

EFEKTIVITAS PELAYANAN SELAMA PENERAPAN *CLINICAL PATHWAY* SKIZOFRENIA RAWAT INAP DI RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA

SERVICE EFFECTIVENESS DURING THE APPLICATION OF CLINICAL PATHWAY FOR SCHIZOPHRENIA IN SARDJITO HOSPITAL YOGYAKARTA

Ika Nurfarida, Bambang Hastha Yoga, Mahar Agusno
Pendidikan Dokter Spesialis Jiwa, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada/RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

ABSTRACT

Background Clinical pathway is a requirement for quality and cost control, especially on cases potentially exhausting on available resources. Schizophrenia is a mental disorder with a potency to exhaust available resources, therefore requires evaluation for its service effectiveness.

Method and Aims This study was a quasi experimental study with qualitative approach. The aims of this study were to assess the effectiveness of clinical pathway application and patient service during three months application of clinical pathway for schizophrenia in the inpatient service in Sardjito Hospital, Yogyakarta. The data for this study was obtained from both primary and secondary sources.

Result: Our results showed that the preparation phase for the clinical pathway was appropriate with guideline provide for clinical pathway development in Sardjito Hospital. Nevertheless the application was still ineffective. The completeness of the clinical pathway forms was only 33.11%. This was because the information about the clinical pathway application was not properly disseminated to the informant. The design of the forms was difficult to read due to its small fonts. The planning concepts for the inpatient service for schizophrenia according to the clinical pathway had not well applied. The verification and validation of the service provided by the residents in training by home psychiatrist were not consisted and were not well documented.

Conclusion: To solve this, dissemination of the clinical pathway with personal approach is required. The design of the clinical pathway needs also to be improved. Commitment of each members of the multidisciplinary team needs to be improved so that the application of the planning concept and patient service for schizophrenia can fulfill the clinical pathway and the minimum service requirement.

Keywords: effectiveness, clinical pathway, schizophrenia

ABSTRAK

Latar Belakang; *Clinical pathway* adalah syarat utama kendali mutu dan biaya terutama pada kasus yang berpotensi menghabiskan sumber daya yang besar. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang menghabiskan sumber daya besar sehingga perlu dievaluasi efektivitas pelayanannya.

Metode dan Tujuan: Penelitian yang mempergunakan rancangan penelitian kuasi eksperimental dengan pendekatan kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas proses pelayanan pasien selama tiga bulan penerapan *clinical pathway* skizofrenia rawat inap di RSUP Dr. Sardjito. Sumber data diperoleh dari sumber data primer dan sekunder.

Hasil: 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 psikiater terhadap layanan yang dilakukan PPDS belum konsisten dan terdokumentasi. Kesimpulan: Perlu dilakukan sosialisasi tentang *clinical pathway* dengan pendekatan personal, penyempurnaan disain *form clinical pathway*, dan peningkatan komitmen masing-masing anggota tim multidisiplin agar dapat diterapkan konsep perencanaan dan pelayanan pasien skizofrenia rawat inap sesuai dengan *clinical pathway* dan standar pelayanan minimal.

Kata Kunci: efektivitas, *clinical pathway*, skizofrenia

PENGANTAR

Rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan layanan yang aman, bermutu dan terjangkau^{1,2}, yang dapat diketahui dari perbandingan persepsi harapan dan layanan yang dirasakan pasien, kesesuaian layanan dengan standar pelayanan medis dan *clinical pathway* yang disepakati.^{3,4,5,6}

Clinical pathway merupakan konsep pra perawatan yang disusun berdasarkan standar prosedur dari setiap profesi yang mengacu pada standar pelayanan dari profesi masing-masing, disesuaikan dengan strata sarana pelayanan rumah sakit.^{7,8} *Clinical pathway* merupakan salah satu persyaratan utama pengendali biaya dan pengendali mutu layanan pasien dalam sistem pembayaran berdasarkan *case-mix* INA-CBGs, terutama pada kasus terbanyak dan berpotensi menghabiskan sumber daya yang besar, seperti skizofrenia.^{7,9}

