

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Rumah Sakit dalam penyelenggaraannya harus melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan umum dan pelayanan medis, baik melalui akreditasi, sertifikasi ataupun proses peningkatan mutu lainnya (Pedoman penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit, Depkes RI 2008). Mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pelanggan dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Bustami,2011).

Mutu pelayanan kesehatan adalah intervensi terintegrasi kepada pasien atau pelanggan secara aman dan sesuai standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang terlatih sehingga kebutuhan pelanggan dapat terpenuhi dan mencapai derajat kesehatan yang optimal. Mutu pelayanan keperawatan profesionalitas yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu : *reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy* (Munijaya 2011). merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan (Asmuji, 2012).Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan harus mampu bersaing dan bertahan dalam persaingan, dengan cara memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pasien atau pelanggan (*customer satisfaction*).

Mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien dipengaruhi oleh kinerja SDM yang ada di rumah sakit tersebut, Kegiatan pelayanan kesehatan tergantung pada kualitas dan kuantitas tenaga keperawatan yang bertugas 24 jam terus menerus di unit perawatan (Suyanto, 2009). Perawat merupakan

kelompok profesi dengan jumlah terbanyak di rumah sakit, paling depan dan terdekat dengan pasien dan keluarganya (Nursalam 2015). Pelayanan keperawatan di rumah sakit menuntut adanya peningkatan kualitas serta profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan. Mutu pelayanan keperawatan merupakan sikap profesional perawat untuk meningkatkan mutu sehingga tercipta rasa puas pada pasien dalam memberikan perasaan nyaman pada proses penyembuhan pasien.

Kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam, sulit diukur, dapat berubah – ubah serta banyak faktor yang berhubungan dengan dimensi manusia. Pengaruh faktor mutu pelayanan (aspek kompetensi teknis, aspek pelayanan, efektifitas, efisiensi, hubungan antar manusia, keamanan, kenyamanan dan kesinambungan terhadap kepuasan pasien (Satrianegara 2014). Mutu pelayanan kesehatan menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas diri setiap pasien, makin sempurna kepuasan tersebut makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Pohan, 2007). Pelayanan di rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan profesional tidak terkecuali perawat sebagai ujung tombak pelayanan dalam upaya membantu mengatasi masalah pasien dalam aspek bio-psiko-sosial-spiritual.

Perawat profesional adalah Perawat yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.(Depkes RI,2002). Perawat Profesional sebagai pemberi asuhan keperawatan, pembuat keputusan klinis, advokat pada klien, manager kasus,rehabilitator,komunikator,pemberi kenyamanan, penyuluh, kolaborator edukator, konsultan dan pembaru. Peran profesionalisme perawat sangat di perlukan dalam standarisasi dari proses asuhan klinis, mengurangi resiko terutama hal-hal yang terkait dengan langkah pengambilan keputusan kritis, memberikan asuhan klinis tepat waktu, cara yang efektif dengan menggunakan sumber daya secara efisien, serta secara konsisten menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi yang berbasis pada bukti (*evidence*

-based). *Clinical Pathway* (CP) adalah alat yang bermanfaat untuk memastikan adanya integrasi dan koordinasi yang efektif dari pelayanan dengan menggunakan secara efisien sumber daya yang ada (Indonesia, 2011).

CP adalah rencana asuhan yang dikembangkan dari kolaborasi antara dokter, perawat, dokter umum, terapis okupasional, farmasi, terapis bicara, *casemanajer* dan petugas kesehatan lain yang terlibat di dalamnya (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008). *Integrated Care Pathway* (ICP) atau dikenal juga dengan nama lain seperti *Clinical Pathway*, *Critical Care Pathway*, *Coordinated Care Pathway*, atau *Caremaps*. ICP pertama kali digunakan pada tahun 1985 oleh Zander dkk di New England Medical Centre, Boston, kemudian diadopsi oleh rumah sakit di Arizona, Florida, dan Rhode Island di USA pada tahun 1986-1988. Australia dan UK mulai mengaplikasikan ICP ini pada tahun 1989 dan pada pertengahan tahun 1990 mulai berkembang ke Negara-negara di Afrika dan Asia seperti South Afrika, Saudi Arabia, Jepang, Korea, dan Singapura .

