

HUBUNGAN PELAKSANAAN CLINICAL PATHWAY TERHADAP LAMA RAWAT INAP DAN KEJADIAN FATAL PASIEN SINDROMA KORONER AKUT

Novi Ayuwardani
STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

ABSTRAK

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan penyakit kardiovaskuler yang utama menyebabkan kematian hingga tahun 2020. Tingginya angka morbiditas dan mortalitas pasien SKA makadiperlukan strategi yang meringkas standar tatalaksana terapi yang dikenal dengan *clinical pathway*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan pelaksanaan *clinical pathway* berdasarkan lembar penilaian *clinical pathway* terhadap lama rawat inap dan kejadian fatal pada pasien SKA. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* pada pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Bahan yang digunakan adalah catatan medik pasien SKA. Alat yang digunakan adalah lembar pengumpul data dan lembar penilaian *clinical pathway* SKA. Pengambilan data secara retrospektif (Februari–Juli 2014) dan prospektif (Agustus–September 2014). Subyek penelitian berjumlah 102 pasien yang terbagi 2 kelompok yakni kelompok variasi dan kelompok tapanvari asi. Variasi diperoleh dari ketidaksesuaian berjumlah satu/lebih dari tatalaksana terapi pada lembar penilaian *clinical pathway* dalam 24 jam pertama perawatan di ICCU. Analisa data meliputi analisa hubungan lama rawat inap terhadap pelaksanaan *clinical pathway* pada kedua kelompok menggunakan uji *chi-square* dan analisa hubungan kejadian fatal (kematian, gagal jantung, stroke, dan reinfark) terhadap pelaksanaan *clinical pathway* pada kedua kelompok menggunakan uji Fisher Exact Test.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan *clinical pathway* yang berdasarkan lembar penilaian *clinical pathway* tidak terdapat hubungan terhadap lama rawat inap dan angka kejadian fatal pada pasien SKA ($p > 0,05$) di ICCU Dr. Sardjito Yogyakarta dan secara umum tatalaksana terapi dalam 24 jam pertama telah sesuai dengan *clinical pathway* pasien SKA.

Kata Kunci : *Clinical Pathway*, Lama Rawat Inap, Kejadian Fatal, Sindroma Koroner Akut

Pendahuluan

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah salah satu manifestasi klinis Penyakit Jantung Koroner (PJK) yang utama dan paling sering mengakibatkan kematian (Departemen Kesehatan, 2006). SKA yang terdiri atas infark miokard dengan atau tanpa elevasi segmen ST merupakan gangguan yang mengancam dengan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi meskipun penatalaksanaan terapi SKA telah berkembang (Kolansky, 2009). Secara global pada tahun 2010, penyakit jantung koroner (PJK) yang salah satu diantaranya adalah SKA menjadi penyebab kematian pertama di negara berkembang, menggantikan kematian akibat infeksi. Diperkirakan bahwa diseluruh dunia, PJK pada tahun 2020 menjadi pembunuh pertama tersering yakni sebesar 36% dari seluruh kematian, angka ini dua kali lebih tinggi dari angka kematian akibat kanker (Departemen Kesehatan, 2006).

Pemilihan obat dalam tatalaksana terapi SKA antara lain anti-iskemik, antikoagulan, antiplatelet, trombolitik/fibrinolitik, serta obat pendukung lain seperti ACE inhibitor dan obat golongan statin (Braunwald dkk., 2002). Selain pemberian obat, pedoman mengenai revaskularisasi darurat oleh *European Society Cardiology* menyebutkan bahwa revaskularisasi diberikan pasien STEMI bersifat emergensi/darurat sedangkan pada pasien dengan NSTEMI bersifat urgensi/mendesak sehingga revaskularisasi dapat dilakukan dalam 24 jam dan tidak melebihi waktu dari dari 72 jam setelah episode SKA (Windecker dkk., 2014). Pemberian revaskularisasi dengan intervensi koroner perkutan (PCI) dapat meningkatkan *outcome* klinik pasien SKA yakni mumpun menurunkan angka mortalitas dan morbiditas (Blackman dkk., 2003).

Tingginya angka morbiditas, mortalitas, dan biaya pada pasien SKA maka diperlukan strategi penatalaksanaan terapi pada pasien SKA agar strategi penatalaksanaan berlangsung secara optimal, efektif, dan efisien (Departemen Kesehatan, 2006). Variasi dalam tatalaksana terapai memang diperlukan karena masing-masing pasien memiliki variasi kondisi tubuh saat bereaksi terhadap obat dan penyakit yang dideritanya. Namun tidak sedikit, variasi yang diberikan tidak diperlukan maka diperlukan pelaksanaan *clinical pathway* (Rahma, 2013).