Berbagai hambatan yang dihadapi dalam pengembangan *clinical pathway* di layanan kesehatan jiwa antara lain kegagalan mengintegrasikan dokumentasi ke dalam *clinical pathway*, yang dapat diketahui melalui upaya *monitoring* dan evaluasi penerap-

an yang sudah dilakukan.^{10,11,12} Di dalam penerapan *clinical pathway* diperlukan *monitoring* dan evaluasi terhadap kesesuaian tahapan proses pengembangan, aktivitas yang diterapkan, dan realisasi tujuan yang diharapkan, namun seringkali terdapat keterbatasan waktu observasi, sistem dokumentasi rekam medis, serta pelaporan monitoring standar pelayanan medis.^{13,14}

Pelayanan kesehatan jiwa, seringkali terlambat merespon perubahan, termasuk dalam pengembangan *clinical pathway*, sehingga praktisi kesehatan jiwa sering kesulitan dalam menghadapi standarisasi akreditasi layanan yang terus berkembang.¹⁵ Pengembangan dan penerapan *clinical pathway* skizofrenia rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito diharapkan dapat menjadi salah satu instrumen dalam upaya peningkatan mutu layanan pasien skizofrenia rawat inap sesuai standar akreditasi rumah sakit internasional dan proses pembelajaran sistem pelayanan sebagai rumah sakit pendidikan.

Beberapa indikator yang dapat digunakan sebagai alat ukur keberhasilan penerapan *clinical pathway* antara lain kelengkapan pengisian *form clinical pathway*, analisis variasi layanan, dan beberapa indikator mutu layanan seperti ketepatan jam *visite* psikiater sesuai standar pelayanan minimal, rata-rata lama rawat inap pasien skizofrenia, dan ketenangan pasien gaduh gelisah tidak lebih dari 48 jam sejak pasien diterima di Instalasi Gawat Darurat.^{15,16,17,18}

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini mempergunakan rancangan penelitian kuasi eksperimental dengan pendekatan kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui

efektivitas proses pelayanan pasien selama tiga bulan penerapan *clinical pathway* skizofrenia rawat inap di RSUP Dr. Sardjito. Sumber data diperoleh dari sumber data primer dan sekunder. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Inap IV RSUP Dr. Sardjito, yang mempunyai kapasitas kapasitas satu kamar ruang VIP, satu kamar utama, dua ruang kelas perawatan wanita, dan tiga ruang kelas perawatan pria. Ruang isolasi sebanyak dua ruang dan ruang tindakan satu ruang.

Sumber daya manusia yang terlibat dalam pelayanan pasien skizofrenia rawat inap di IRNA IV RSUP Dr. Sardjito pada periode penelitian terdiri dari beberapa tenaga profesional, yaitu 12 orang psikiater, 2 orang psikolog, 1 orang sosiolog, 13 perawat, dan 8 orang PPDS stase bangsal. Peran tim multidisiplin dalam proses pengembangan *clinical pathway* sangat penting, terutama pada negara-negara dengan sumber daya terbatas. Data tentang pemanfaatan sumber daya seperti alur proses *layanan (pathway to care)*, keterlambatan penanganan, dan akses pelayanan dokter spesialis, merupakan hal yang sangat penting dalam rencana pelayanan kesehatan.¹⁹ *Clinical pathway* merupakan suatu metode untuk memperbaiki luaran pasien yang dikembangkan oleh tim multidisiplin.¹³

Form clinical pathway disediakan di bangsal IRNA IV sejak tanggal 7 Januari 2004. Sebagai uji coba penerapan digunakan *form clinical pathway* "uji coba" sambil menunggu proses penerbitan *form clinical pathway* dari Instalasi Rekam Medis RSUP Dr. Sardjito.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan pengisian *form clinical pathway* skizofrenia

Tabel 1. Evaluasi Kelengkapan Pengisian *Form Clinical Pathway* Skizofrenia Rawat Inap di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