CP yang dikembangkan di Inggris berbeda dengan USA (Currie dan Harvey, 1997, dalam Bleser dkk, 2006). Di USA konsep CP digunakan untuk keseimbangan biaya dan kualitas dari perawatan, sedangkan di Inggris CP merupakan serangkaian perawatan pasien yang ingin dicapai untuk menuju hasil yang diinginkan. Selama tahun 1990, *nursing care pathways* disusun menjadi *Integrated Care Pathway*, dengan menggabungkan semua aspek yang ada pada perawatan termasuk rencana perawatan dari semua disiplin ilmu yang terlibat di dalamnya (Zander, 1988 dalam Bleser dkk, 2006).

CP di Rumah Sakit Indonesia diterapkan pada tahun 2006 dirancang untuk meminimalkan keterlambatan, meningkatkan penggunaan sumber yang tersedia dan memaksimalkan kualitas perawatan. CP dapat mendukung pelaksanaan *casemix* untuk menurunkan keragaman dari perawatan, meningkatkan homogenitas kasus, meningkatkan kualitas dari data *casemix* dan peningkatan analisa dengan *casemix* (Aljunid, Ismail, & Sulong, 2011). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan

software grouper. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Penerapan CP dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan berperan pada efektifitas biaya sesuai dengan INA – CBGs, hal berhubungan dengan perkembangan perencanaan, pelayanan yang dilakukan dokter, perawat dan petugas kesehatan lain dengan instrumen yang umum, kendali biaya dan proses evaluasi dari pengobatan (Romeyke, 2012).

Penelitian Anwal dan Caldwell (2002) tentang *Do Multidisciplinary Integrated Care Pathways Improve Interprofessional Collaboration* mengambil kesimpulan bahwa beberapa temuan penting muncul dari evaluasi ini: wawancara dengan stakeholder tema kunci diidentifikasi dari wawancara dengan stakeholder adalah: Satu kendala waktu untuk mendapatkan perawatan profesional dan kolaborasi dengan multidisiplin dapat di cegah dengan menerapkan CP. Audit interprofessional penerapan CP meningkatkan kualitas perawatan seperti rencana asuhan keperawatan dibuat dalam waktu 48 jam (100%), dan tercatat dalam semua kasus (100%).

CP adalah pedoman kolaboratif untuk merawat pasien yang berfokus pada diagnosis, masalah klinis dan tahapan pelayanan atau dapat diartikan sebagai suatu alur yang menunjukkan secara detail tahap-tahap penting dari pelayanan kesehatan termasuk hasil yang diharapkan CP sebuah alur yang menggambarkan proses mulai saat penerimaan pasien hingga pemulangan pasien dimana dalam pelaksanaannya menggabungkan standar asuhan keperawatan yang memperhatikan aspek individu dari pasien. Perawat sebagai profesi dan tenaga profesional bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangannya yang dikelola secara profesional demi peningkatan mutu pelayanan yang merupakan salah satu indikator manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang serta pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan (Muninjaya, 2004). Huber (2000) menyatakan bahwa

pengorganisasian adalah memobilisasi sumber daya manusia dan material dari lembaga untuk mencapai tujuan, memobilisasi sumber daya manusia dan material dari lembaga untuk mencapai tujuan organisasi, dapat juga untuk mengidentifikasi antara hubungan yang satu dengan yang lain. Pengorganisasian dapat dilihat secara statis dan dinamis. Secara statis merupakan wadah kegiatan sekelompok orang untuk mencapai tujuan, sedangkan secara dinamis merupakan suatu aktivitas dari tata hubungan kerja yang teratur dan sistematis untuk mencapai tujuan tertentu (Suarli dan Bahtiar, 2009). Marquis dan Huston (2010) menyatakan bahwa pada pengorganisasian hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan.

