnya seperti terapi fisik dan layanan diet (Kelly, 2010).

Adapun Bleser *et al* (2006) menyatakan bahwa clinical pathway adalah metode untuk manajemen perawatan pasien dari sekelompok pasien yang didefinisikan dengan baik selama periode waktu yang ditentukan dengan baik. Clinical pathway secara eksplisit menyatakan tujuan dan elemen utama perawatan berdasarkan pedoman *Evidence Based Medicine* (EBM), praktik terbaik dan harapan pasien dengan memfasilitasi komunikasi, mengkoordinasikan peran dan mengurutkan aktivitas tim perawatan multidisiplin, pasien dan keluarga mereka; dengan mendokumentasikan, memantau dan mengevaluasi varians; dan dengan menyediakan sumber daya dan hasil yang dibutuhkan. Tujuan clinical pathway adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan, mengurangi risiko, meningkatkan kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi dalam penggunaan sumber daya.

Penelitian Kinsman *et al* (2010) yang mencoba mendefinisikan clinical pathway, menghasilkan lima kriteria yang digunakan untuk menentukan jalur klinis (*clinical pathway*):

- a. intervensi adalah rencana perawatan multidisiplin yang terstruktur;
- b. intervensi digunakan untuk menerjemahkan pedoman atau bukti ke dalam struktur lokal;
- c. intervensi merinci langkah-langkah dalam perawatan atau perawatan dalam rencana, jalur, algoritma, pedoman, protokol atau 'inventarisasi tindakan lainnya;
- d. intervensi memiliki kerangka waktu atau pengembangan berdasarkan kriteria; dan
- e. intervensi ditujukan untuk menstandarisasi perawatan untuk masalah klinis, prosedur, atau episode perawatan kesehatan tertentu pada populasi tertentu.

Firmanda (2006) menyatakan bahwa dalam membuat Clinical Pathways penanganan kasus pasien rawat inap di rumah sakit harus bersifat:

- a. Seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan harus secara terpadu/integrasi dan berorientasi fokus terhadap pasien (*patient focused care*) serta berkesinambungan (*continuing of care*).
- b. Melibatkan seluruh profesi (dokter, perawat/bidan, penata, laboratoris dan farmasis).

- c. Dalam batasan waktu yang telah ditentukan sesuai dengan keadaan perjalanan penyakit pasien dan dicatat dalam bentuk periode harian (untuk kasus rawat inap) atau jam (untuk kasus gawat darurat di unit emergensi).
- d. Pencatatan CP seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien secara terpadu dan berkesinambungan tersebut dalam bentuk dokumen yang merupakan bagian dari Rekam Medis.
- e. Setiap penyimpangan langkah dalam penerapan CP dicatat sebagai varians dan dilakukan kajian analisis dalam bentuk audit.
- f. Varians tersebut dapat terjadi karena kondisi perjalanan penyakit, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis (*medical errors*) dan dipergunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.

Penerapan clinical pathway mempunyai manfaat, tidak hanya untuk pasien, tetapi juga untuk pembayar, penyedia layanan, maupun vendor. Selain itu, terdapat juga tantangan yang harus dihadapi dan dicari solusinya. Manfaat dan tantangan clinical pathway dapat dideskripsikan dalam tabel 1.

**Tabel 2. 1 Manfaat dan Tantangan Clinical Pathway**

<b>Penerima</b>	<b>Manfaat</b>	<b>Tantangan</b>
Pasien	<p>a. Potensi untuk meningkatkan hasil bagi pasien</p> <p>b. Kurangi variabilitas perawatan</p> <p>c. Memperbaiki proses perawatan untuk mengurangi risiko kejadian buruk atau intervensi yang tidak direncanakan</p>	<p>a. Kurangnya keterlibatan pasien dalam pengembangan jalur</p> <p>b. Kurangnya komunikasi dengan pasien oleh penyedia layanan dan pembayar bahwa mereka menerima perawatan berbasis jalur</p> <p>c. Dapat berdampak negatif pada pilihan pasien, dan mengurangi akses terhadap pilihan pengobatan inovatif</p>
Pembayar	<p>a. Mendapatkan penghematan biaya dari pengurangan perawatan yang tidak perlu (mis., rawat inap di rumah sakit, kunjungan di ruang gawat darurat) dan peningkatan penggunaan perawatan yang lebih murah, seperti obat generik</p> <p>b. Menggunakan CP sebagai alat untuk meningkatkan kinerja penyedia dan mencapai target kualitas.</p>	<p>a. Kurangnya penyedia layanan dengan kepatuhan 100%.</p> <p>b. Biaya integrasi teknologi yang tinggi untuk mendukung penerapan CP dan analisis pendukung, dan kurangnya data dasar tentang hasil dan kinerja penyedia untuk mengukur keberhasilan</p>
Penyedia layanan	<p>a. Memperbaiki hasil pasien dengan standarisasi perawatan</p> <p>b. Mekanisme bagi dokter untuk memenuhi dan memajukan inisiatif peningkatan kualitas organisasi</p> <p>c. Mendapat keuntungan secara finansial jika CP terkait dengan insentif</p>	<p>a. CP memiliki potensi untuk mempersempit atau membatasi pilihan dokter dalam keputusan pengobatan mereka</p> <p>b. Mungkin diminta untuk mematuhi beberapa CP yang menggunakan pembayar, menciptakan beban administratif serta potensi variabilitas hasil karena</p>