Clinical pathway membantu pasien dengan kondisi klinis atau diagnosis tertentu melalui pengalaman klinis atau *outcome* yang diinginkan (Bor, 2011). *Clinical pathway*

yang telah banyak diberlakukan oleh layanan kesehatan di rumah sakit yang salah satu tujuannya untuk mengurangi variasi terapi dari pedoman yang telah ada sebelumnya sehingga dapat memperbaiki *outcome* klinis pasien SKA (Rotter dkk., 2010). Dengan telah diberlakukannya *clinical pathway* untuk pasien SKA di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta maka diperlukan evaluasi, salah satunya adalah melihat hubungan pelaksanaan *clinical pathway* berdasarkan lembar penilaian *clinical pathway* SKA terhadap lama rawat inap dan angka kejadian fatal pada pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Metode Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif pada bulan Februari – Juli 2014 dan prospektif pada bulan Agustus – September 2014. Pengukuran lama rawat inap dan kejadian fatal dilakukan pada satu kali selama dirawat inap di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, kemudian dilakukan analisa hubungan pelaksanaan *clinical pathway* yang berdasarkan pada lembar penilaian *clinical pathway* terhadap lama rawat inap dan angka kejadian fatal pada pasien SKA. Subyek penelitian merupakan pasien SKA yang memenuhi kriteria inklusi yakni pasien SKA dengan usia ≥ 18 tahun, sedangkan kriteria eksklusi yakni pasien dengan catatan medik tidak lengkap dan tidak terdapat lembar penilaian *clinical pathway* SKA selama dirawat inap di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Subyek penelitian berjumlah 102 pasien SKA yang terbagi atas 2 kelompok (49 pasien pada kelompok tanpa variasi dan 53 pasien pada kelompok variasi).

Variabel penelitian ini terdiri dari variabel bebas yakni pasien SKA (STEMI atau NSTEMI). Variabel tergantung adalah *outcome* klinik pasien yang terdiri dari lama rawat inap dan angka kejadian fatal (kematian di rumah sakit, gagal jantung, stroke, dan reinfark miokard). Sedangkan untuk variabel luar meliputi karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, faktor risiko, riwayat *coronary heart disease* (CHD), diagnosa, serta penggunaan obat selama 24 jam pertama).

Data yang telah diambil kemudian dilakukan analisis. Analisa data meliputi analisa karakteristik pasien SKA, analisa masing-masing tahap pelaksanaan *clinical pathway* pada kedua kelompok menggunakan uji chi-square *goodness-of-fit test*, analisa hubungan lama rawat inap terhadap pelaksanaan *clinical pathway* pada

kedua kelompok menggunakan uji *chi-square* dan analisa hubungan kejadian fatal terhadap pelaksanaan *clinical pathway* pada kedua kelompok menggunakan uji *Fisher Exact Test*.

Hasil dan Pembahasan

Subyek penelitian didominasi oleh laki-laki (82% untuk tanpa variasi dan 77% untuk variasi) dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia <60 tahun (61% untuk tanpa variasi dan 57% untuk tanpa variasi), memiliki faktor risiko merokok yang banyak dilakukan oleh laki-laki (68,63%), dan memiliki diagnosa STEMI (84% untuk tanpa variasi dan 83% untuk variasi). Karakteristik dasar subyek penelitian secara keseluruhan memiliki nilai yang tidak sama besar, namun karakteristik dasar pada kedua kelompok subyek penelitian tidak memiliki perbedaan bermakna secara statistik ($p > 0.05$). Penggunaan obat pada pasien SKA dalam 24 jam pertama yang paling banyak digunakan antara lain aspirin (81,37%), clopidogrel (81,37%), heparin (93,14%), atorvastatin (89,22%), captopril (77,45%), isosorbide dinitrat (ISDN) (83,33%), alprazolam (67,65%), dan glycerin sebagai laksatif (48,04%).

1. Pelaksanaan *Clinical Pathway* Pada pasien Sindroma Koroner Akut

a. Pelaksanaan *Assesment* Klinik

Keseluruhan pelaksanaan *assessment* klinik baik pemeriksaan DPJP (dokter penanggung jawab pelayanan) maupun pemeriksaan *vital sign* dalam lembar penilaian *clinical pathway* tidak memiliki keterkaitan pada kedua kelompok subyek penelitian ($p > 0,05$). Adanya perbedaan jumlah pada kedua kelompok subyek penelitian dikarenakan sebanyak 13 lembar pada kelompok variasi dalam lembar penilaian *clinical pathway* pasien SKA tidak terdapat alasan tertulis dalam kolom pemeriksaan DPJP dan 1 lembar penilaian *clinical pathway* SKA pada kolom *vital sign*, setelah dilakukan penelusuran ke dalam rekam medik pasien hal ini disebabkan belum adanya tanda tangan oleh DPJP sehingga diperlukan komunikasi antar praktisi kesehatan dalam mendokumentasikan tatalaksana terapi pada lembar penilaian *clinical pathway* SKA untuk mendukung pelaksanaan *clinical pathway* pada pasien SKA di ICCU Dr. Sardjito Yogyakarta.

b. Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang

Keseluruhan dari pemeriksaan penunjang dalam penelitian ini memiliki nilai yang sama pada kedua kelompok, kecuali pada pemeriksaan troponin I/CKMB, terdapat 3 kasus yang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang troponin I/T dalam lembar penilaian *clinical pathway*, namun setelah dilakukan penelusuran catatan medik pasien SKA terdapat lembar pemeriksaan troponin I dan CKMB pasien dalam 24 jam perawatan saat pertama kali masuk di ruang ICCU, sehingga dalam penelitian ini belum adanya dokumentasi yang baik pada lembar penilaian *clinical pathway* untuk pasien SKA.

c. Pelaksanaan Terapi

Keseluruhan penatalaksanaan terapi baik dengan obat maupun pemberian revaskularisasi pada pasien SKA yang didasarkan dalam lembar penilaian *clinical pathway* tidak memiliki nilai yang bermakna secara statistika dengan menggunakan uji *chi-square goodness-of-fit test* terhadap dua kelompok subyek penelitian ($p > 0,05$).

Pada subanalisis mengenai revaskularisasi pada pasien STEMI terdapat 85 subyek yang memiliki diagnosa STEMI yakni 27 pasien (32%) dilakukan revaskularisasi, hal ini sesuai dengan standar/tidak bervariasi, sedangkan sebanyak 58 pasien (68%) tidak dilakukan revaskularisasi/terdapat variasi baik berupa trombolitik maupun PCI selama menjalani perawatan di ICCU yang tertulis dalam lembar rekam medik pasien SKA. Jenis revaskularisasi yang diberikan dengan onset < 6 jam adalah trombolitik (streptokinase) sebanyak 15 pasien (56%), sedangkan revaskularisasi dengan onset 6 – 12 jam adalah PCI sebanyak 12 pasien (44%). Pasien SKA dengan elevasi segmen ST yang tidak dilakukan revaskularisasi darurat sebesar 52% memiliki onset > 12 jam. Sebanyak 8 pasien (14%) dari pasien yang tidak diberikan revaskularisasi darurat saat perawatan di ICCU selama 24 jam pertama dikarenakan telah mendapatkan revaskularisasi di layanan kesehatan sebelumnya yakni sebanyak 5 pasien memiliki onset < 6

jam dengan trombolitik dan 3 pasien memiliki onset >12 jam dengan PCI.

2. Lama rawat Inap Pada Pasien Sindroma Koroner Akut

Distribusi lama rawat inap pasien SKA dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok yakni < 5 hari dan > 5 hari, pembagian kelompok ini didasarkan pada rata-rata lama rawat inap pasien SKA (5,54 hari \pm 3,01 hari) di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok lama rawat inap < 5 hari lebih tinggi (57%) dibandingkan kelompok lama rawat inap > 5 hari (43%) baik pada kelompok tanpa variasi maupun kelompok variasi. Hasil analisa statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lama rawat inap tidak dipengaruhi oleh pelaksanaan *clinical pathway* pada pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ($p > 0,005$), dikarenakan sebagian besar tatalaksana terapi pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta telah sesuai dengan *clinical pathway* yang telah disepakati bersama sehingga lama rawat inap yang dibutuhkan pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito adalah kecil.

Adanya revaskularisasi darurat pada pasien STEMI dari subyek penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan revaskularisasi/tanpa variasi) lebih banyak memiliki lama rawat inap < 5 hari (67%), sedangkan pada pasien STEMI tanpa revaskularisasi/variasi lebih banyak memiliki lama rawat inap > 5 hari (52%). Analisa revaskularisasi terhadap lama rawat inap tidak memiliki nilai yang berbeda signifikan secara statistika ($p > 0,05$) yang diuji secara statistika menggunakan uji *chi-square*.

3. Kejadian Fatal Pada Pasien Sindroma Koroner Akut

Pelaksanaan *clinical pathway* terhadap angka kejadian fatal dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak berbeda bermakna ($p > 0,05$), sehingga angka kejadian fatal dalam penelitian ini tidak dipengaruhi oleh pelaksanaan *clinical pathway* pada pasien SKA di ICCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dikarenakan lembar penilaian *clinical pathway* yang digunakan sebagai alat dalam penelitian ini tidak memberikan informasi yang cukup jelas dan secara umum tatalaksana terapi dalam penelitian ini khususnya tatalaksana terapi dalam 24 jam pertama telah sesuai dengan *clinical pathway* untuk pasien SKA yang telah disepakati bersama oleh multidisipliner kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Penelitian yang telahadasebelumnya, revaskularisasi PCI dapatmenurunkanangkakejadian fatal (kematian, stroke, *reinfark*miokard)

padap pasien STEMI sebesar 2,7% dibandingkan pasien STEMI yang tidak mendapatkan revaskularisasi PCI yakni sebesar 6,5% ($p=0,039$) (Bench dkk., 2013). Dalam penelitian ini, dampak tidak diberikannya revaskularisasi terhadap kejadian fatal padap pasien STEMI secara keseluruhan memiliki angka yang lebih besar dibandingkan dengan pasien STEMI yang diberikan revaskularisasi yakni kematian (9%), gagal jantung (3%), stroke (2%) dan reinfark (3%), namun tidak memiliki nilai yang berbeda signifikan secara statistika antar pasien yang mendapatkan revaskularisasi dengan pasien yang tidak mendapatkan revaskularisasi ($p>0,05$) yang di uji menggunakan statistik *chi square* Fisher *Exact Test*.

Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *clinical pathway* yang berdasarkan pada lembar penilaian *clinical pathway* tidak terdapat hubungan terhadap lama rawat inap dan angka kejadian fatal pada pasien SKA.

Pada subanalisis, revaskularisasi darurat pada pasien STEMI memiliki lama rawat inap < 5 hari (67%), sedangkan pasien STEMI tanpa revaskularisasi memiliki lama rawat inap > 5 hari (52%). Kejadian fatal pada pasien STEMI tanpa revaskularisasi memiliki angka kejadian fatal yang lebih besar yakni sebesar 9% untuk kematian, 3% untuk gagal jantung, 2% untuk stroke dan 3% untuk terjadinya *reinfark*, sedangkan pasien STEMI dengan revaskularisasi hanya menimbulkan kematian sebesar 4%. Adapun saran dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Penelitian ini merupakan penelitian studi retrospektif dan prospektif dalam jangka waktu pendek untuk memenuhi kebutuhan sampel penelitian, maka diharapkan pada penelitian selanjutnya sebaiknya dilakukan penelitian secara prospektif dalam jangka waktu yang lama dan jumlah sampel penelitian yang lebih banyak
2. Pentingnya membuat definisi operasional antar praktisi kesehatan dalam proses dokumentasi tatalaksana terapi dalam lembar penilaian *clinical pathway* pasien SKA sehingga mampu mendokumentasikan tatalaksana terapi dalam lembar penilaian *clinical pathway* pasien SKA dengan lebih baik lagi.
3. Berdasarkan kesimpulan penelitian ini maka diharapkan adanya perbaikan pada lembar penilaian *clinical pathway* pasien

SKA di RSUP Dr. Sardjito yang lebih informatif (seperti penambahan kolom isian adanya kontraindikasi tidak diberikan dan alasan telah diberikan dirumah sakit sebelumnya) sehingga memudahkan para praktisi kesehatan dalam mendokumentasikan dan mengevaluasi tatalaksana terapi yang telah disesuaikan dengan *clinical pathway* untuk pasien SKA.

Daftar Pustaka

- Bench, T., Parikh, P., Jeremias, A., Brenner, S., Naidu, S., Shiofmitz, R., et al., 2013. The Impact of Previous Revascularization on Clinical Outcomes in Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of Invasive Cardiology*. **25**: 166 - 169.
- Blackman, D.J., Ferguson, J.D., Sprigings, D.C., dan Banning, A.P., 2003. Revascularization for acute coronary syndromes in older people. *Age and Ageing*. **32**: 129–135.
- Bor, M.V.D., 2011. Implementation of a Clinical Pathway: a Prospective Case Study.
- Braunwald, E., Antman, E.M., Beasley, J.W., Califf, R.M., Cheitlin, M.D., Hochman, J.S., et al., 2002. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction—summary article: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Journal of the American College of Cardiology*. **40**: 1366–1374.
- Departemen Kesehatan, 2006. *Pharmaceutical Care Untuk Pasien Penyakit Jantung Koroner: Fokus Sindrom Koroner AKut*. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.
- Kolansky, D.M., 2009. Acute coronary syndromes: morbidity, mortality, and pharmaco-economic burden. *The American Journal of Managed Care*. **15**: S36–41.
- Rahma, P.A., 2013. 'Implementasi Clinical Pathway Untuk Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan', *Mutu Pelayanan Kesehatan*. URL: <http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/19-headline/208-implementasi-clinical-pathway-untuk-kendali-mutu-dan-kendali>

biaya-pelayanan-kesehatan (18 Juli 2014).

- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., et al., 2010. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD006632.
- Windecker, S., Kolh, P., Alfonso, F., Collet, J.-P., Cremer, J., Falk, V., et al., 2014. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*. ehu278.