CP membuat perawatan pasien terorganisir dan efisien berdasarkan praktek berbasis bukti dan mengoptimalkan hasil dalam pengaturan perawatan. Proses Keperawatan digunakan sebagai kerangka kerja dalam pembuatan CP. Dalam membuat CP, proses keperawatan digunakan sebagai kerangka kerja. Proses keperawatan memberikan *template* untuk keberhasilan gabungan dari orientasi pada pasien, kesepakatan dalam manajemen pengobatan yang dihasilkan untuk memperbaiki pelayanan dengan meningkatkan pasien *safety* dan biaya yang efektif (Calhoun, 2000)

Berti, Hendriks, Brandes, Deaton, Crijns, Camm, dkk (2013) dalam penelitiannya mengenai Digital CP pada pasien dengan *atrial fibrillation* pada tahun 2011 yang dilakukan di Belgia mengungkapkan bahwa *Interdisciplinary CP* merupakan pengorganisasian perawat dengan menggunakan proses perawatan secara menyeluruh (dari pengkajian yang komprehensif sampai evaluasi dari pelaksanaan rencana perawatan) yang dinyatakan ke dalam perawatan dan dipercaya dapat mempercepat perawatan pasien dengan mengoptimalkan sumber pelayanan kesehatan. CP terintegrasi dari perawat dan dokter bertujuan untuk menurunkan varians pada praktek klinis, meningkatkan standar klinis dari perawatan dan memfasilitasi panduan pelaksanaan bagi tim kesehatan lainnya, mencegah duplikasi, perawat dan dokter untuk menggunakan waktu dengan baik dalam mengelola penyakit.

Penerapan CP yang menggambarkan asuhan pelayanan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berkolaborasi dengan multidisiplin lain untuk proses penyembuhan pasien sejalan dengan Teori Caring Swanson (1991 dalam Potter & Perry 2009) tentang *Maintaining Belief, Knowing, Being With, Doing For dan Enablings*. Proses caring yang terdiri dari bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidup.

Perawat ikut serta dalam pengembangan CP menjadi langkah pertama karena perawat berada selalu dekat dengan pasien dan perawat mengawali dan mengakhiri rangkaian dari keterlibatan dalam asuhan keperawatan, perawat memiliki perspektif unik yang dapat meningkatkan atau menghalangi dalam memberikan pelayanan. Penelitian yang dilakukan oleh Kim, Chang, Kim, Song dan Kim (2014) di Korea berjudul "*Continuous Improvements of a Clinical Pathway Increased Its Feasibility and Improved Care Providers' Perception in TKA*" menunjukkan hasil angka kejadian *dropout* dari CP menurun pada tahun 2010 dari pada 2013 dengan nilai $p=0.004$. Tingkat kepuasan petugas kesehatan (dokter dan perawat) pada tahun 2010 dan 2013 menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai $p = 0,04$ dan $p < 0,001$ sedangkan pada perawat secara keseluruhan $p = 0,538$. Pendapat perawat mengenai CP dapat memfasilitasi untuk perpindahan pasien meningkat (43% vs. 71%, $p=0.027$). Persepsi negatif petugas kesehatan mengenai CP menurun dari tahap yang pertama dengan nilai $p = 0,017$, dan terdapat 83% penelitian ini menyebabkan perawat menetapkan CP. Selain itu ada bukti peningkatan jumlah penilaian dan asesmen ulang didata dan dilaksanakan dalam jangka waktu yang telah disepakati dari CP (terapi okupasi, gizi, dll).

CP dilaksanakan dengan baik, maka proses pengumpulan data-data penting yang diperlukan rumah sakit dapat dilakukan dengan mudah, menurunkan beban dokumentasi dokter serta perawat, dan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Jochen Schuld et al (2014) melakukan

penelitian mengenai kepuasan pasien dan perawat dalam melakukan CP dengan dukungan IT pada tahun 2006 dan 2009. dengan *judul Impact of IT-Supported Clinical Pathways On Medical Staffsatisfaction. A Prospective Longitudinal Cohort Study* hasil penelitian menunjukkan kesimpulan: pengetahuan perawat mengenai CP meningkat dengan signifikan dari 43,4% menjadi 75,5% ($P = 0,006$). Dokter dan perawat menjadi lebih familiar dengan CP menunjukkan hasil yang signifikan 59,2% pada tahun 2006 menjadi 80,3% pada tahun 2009 ($P = 0,028$).kepuasan staf dengan IT-didukung CP perlu memperhitungkan karakteristik pekerjaan dari kelompok-kelompok profesional yang berbeda. IT-didukung CP yang mengarah ke kepuasan staf tinggi, tujuan CP secara luas dipahami oleh karyawan medis.IT didukung CP mungkin memperbaiki kepuasan staf dan meningkatkan kerja lebih efisien.