<b>Penerima</b>	<b>Manfaat</b>	<b>Tantangan</b>
	keuangan - CP dapat meningkatkan penerimaan tabungan bersama, bonus, dan penghargaan uang untuk memenuhi target kinerja dan kualitas.	perbedaan potensial di berbagai CP yang berbeda dalam populasi pasien.
Vendors	Memperkuat permintaan dan penggunaan CP, sehingga meningkatkan peluang bisnis dan pangsa pasar	a. Partisipasi dokter dalam pembangunan bisa jadi sulit b. Menjaga dengan perubahan yang cepat dalam perawatan dan bukti pendukungnya adalah sumber daya dan waktu yang intensif

Sumber: Avalere Health LLC (2015)

### 3. Demam Dengue (*Dengue Fever*)

#### a. Pengertian Dengue Fever

Demam dengue (DD) dan Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang disebabkan virus dengue yang termasuk kelompok B Arthropod Virus (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviride*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Infeksi salah satu serotipe yang menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Perbedaan antara DD dan DBD adalah terjadinya plasma

(*plasma leakage*) pada DBD, sedangkan pada DD tidak (Hadinegoro & Rejeki, 2012).

b. Gejala Dengue Fever

Gejala klasik dari demam dengue ialah gejala demam tinggi mendadak, kadang-kadang bifasik (*saddle back fever*), nyeri kepala berat, dan nyeri belakang bola mata, nyeri otot, tulang, atau sendi, mual, muntah, dan timbulnya ruam. Ruam berbentuk makulopapular yang bisa pada awal penyakit (1-2 hari) kemudian menghilang tanpa bekas dan selanjutnya timbul ruam merah halus pada hari ke-6 atau ke-7 terutama di daerah kaki, telapak kaki dan tangan. Selain itu dapat juga ditemukan petekie. Hasil pemeriksaan darah menunjukkan leukopeni kadang-kadang dijumpai trombositopeni. Masa penyembuhan dapat disertai rasa lesu yang berkepanjangan, terutama pada dewasa. Pada keadaan wabah telah dilaporkan adanya demam dengue yang disertai perdarahan seperti: epistaksis, perdarahan gusi, perdarahan saluran cerna, hematuri, dan menoragi. Demam dengue (DD) yang disertai dengan perdarahan harus dibedakan dengan demam berdarah dengue (DBD). Pada penderita demam dengue tidak dijumpai kebocoran plasma sedangkan pada penderita DBD dijumpai kebocoran plasma yang dibuktikan dengan adanya

hemokonsentrasi, pleural efusi dan asitesis. Hasil pemeriksaan serologis (*dengue rapid test*) untuk infeksi akut, primer, menunjukkan peninggian (positif) IgM (Hadinegoro & Rejeki, 2012).

c. Epidemiologi

Dengue menimbulkan beban kesehatan, ekonomi dan sosial yang signifikan pada populasi daerah endemik. Secara global, perkiraan jumlah DALYs (*disability-adjusted life years*) meninggal karena dengue per juta pada tahun 2001 adalah sebesar 527. Di Puerto Rico, rata-rata tahunan diperkirakan 580 DALY per juta penduduk meninggal karena dengue antara 1984 dan 1994 - mirip dengan jumlah kumulatif DALY yang meninggal karena malaria, tuberkulosis, cacing usus dan cluster penyakit masa kanak-kanak di seluruh Amerika Latin dan Karibia. Data yang tersedia dari Asia Tenggara yang sebagian besar berasal dari kasus rawat inap di kalangan anak-anak jumlah penderita dengue tanpa komplikasi cukup besar. Dalam studi prospektif anak-anak sekolah di Thailand bagian utara, rata-rata penyakit dengue selama periode lima tahun adalah 465,3 DALY per juta, dengan pasien yang tidak dirawat di rumah sakit sebesar 44 - 73% dari total (WHO, 2009).