	Kelengkapan pengisian (%)	Petugas
1. Identitas pasien	36,2	Perawat/dokter/psikiater
2. Waktu layanan	45,0	Perawat/dokter/psikiater
3. Diagnosis	25,0	Dokter/psikiater
4. Anamnesis	77,5	Dokter/psikiater
5. Pemeriksaan fisik & neurologis	22,5	Dokter/psikiater
6. Pemeriksaan psikiatris	90,0	Dokter/psikiater
7. Pemeriksaan dan asuhan gizi	25,0	Ahli gizi
8. Pemeriksaan dan intervensi psikologis	10,0	Psikolog
9. Pemeriksaan dan intervensi sosiologis	0	Sosiolog/pekerja sosial
10. Asuhan dan tindakan keperawatan	10,0	Perawat
11. Monitoring risiko	46,6	Dokter/psikiater
12. Pemeriksaan penunjang	36,6	Dokter
13. Prosedur tindakan	13,3	Dokter/psikiater
14. Rencana pulang	13,3	Dokter/psikiater
15. Monitoring <i>outcome</i>	72,0	Dokter/psikiater/perawat
16. Monitoring komplikasi	20,0	Dokter/psikiater
17. Identitas petugas	20,0	Dokter/psikiater
Rata-rata kelengkapan pengisian	33,11	

rawat inap di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta dapat diketahui bahwa penyebab kurangnya kelengkapan pengisian *form clinical pathway* antara lain disebabkan oleh informasi tentang penerapan *clinical pathway* belum sepenuhnya sampai kepada informan penelitian dan desain *form* yang terlalu kecil, sehingga menimbulkan kesulitan pengisian.

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini sesuai dengan hasil yang didapatkan pada studi yang dilakukan pada tahun 2000 di Inggris. Studi tersebut dilakukan untuk mengukur pengaruh penggunaan *clinical pathway* pada pasien skizofrenia yang rawat inap, namun didapatkan hasil yang rudimenter karena kelengkapan pengisian formulir *clinical pathway* hanya sekitar 31%¹³.

Kasus :

Pasien wanita, 17 tahun, gangguan perilaku selama 5 tahun. Keluhan utama dibawa ke rumah sakit adalah mengamuk tanpa sebab. Diagnosis masuk rumah sakit (MRS) adalah skizofrenia residual eksaserbasi akut. Terapi yang diberikan saat MRS adalah Haloperidol drop 10 tetes (1 mg)/12 jam, Risperidone tablet 1 mg/24 jam dan Lorazepam per oral 0,5 mg/24 jam. Farmakoterapi yang diberikan tetap seperti pada saat pasien pertama kali masuk rumah sakit. Direncanakan ECT "selang-seling". Selama dalam perawatan pasien mendapatkan terapi ECT selama 9 kali pada hari ke-3, ke-4, ke- 8, ke- 15, ke-17, ke-19, ke- 26, ke-28, ke-32. Dalam catatan perkembangan harian pada dokumen rekam medis, terdokumentasi perubahan diagnosis menjadi skizofrenia katatonik pada hari perawatan ke-12, namun tidak terdokumentasi gejala-gejala katatonik pada pasien. Pasien pulang pada hari ke-35 dengan diagnosis akhir skizofrenia tak terinci. Lima belas hari kemudian pasien MRS lagi dengan diagnosis masuk skizofrenia katatonik. Terapi pada saat masuk : Risperidone per oral 1 mg/12 jam, Lorazepam per oral 0,5 mg/12 jam. Pasien mendapatkan terapi ECT 3x pada hari ke-7, 8, dan 9. Pada hari ke-14 Risperidone per oral dihentikan, diganti Injeksi Flufenazine decanoas (long acting). Pada hari ke-18 pasien mendapatkan Amitriptilin per oral 12,5 mg/24 jam. Dalam catatan perkembangan pasien tidak didapatkan keterangan indikasi pemberian Amitriptilin. Pasien pulang pada hari ke- 20, dengan diagnosis akhir skizofrenia residual in remisi. Pemeriksaan psikologis 1 kali. Visite psikiater 1 kali. Asuhan keperawatan setiap 8 jam. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan: EKG, laboratorium darah lengkap. Monitoring PANSS-EC pada hari pertama total 17, hari kedua total 15. Pada hari berikutnya, hasil monitoring tidak terdokumentasi.

Box 1. Studi kasus skizofrenia rawat inap

Berdasarkan hasil observasi dan analisis dokumentasi pada kasus di atas, didapatkan bahwa *clinical pathway* diterapkan sejak pertama pasien masuk rumah sakit. Kelengkapan pengisian *form clinical pathway* pada kasus di atas sebesar 26%. Standar pelayanan minimal *visite* psikiater maksimal pukul 10.00 setiap hari pada pasien ini tidak terpenuhi. Pada pasien ini hanya mendapatkan *visite* dokter

PPDS setiap hari dan masing-masing satu kali *visite* psikiater selama periode perawatan (periode perawatan pertama dan kedua). Standar monitoring pasien gaduh gelisah pada pasien ini tidak terpenuhi. Monitoring pasien berdasarkan PANNS-EC dilakukan hanya pada dua hari pertama perawatan, dengan total skor di atas *cut off point* sebesar 10 (dengan masing-masing komponen tidak ada nilai >3).