Johnson, Blaisdell, Walker dan Eggleston, (2000) pada penelitiannya yang berjudul “*Effectiveness of a Clinical Pathway for Inpatient Asthma Management*” hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang menggunakan CP dipercaya akan mengoptimalkan waktu mereka. Sementara Schuld, Schafer, Nickel, Jacob, Schilling, & Richer (2011) pada penelitiannya yang berjudul “*Impact of IT-Supported Clinical Pathways on Medical Staff Satisfaction. A Prospective Longitudinal Cohort Study*”. Hasilnya menunjukkan perawat dan dokter menjadi lebih familiar terhadap CP dengan nilai $p < 0,028$, pengetahuan mengenai konsep CP pada dokter dan perawat meningkat dengan nilai $p = 0,004$. Namun pada perawat pengetahuan mengenai konsep CP meningkat dengan signifikan dengan nilai $p = 0,006$.

Rumah Sakit X baru melaksanakan akreditasi SNARS Edisi I tahun 2018 telah lulus akreditasi paripurna dan merupakan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi terbaik di Jakarta. BOR RS X 2017 : 47,63 % dan 2018 : 56.35 % Kapasitas tempat tidur pasien rawat inap sebanyak 275 tempat tidur 14 ruang rawat inap dewasa dan anak – anak, PICU, NICU, HCU dan UPI, Instalasi gawat darurat, Unit Haemodialisa, Homecare, Instalasi rawat jalan, Ruang untuk VCT dan pelayanan pasien HIV. Jumlah perawat RS X sebanyak 485 perawat dengan jenjang karir terbanyak adalah PK I : 28,7 %

dan PK II: 24,5% .Komposisi tenaga perawat dibawah 30 th sebanyak 39 % . RS X menetapkan metode keperawatan MPKP I dengan metode tim primer.

Program pengendalian mutu asuhan keperawatan di RS X adalah Kelompok Kerja Sub Komite Mutu Keperawatan yang dibentuk untuk menjaga dan meningkatkan mutu keperawatan. Tujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat dan bidan . Program peningkatan mutu asuhan keperawatan diantaranya adalah: Mengevaluasi mutu asuhan keperawatan yang dibuat oleh masing-masing unit satuan kerja keperawatan setiap bulan yang akan diserahkan kepada Direktur Keperawatan.

Hasil angket kepuasan pasien tentang pengetahuan, ketrampilan dan sikap dari tahun 2015 sampai dengan 2018 di dapatkan hasil tahun 2015 : 87.7 %, tahun 2016 : 87.9 %, tahun 2017 : 80,1 % dan tahun 2018 : 87.1 %.

Hasil angket kepuasan pasien masih di bawah standar yaitu 90 %,sehingga masih di butuhkan peningkatan mutu pelayanan keperawatan untuk menaikkan angket kepuasan pasien. Program pengendalian mutu asuhan keperawatan menyatakan bahwa CP belum dijadikan indikator mutu keperawatan, pelaksanaan audit CP untuk keperawatan dilaksanakan belum secara optimal. CP lebih digunakan sebagai standar indikator mutu untuk medik.

Pelaksanaan CP sudah dimulai pada bulan September 2014 yaitu pada pasien yang mengalami *trans uretra resection prostat (TUR-P)*, *total knee replacement (TKR)*, *Appendectomy*, *herniorapy* dan *secio caesar (SC)* . Sebelum dirancangnya CP ini RS X membentuk Tim untuk menyusun CP dan sebagian perawat di sosialisasikan mengenai CP. CP yang disusun berdasarkan dengan kesepakatan dari tim CP. CP keperawatan menjelaskan pelaksanaan asuhan keperawatan dilaksanakan dengan melihat apa saja yang harus di kaji, diagnosa keperawatan yang akan muncul dan waktu yang ingin dicapai serta tindakan apa yang harus dilakukan oleh keperawatan.