Secara global, jumlah kasus demam dengue terus meningkat dengan sangat cepat. Jumlah kasus yang dilaporkan ke Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO) pada tahun 1996-2005 hanya sekitar 0,4 juta sampai 1,3 juta dalam satu tahun. Pada tahun 2010 telah mencapai 2,2 juta dan 2015 menjadi 3,2 juta. Lima negara yang melaporkan rata-rata jumlah kasus DBD paling banyak ke WHO dalam satu tahun pada kurun waktu 2004-2010 yaitu tertinggi dari Brazil (447.446 kasus), Indonesia (129.435 kasus), kemudian disusul oleh Vietnam (91.321 kasus), Mexico (75.353 kasus) dan Venezuela (61.612 kasus) (Wirawan, 2016).

d. Patogenesis

Nyamuk *Aedes* spp yang sudah terinfeksi virus *dengue*, akan tetap infeksi sepanjang hidupnya dan terus menularkan kepada individu yang rentan pada saat menggigit dan menghisap darah. Setelah masuk ke dalam tubuh manusia, virus *dengue* akan menuju organ sasaran yaitu sel kuffer hepar, endotel pembuluh darah, nodus limpaticus, sumsum tulang serta paru-paru. Beberapa penelitian menunjukkan, sel monosit dan makrofag mempunyai peran pada infeksi ini, dimulai dengan menempel dan masuknya genom virus ke dalam sel dengan bantuan organel sel dan

membentuk komponen perantara dan komponen struktur virus. Setelah komponen struktur dirakit, virus dilepaskan dari dalam sel. Infeksi ini menimbulkan reaksi immunitas protektif terhadap serotipe virus tersebut tetapi tidak ada *cross protective* terhadap serotipe virus lainnya (Candra, 2010).

Chen, Pohan, & Sint (2009) menyatakan bahwa dua teori yang banyak dianut dalam menjelaskan patogenesis infeksi dengue adalah:

1) Hipotesis infeksi sekunder (*secondary heterologous infection theory*)

Menurut hipotesis infeksi sekunder yang diajukan oleh Suvatte (1977), sebagai akibat infeksi sekunder oleh tipe virus dengue yang berbeda, respon antibodi anamnestic pasien akan terpicu, menyebabkan proliferasi dan transformasi limfosit dan menghasilkan titer tinggi IgG antidengue. Karena bertempat di limfosit, proliferasi limfosit juga menyebabkan tingginya angka replikasi virus dengue. Hal ini mengakibatkan terbentuknya kompleks virus-antibodi yang selanjutnya mengaktivasi sistem komplemen. Pelepasan C3a dan C5a menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya cairan ke ekstrasvaskular. Hal ini

terbukti dengan peningkatan kadar hematokrit, penurunan natrium dan terdapatnya cairan dalam rongga serosa.

2) Hipotesis *immune enhancement*

Hipotesis *immune enhancement* menjelaskan menyatakan secara tidak langsung bahwa mereka yang terkena infeksi kedua oleh virus heterolog mempunyai risiko berat yang lebih besar untuk menderita DBD berat. Antibodi heterolog yang telah ada akan mengenali virus lain kemudian membentuk kompleks antigen-antibodi yang berikatan dengan Fc reseptor dari membran leukosit terutama makrofag. Sebagai tanggapan dari proses ini, akan terjadi sekresi mediator vasoaktif yang kemudian menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah, sehingga mengakibatkan keadaan hipovolemia dan syok.

e. Diagnosis

Berknaan diagnosis demam dengue (DD), Hadinegoro & Rejeki (2012) menyatakan bahwa secara laboratoris pada fase akut (awal demam) akan dijumpai jumlah leukosit normal, kemudian menjadi leukopenia selama fase demam. Jumlah trombosit pada umumnya normal, demikian pula semua faktor

pembekuan; tetapi pada saat epidemi, dapat dijumpai trombositopenia. Serum biokimia pada umumnya normal, namun enzim hati dapat meningkat. Manifestasi klinis DD menyerupai berbagai penyakit, misalnya infeksi virus chikungunya, demam tifoid, leptospirosis, dan malaria. Diagnosis dapat dibantu dengan pemeriksaan serologis atau isolasi virus.