Berdasarkan sistematis *review* yang dilakukan oleh Lima, dkk., disebutkan bahwa skizofrenia merupakan salah satu indikasi tindakan elektrokonvulsi terapi (ECT).²⁰ Elektrokonvulsi terapi pada remaja digunakan pada kasus-kasus dengan gejala berat dan persisten yang sudah dicoba dua atau lebih farmakoterapi yang adekuat, baik dosis, jenis, maupun durasi pemberiannya, namun pada kasus di atas pemberian terapi oral belum terdokumentasi adanya evaluasi terapi yang adekuat sebelum dilakukan ECT.

Pada fase akut diperlukan farmakoterapi yang bertujuan untuk mengurangi agitasi. Farmakoterapi yang dapat digunakan pada fase akut adalah antipsikotik *short acting* injeksi tunggal maupun kombinasi dengan Benzodiazepin (Lorazepam). Antipsikotik *short acting* injeksi yang dapat digunakan pada fase akut antara lain Olanzapine, Ziprasidon, dan Haloperidol.²¹ Efek terapi pada pemberian antipsikotik injeksi intramuskular *short acting* dapat dilihat secara klinis sekitar 15–30 menit sesudah injeksi, dan kadar plasma tertinggi tercapai sekitar 30 menit. Pada pemberian per oral, kadar plasma tertinggi sesudah 2–4 jam pemberian obat.²² Pada kasus di atas, fase akut diberikan Haloperidol tetes 1 mg dan Lorazepam oral 0,5 mg. Fase akut pada episode MRS yang kedua diberikan Risperidone per oral 1 mg/12 jam dan Lorazepam oral 0,5 mg/24 jam. Tidak ada upaya monitoring harian yang terdokumentasi di dalam dokumen rekam medis maupun *form clinical pathway*. Pada hari ketiga dilakukan ECT pada pasien, tanpa bukti evaluasi efektivitas terapi yang terdokumentasi. Evaluasi efektivitas ECT juga tidak terdokumentasi dengan baik. *Discharge planing* pada kasus di atas juga tidak terdokumentasi dalam *clinical pathway* maupun lembar perkembangan harian.

Target terapi pada hari pertama masuk rumah sakit adalah memberikan okupansi yang adekuat terhadap reseptor D-2 dan menjaga agar pasien tetap nyaman tanpa efek samping. Jika tidak ada respon pada minggu pertama, harus dievaluasi dosis dan durasi terapi. Dosis terapeutik rata-rata pemberian Haloperidol sebesar 10–15 mg/hari. Dosis untuk skizofrenia kronis 20–40 mg/hari. Dosis untuk kasus resisten sampai 50–60 mg/hari. Dosis *maintenance* (tanpa kambuh) pada pasien rawat jalan bervariasi antara 0.5 sampai 5 mg/hari.²²

Berdasarkan hasil meta analisis terapi optimal pada skizofrenia tercapai pada minggu keempat sampai keenam, dan terjadi reduksi simptom pada minggu pertama pemberian terapi adekuat. Apabila tidak terjadi reduksi simptom sampai minggu kedua, perlu ditinjau kembali ketepatan diagnosis⁽²²⁾. Pada kasus di atas, *visite* oleh psikiater hanya dilakukan pada saat pertama kali pasien masuk. Hal ini menunjukkan tidak adanya upaya verifikasi dan evaluasi diagnosis kerja selama perawatan pasien di rumah sakit yang dilakukan oleh dokter Pendidikan Profesi Dokter Spesialis (PPDS).