Sampai tahun 2018 ada 9 CP yang dilakukan audit medik secara lengkap yaitu : *trans uretra resection prostat (TUR-P)*, *total knee replacement (TKR)*, *Appendectomy*, *herniorapy* dan *secio caesar (SC)*, DHF

pada dewasa, anak Thyphoid pada dewasa dan Hiperbillirubinemia pada bayi. Pelaksanaan audit secara medik untuk melihat kepatuhan LOS, kepatuhan hari operasi, kepatuhan penggunaan terapi dan penunjang medis selalu dilaksanakan . Namun untuk hasil audit keperawatan tidak optimal dilaksanakan , Hasil audit CP bulan September – Desember 2014 berdasarkan rekam medik pada CP dengan diagnosa TKR didapatkan kelengkapan masalah keperawatan 55%, tindakan keperawatan 73%, kelengkapan CET (catatan edukasi terpadu) 15%, pengkajian keperawatan 22%, pada pasien dengan diagnosa *herniotomy* didapatkan kelengkapan masalah keperawatan dan tindakan keperawatan 100%, kelengkapan CET 62%, pengkajian keperawatan 50%. Pada diagnosa *apendictony* didapatkan kelengkapan masalah keperawatan dan tindakan keperawatan 100%, kelengkapan CET 34%, pengkajian keperawatan 44 %. Pada pasien dengan TURPdidapatkankelengkapan masalah keperawatan 72%, tindakan keperawatan 100%, kelengkapan CET 50%, pengkajian keperawatan 50%.

Hasil audit Tahun 2015 pada kejadian Diagnosa DBD didapatkan kelengkapan masalah keperawatan dan tindakan keperawatan 100%, kelengkapan CET 89%, pengkajian keperawatan 89%. Pada diagnosa *thypoid* didapatkan kelengkapan masalah keperawatan dan tindakan keperawatan 100%, pengkajian keperawatan 100 %, kelengkapan CET 85,7%. Hasil audit Periode Tahun 2016 dan 2017 tidak dilakukan audit CP untuk kelengkapan asuhan keperawatan, tindakan keperawatan dan CET. Periode tahun 2018 untuk kelengkapan asuhan keperawatan, tindakan keperawatan dan CET hanya diambil sampel 10 pasien secara acak dari 9 CP yang dilakukan audit. Belum optimalnya pelaksanaan CP, audit keperawatan yang baku untuk clinical pathway ,dan setiap clinical pathway belum ada edukasi khusus untuk setiap penyakit.Dengan data yang ada peneliti ingin meneliti bagaimana pengaruh penerapan clinical pathway dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif untuk mningkatkan mutu asuhan keperawatan dan kepuasan pasien.

1.2. Perumusan Masalah

Rumah Sakit X baru saja menyelesaikan akreditasi SNARS I dengan tingkat kelulusan paripurna. Dengan kelulusan paripurna dapat dikatakan bahwa tingkat dan harapan pasien atau keluarga terhadap suatu mutu pelayanan kesehatan semakin meningkat sehingga perlu perhatian untuk mempertahankan mutu dan kepuasan pasien.

Hasil angket kepuasan pasien masih belum mencapai standar yang diharapkan 90 %. Mutu dan Kepuasan pasien akan semakin meningkat bila rumah sakit melakukan standarisasi pelayanan yang berfokus pada pasien (PCC) dan membuat rancangan pelayanan melalui CP. Pelaksanaan CP sudah dimulai pada bulan September 2014 yaitu pada pasien yang mengalami *trans uretra resection prostat (TUR-P)*, *total knee replacement (TKR)*, *Appendectomy*, *herniorapy* dan *secio caesar (SC)* , sampai tahun 2018 ada 9 CP yang dilakukan audit medik secara lengkap yaitu : *trans uretra resection prostat (TUR-P)*, *total knee replacement (TKR)*, *Appendectomy*, *herniorapy* dan *secio caesar (SC)*, DHF pada dewasa, anak Thyphoid pada dewasa dan Hiperbillirubinemia pada bayi.

Ketika Profesi keperawatan dilibatkan dalam pelaksanaan CP kebanyakan tidak tahu apa yang harus dimasukkan dalam templete CP. Asuhan keperawatan belum berfokus pada kekhususan pasien, lama hari rawat inap yang belum sesuai, edukasi khusus yang diberikan pada pasien belum sesuai dengan penyakitnya dan CP belum menjadi indikator mutu asuhan keperawatan .Kondisi itulah yang menjadikan konsep CP yang berkembang di rumah sakit, isinya didominasi oleh profesi tertentu, sementara perawat yang berada di sisi pasien selama 24 jam hampir tidak terlihat peran sertanya dalam CP.

Berdasarkan beberapa fakta yang telah dipaparkan dan fenomena dilapangan CP dalam asuhan keperwatan belum berjalan secara optimal, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Pengaruh Peningkatan Penerapan *Clinical Pathway* Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan dan Kepuasan pasien Di Rumah Sakit X di Jakarta.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Dinilai apakah ada Pengaruh peningkatan penerapan *clinical pathway* pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 : Diidentifikasi karakteristik : umur, jenis kelamin dan diagnosis pasien diantara Unit penelitian (Unit sebagai kelompok intervensi dan sebagai unit kelompok kontrol)
- 1.3.2.2 : Mengidentifikasi karakteristik : umur dan lama kerja perawat pelaksana CP diantara unit penelitian (unit untuk kelompok intervensi dan unit kelompok kontrol)
- 1.3.2.3 : Menilai perbedaan penerapan CP di unit penelitian terpilih (kontrol dan intervensi) sebelum penelitian dilakukan .
- 1.3.2.4 : Menilai perbedaan nilai mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan asuhan keperawatan pada pasien di unit penelitian terpilih (Kontrol dan Intervensi) sebelum penelitian
- 1.3.2.5 : Menilai perbedaan penerapan CP di unit penelitian terpilih (kontrol dan intervensi) sesudah penelitian dilakukan
- 1.3.2.6 : Menilai perbedaan penerapan CP di unit penelitian terpilih sebagai unit intervensi sebelum dan sesudah penelitian .
- 1.3.2.7 : Menilai perbedaan penerapan CP di unit penelitian terpilih sebagai unit penelitian terpilih sebagai kontrol sebelum dan sesudah penelitian
- 1.3.2.8 : Menilai perbedaan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien di unit intervensi sebelum dan sesudah intervensi
- 1.3.2.9 : Menilai perbedaan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien di unit kontrol sebelum dan sesudah penelitian
- 1.3.2.10 : Menilai perbedaan mutu asuhan keperawatan dan kepuasan pasien setelah peningkatan penerapan CP diantara unit

intervensi dan kontrol sesudah penelitian

- 1.3.2.11 : Mengidentifikasi faktor karakteristik kasus / pasien, perawat dan peningkatan penerapan CP mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien
- 1.3.2.12. : Menilai pengaruh intervensi terhadap mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Pelayanan Keperawatan

- 1.4.1.1. Tercapainya peningkatan mutu pelayanan keperawatan pada audit CP sesuai dengan tuntutan akreditasi rumah sakit.
- 1.4.1.2. Terlaksananya dokumentasi audit CP untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien.
- 1.4.1.3. Memacu kinerja perawat dalam program pengendalian mutu dan meningkatkan kearah yang lebih baik sesuai dengan tuntutan akreditasi rumah sakit.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan pengembangan dan menambah kepustakaan bagi institusi pendidikan dalam menerapkan mutu asuhan keperawatan dan kepuasan pasien dari pelaksanaan intervensi CP.

1.4.3. Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat memperkaya wawasan ilmu pengetahuan terkait pelaksanaan CP untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien dan dapat dikembangkan sebagai dasar penelitian berikutnya.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan kuasi ekperimental dengan kontrol group pretest – posttest design. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh peningkatan penerapan clinical pathway pada mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien di RS X

Jakarta dikarenakan CP, merupakan bagian penting dokumen dan *tools* dalam mewujudkan *Good ClinicalGovernance* di rumah sakit. CP juga menjadi salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam Standar Akreditasi RS versi KARS 2012.

Penelitian ini akan dilakukan pada Bulan Maret 2019 – Juni 2019 Pengambilan sample dilakukan pada perawat dan pasien yang di intervensi dengan clinical pathway *trans uretra resection prostat (TUR-P)*, *total knee replacement (TKR)*, *Appendictomy*, *herniorapy* , DHF pada dewasa dan *Thyphoid* pada dewasa. Landasan teori konsep keperawatan yang mendasari penelitian ini adalah Teori Caring Swanson.