f. Penatalaksanaan Dengue Fever

Berkenaan dengan penatalaksanaan demam dengue, Hadinegoro & Rejeki (2012) menyatakan bahwa pada fase demam pasien dianjurkan:

- 1) Tirah baring, selama demam.
- 2) Obat antipiretik atau kompres hangat diberikan apabila diperlukan.
- 3) Untuk menurunkan suhu menjadi  $< 39^{\circ}$  C, dianjurkan pemberian parasetamol. Asetasol/salisilat tidak dianjurkan (indikasi kontra) oleh karena dapat menyebabkan gastritis, perdarahan, atau asidosis.
- 4) Dianjurkan pemberian cairan dan elektrolit per oral, jus buah, sirup, susu, disamping air putih, dianjurkan paling sedikit diberikan selama 2 hari.

- 5) Monitor suhu, jumlah trombosit dan hematokrit sampai fase konvalesens.

Lebih lanjut dinyatakan bahwa pada pasien DD, saat suhu tubuh turun pada umumnya, merupakan tanda penyembuhan. Meskipun demikian semua pasien harus diobservasi terhadap komplikasi yang dapat terjadi selama 2 hari setelah suhu turun. Hal ini disebabkan oleh karena kemungkinan kita sulit membedakan antara DD dan DBD pada fase demam. Perbedaan akan tampak jelas saat suhu tubuh turun, yaitu pada DD akan terjadi penyembuhan sedangkan pada DBD terdapat tanda awal kegagalan sirkulasi (syok). Komplikasi perdarahan dapat terjadi pada DD tanpa disertai gejala syok (Hadinegoro & Rejeki, 2012).

## **B. Penelitian Terdahulu**

Beberapa penelitian yang relevan dengan penelitian ini, diantaranya adalah:

1. Sunarto & Dewi (2016)

Penelitiannya berjudul: “Membangun Tata Kelola Klinis Melalui *Clinical Pathway* Demam Berdarah *Dengue* RSUD Rizki Amalia Medika”. Penelitian merupakan penelitian kualitatif di Rumah Sakit Rizki Amalia Medika. Data diperoleh dari catatan medis, standar pelayanan medis dan laporan rumah sakit, dan wawancara.

Analisis data dilakukan dengan teknik analisis data kualitatif. Hasil penelitian didapatkan:

- a. Clinical pathway demam berdarah dengue berdasarkan hasil kesepakatan staf medis dan paramedis di RSUD Rizki Amalia Medika adalah suatu template yang memuat informasi tentang: 1) No CP, tanggal berlaku, dan nomor revisi; 2) Nama pasien, No. RM, tanggal lahir, dan catatan khusus; 3) Informasi pelayanan tiap hari selama 6 hari, meliputi: penilaian dan pemantauan medis, penilaian dan pemantauan keperawatan, pemeriksaan penunjang, terapi, diet, dan penilaian sebelum pasien diijinkan pulang; dan 4) Variasi pelayanan yang diberikan, disertai dengan tanggal, alasan dan tanda tangan; 5) Tanggal masuk dan tanggal keluar; 6) Diagnose utama dan diagnose penyerta, disertai dengan Kode ICD 10.
- b. Tata kelola klinis yang baik yang perlu dibangun di RSUD Rizki Amalia Medika antara lain menyangkut: kegiatan audit klinis, efektivitas klinis, dan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah dalam hal fokus penelitian yang diteliti. Pada penelitian ini, pembahasan difokuskan pada implementasi clinical pathway, kepatuhan tenaga medis yang terkait dengan *clinical pathway*, serta kendala dan

langkah-langkah mengatasi kendala yang dihadapi oleh tenaga medis dalam penerapan implementasi *clinical pathway*. Adapun persamaannya adalah dalam hal pembahasan mengenai *clinical pathway* demam berdarah dengue dan metode penelitian yang digunakan.

2. Nurfarida, Yoga, & Agusno (2014)

Penelitiannya berjudul: “Efektivitas Pelayanan Selama Penerapan *Clinical Pathway* Skizofrenia Rawat Inap di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental quasi dengan pendekatan kualitatif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai keefektifan penerapan jalur klinis dan pelayanan pasien selama tiga bulan penerapan jalur klinis untuk skizofrenia pada rawat inap di Rumah Sakit Sardjito, Yogyakarta. Data untuk penelitian ini diperoleh dari sumber primer dan sekunder.