Risperidone efektif untuk menangani pasien skizofrenia pada dosis 4–8 mg/hari. Dosis awal yang dianjurkan adalah 4 mg/hari kemudian dievaluasi selama 4–6 minggu. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 8 mg/hari jika belum menunjukkan respon klinis sesudah evaluasi.²²

Berdasarkan analisis di atas, dapat disimpulkan bahwa konsep perencanaan pasien skizofrenia dalam kasus di atas tidak diterapkan dengan baik. Pemberian Amitriptilin 12,5 mg/24 jam pada hari ke-18 perawatan tanpa ada alasan klinis yang terdokumentasi juga merupakan indikasi bahwa konsep perencanaan dan proses pelayanan pasien skizofrenia pada kasus di atas tidak dilakukan sesuai dengan standar pelayanan minimal yang sudah ditetapkan dalam *clinical pathway*.

KESIMPULAN DAN SARAN

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.

Berdasarkan hasil tersebut di atas, perlu dilakukan sosialisasi tentang *clinical pathway* dengan pendekatan personal, penyempurnaan disain *form clinical pathway*, dan peningkatan komitmen masing-masing anggota tim multidisiplin agar dapat diterapkan konsep perencanaan dan pelayanan pasien skizofrenia rawat inap sesuai dengan *clinical pathway* dan standar pelayanan minimal.

REFERENSI

1. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Kurtin P dan Stucky E, Standardize to Excellence: Improving the Quality and Safety of Care with Clinical Pathways (E-book didownload pada tanggal 28 Maret 2013 dengan kata kunci *clinical pathways dan quality*, 2013: 893–904.
4. Praptiwi A. Pengelolaan Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan, disampaikan dalam Pelatihan dan Workshop Manajemen Keperawatan di RSUD “45” Kuningan, Jawa Barat pada tanggal 13 Mei 2009.
5. Depkes, Draft Pedoman Clinical Pathway, 2005.
6. King J, *Clinical Pathways: A Guide for Clinicians*, The Royal Children’s Hospital, Melbourne, Australia, 2004.
7. Pusat Manajemen Kebijakan Kesehatan (PM-PK), di <http://www.mutupelayanankesehatan> diunduh 12 Desember 2013.
8. Rivany, Indonesia Diagnosis Related Groups, Kesmas, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 2009;4(1) Agustus
9. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.
10. Basudewa, I. D. G., Konsep Clinical Pathway untuk Penerapan INA-CBGs. Presentasi Ketua Pokja Clinical Pathway National Casemix Center Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di Rapat Kerja Asosiasi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat (Arsawakoi), Surabaya, 31 November 2013.
11. Varkey P. *Medical Quality Management: Theory and Practice*, American College of Medical Quality, 2nd Edition, 2010.
12. Panella M, Marchisio S, & Di Stanislao, F, Reducing Clinical Variations with Clinical Pathways: Do Pathways Work? *International Journal for Quality in Health Care*, 2003;5:509–521.
13. Marchisio S, Vanetti M, Valsesia R, Carnevale L, Panella M. Effect of Introducing a Care Pathway to Standardize Treatment and Nursing of Schizophrenia, *Community Ment Health J*, 2009;45:255–9.
14. World Health Organization, *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans*. Geneva (Mental Health Policies and Service Guidance Package), 2007.

15. Dykes PC, Psychiatric Clinical Pathways, An Interdisciplinary Approach, An Aspen Publication, Maryland, 1998.
16. Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jogersen P, Musalek M, Rossler W, et al., EPA Guidance on The Quality of Mental Health Services, *European Psychiatry*, 2012;27:87-113.
17. Rogers RE, Improving Quality of Care for Psychiatric Patients in Emergency Department, A Manuscript Master of Nursing, Washington State University, Department of Nursing, 2011.
18. Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
19. Lund C, Oosthuizen P, Flisher AJ, Emsley R, Stein DJ, Botha U, Koen L, Joska J, Pathways to Inpatient Mental Health Care Among People With Schizophrenia Spectrum Disorders in South Africa, *Psychiatrics Service*, March 4, 2010;61(3).
20. Lima N, Nascimento VB, Peixoto JAC, Moirena MM, Neto M, Almeida, JC, dkk. Electroconvulsive Therapy Uses in Adolescents: A Systematic Review, *Annals of General Psychiatry*, 2013;12:17.
21. Meltzer H, Bobo W, Hecker SH, Fatemi, HS, Schizophrenia in Current Diagnosis and Treatment *Psychiatry*, Second Edition, 2008.
22. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Schizophrenia and Other Psychotic Disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition, 2009.