Hasil penelitian didapatkan proses pelayanan pasien skizofrenia rawat inap di RSUP Dr. Sardjito selama penerapan *clinical pathway* belum efektif. Hal ini dapat diketahui dari kelengkapan pengisian *form clinical pathway* skizofrenia rawat inap hanya 33,11% yang disebabkan oleh informasi tentang penerapan *clinical pathway* belum sepenuhnya sampai kepada informan penelitian dan disain *form* yang terlalu kecil, konsep perencanaan sesuai *clinical pathway* dalam

layanan skizofrenia rawat inap belum diterapkan dengan baik, upaya verifikasi dan validasi layanan yang dilakukan PPDS oleh psikiater belum dilakukan secara konsisten dan terdokumentasi.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah dalam metode penelitian, dimana dalam penelitian ini digunakan deskriptif kualitatif. Perbedaan lain adalah dalam penelitian ini dibahas efektivitas pelayanan setelah diterapkan clinical pathway, sedangkan dalam penelitian yang dilakukan difokuskan pada implementasi clinical pathway. Selain itu, juga penelitian dilakukan terhadap Skizofrenia dan pada penelitian yang dilakukan adalah demam berdarah dengue. Adapun persamaannya adalah dalam teknik analisisnya, yaitu analisis kualitatif.

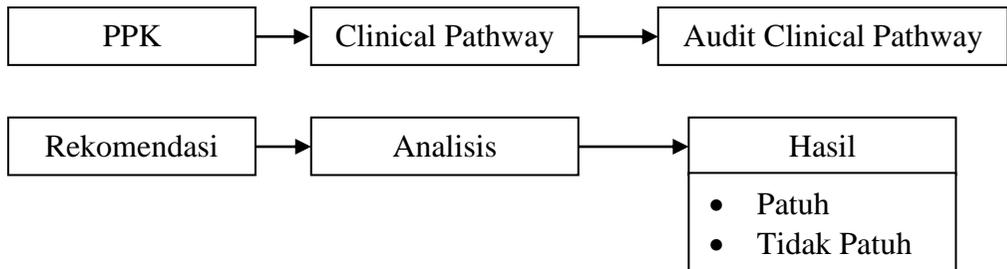
### 3. Pinzon *et al* (2009)

Penelitiannya berjudul: “Clinical Pathway dalam Pelayanan Stroke Akut: Apakah Pathway Memperbaiki Proses Pelayanan?”. Metode penelitian ini adalah analisis after-before, dengan membandingkan proses dan hasil pasien stroke non hemoragik sebelum dan sesudah penerapan jalur uji coba. Data didapat secara acak dari rekam medis penderita stroke. Data dianalisis secara deskriptif.

Hasil penelitian didapatkan *clinical pathway* merupakan salah satu perangkat yang digunakan untuk memperbaiki proses pelayanan. *Clinical pathway* yang dibuat sebagai daftar tilik akan berfungsi sebagai reminder, dan merupakan perpanjangan tangan sebuah standar pelayanan medik. Hasil uji coba menunjukkan *pathway* memperbaiki proses pelayanan stroke. Penelitian lebih lanjut sedang berjalan untuk menilai efektivitas *pathway* dalam memperbaiki luaran stroke.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah dalam hal metode penelitian, dan fokus penelitian, dan teknik pengumpulan data. Pada penelitian ini, metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Pada penelitian ini, pembahasan difokuskan pada implementasi *clinical pathway*, kepatuhan tenaga medis yang terkait dengan *clinical pathway*, serta kendala dan langkah-langkah mengatasi kendala yang dihadapi oleh tenaga medis dalam penerapan implementasi *clinical pathway*. Pengumpulan data dilakukan, selain data sekunder, juga dilakukan dengan menggunakan wawancara dengan informan penelitian. Adapun persamaannya adalah dalam hal analisis datanya menggunakan deskriptif kualitatif.

### C. Kerangka Konsep



**Gambar 2. 3 Kerangka Konsep**

### D. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi *clinical pathway* dengue di RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman?
2. Bagaimana kepatuhan tenaga medis yang terkait dengan *clinical pathway* dengue di RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman?
3. Bagaimana kendala yang dihadapi oleh tenaga medis dalam penerapan implementasi *clinical pathway* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman?
4. Bagaimana langkah-langkah dalam mengatasi kendala yang dihadapi oleh tenaga medis dalam penerapan implementasi *clinical pathway* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman?