

PANDUAN CLINICAL PATHWAY (CP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR : 1440.2/RSSK/SK/VII/2016

TENTANG

**PANDUAN *CLINICAL PATHWAY* (CP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pengendalian pelayanan yang efektif, efisien dan upaya peningkatan mutu maka perlu implementasi *Clinical Pathway* (CP) sebagai alur pelayanan pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- b. bahwa dalam implementasi *Clinical Pathway* (CP), perlu adanya Panduan *Clinical Pathway* (CP);
- c. bahwa untuk maksud (a) dan (b) perlu adanya Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Clinical Pathway (CP).
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor : 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang – undang Nomor : 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang – undang Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 469/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis;
8. Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Nomor: 0512/SK/VII-10/Um/2015 tentang Pedoman penyelenggaraan Komite Medik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

9. Keputusan Yayasan Al – Irsyad Al – Islamiyyah Pekalongan Nomor : 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
10. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
11. Keputusan Direktur Nomor 0196/RSSK/SK/I/2016 tentang Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
12. Keputusan Direktur Nomor 0087.1/RSKK/SK/I/2016 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PANDUAN CLINICAL PATHWAY (CP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan Clinical Pathway (CP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini, maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 20 Juli 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manager Pelayanan
2. Komite Medik
3. Komite Keperawatan
4. Komite PMKP
5. Koordinator Perawat Ruangan

Lampiran I : Surat Keputusan Direktur RS Siti Khodijah Pekalongan tentang Panduan
Clinical Pathway (CP) di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 1440.2/RSSK/SK/V/2016
Tanggal : 20 Juli 2016

**PANDUAN *CLINICAL PATHWAY* (CP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

Saat ini dalam penyelenggaraan pelayanan medis yang baik, efektif, efisien, dan berkualitas dibutuhkan sumber daya manusia, fasilitas, prafasilitas, peralatan, serta dana sesuai dengan prosedur yang memadai. Hal ini mengakibatkan meningkatnya kesadaran konsumen akan haknya dalam pelayanan kesehatan. Salah satu dampak akibat meningkatnya kesadaran tersebut juga menyinggung ranah hukum apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar yang ada.

Dengan mengacu pada permasalahan tersebut, saat ini sektor kesehatan melengkapi peraturan perundangan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran untuk memberikan perlindungan terhadap pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter / dokter gigi serta memberikan kepastian hukum kepada kedua belah pihak tersebut.

Sebagaimana disebutkan dalam Undang – undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004 pasal 44 ayat (1) menyatakan bahwa “Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi. Ayat (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dibedakan menurut jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan”. Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat untuk setiap rumah sakit / fasilitas pelayanan kesehatan, dengan mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan medis (PNPK) atau pustaka mutakhir dan dengan menyesuaikan kondisi setempat. PPK dibuat oleh staf medis setiap departemen / divisi di bawah koordinasi komite medis, dan dapat dilaksanakan setelah diresmikan oleh Direktur. Dalam PPK terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan, maka dibuat pula *clinical pathway* untuk mendukung kesuksesan dari pelayanan kesehatan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/PER/MENKES/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran yang menyebutkan bahwa setiap rumah sakit membuat Standar Prosedur Operasional dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (PPK), maka RS Siti Khodijah memiliki kewajiban pula dalam menyusun *Clinical Pathway* demi menunjang pelayanan kesehatan yang efisien dan berkualitas.

B. Dasar Hukum

1. Undang - undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 44 ayat (1), pasal 50 dan 51.
2. Undang - undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang - undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 147/MENKES/PER/2010 tentang Perijinan Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.

C. Tujuan

1. Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu.
2. Membuat standarisasi pemeriksaan dan perawatan pasien yang memiliki pola tertentu.
3. Menjamin tidak adanya aspek-aspek pelayanan penting yang dilupakan dan semua intervensi dilakukan secara tepat waktu.
4. Mendorong staf klinis interdisipliner untuk proaktif dalam perencanaan pelayanan.
5. Memfasilitasi pelayanan lebih cepat.

BAB II

DEFINISI

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.

Clinical pathway dibuat untuk memberikan perinician apa saja yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. Dalam perinciannya tersebut terdapat rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelayanan dalam *clinical pathway* bersifat multi disiplin sehingga semua pihak yang terlibat didalamnya (Dokter / dokter gigi, perawat, fisioterapi, dan lain-lain) dapat menggunakan format yang sama. Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun *outcome* nya.

Oleh karenanya *clinical pathway* paling layak dibuat untuk penyakit atau kondisi klinis yang bersifat ***multidisiplin***, dan ***perjalanannya dapat diprediksi*** (pada setidaknya 70% kasus). Bila dalam perjalanan klinis ditemukan hal-hal yang menyimpang, maka harus dicatat sebagai ***varian*** yang harus dinilai lebih lanjut.

Perjalanan klinis dan *outcome* penyakit yang dibuat dalam *clinical pathway* dapat tidak sesuai dengan harapan karena :

1. memang sifat penyakit pada individu tertentu,
2. terapi tidak diberikan sesuai dengan ketentuan,
3. pasien tidak mentoleransi obat, atau
4. terdapat komorbiditas.

Namun demikian, apapun yang terjadi harus dilakukan evaluasi dan dokter memberikan intervensi sesuai dengan keadaan pasien. Pada umumnya di suatu rumah sakit umum hanya 30% (tiga puluh persen) pasien yang dirawat dengan menggunakan *clinical pathway*. Selebihnya pasien dirawat dengan prosedur biasa (*usual care*). *Clinical pathway* hanya efektif dan efisien apabila dilaksanakan untuk penyakit atau kondisi kesehatan yang perjalanannya *predictable*, khususnya bila memerlukan perawatan multidisiplin.

Akan tetapi, tidak tertutup kemungkinan untuk membuat *clinical pathway* bagi penyakit apapun dengan catatan ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi yang jelas, bila pasien sudah dirawat dengan *clinical pathway*, tetapi ternyata mengalami komplikasi atau terdapat ko-morbiditas tertentu, maka pasien tersebut harus dikeluarkan dari CP dan dirawat dengan perawatan biasa.

BAB III

RUANG LINGKUP

A. Jenis *Clinical Pathway*

Sesuai dengan daftar 10 (sepuluh) besar penyakit dan panduan praktik klinis di Rumah Sakit Siti Khodijah, jenis pelayanan yang dituangkan dalam *clinical pathway* sebagai berikut :

1. Demam Typhoid (Penyakit Dalam)
2. DBD (Anak)
3. Sectio Caesarea (Obstetrik)
4. Appendicitis Akut (Bedah)
5. Stroke Non Haemorrhagic (Saraf)

Jenis *clinical pathway* setiap tahun minimal ditambah satu sesuai rekomendasi kelompok staf medis rumah sakit.

B. Form *Clinical Pathway*

Form *clinical pathway* berisi tentang materi ataupun dapat berisi tentang Standar Prosedur Operasional yang merangkum:

1. Profesi medis : Standar Pelayanan Medis dari setiap Kelompok Staf Medis (KSM) dan penunjang.
2. Profesi keperawatan : Asuhan keperawatan.
3. Profesi farmasi : *Unit dose daily* dan *stop ordering*.
4. Alur pelayanan pasien rawat inap dan operasi dari sistem kelompok Staf Medis (KSM), Instalasi dan Sistem Manajemen Rumah Sakit.

C. Syarat *Clinical Pathway*

Syarat untuk dapat menggunakan *clinical pathway* antara lain:

1. Masuk dalam kriteria inklusi.
2. Disarankan untuk penyakit dengan diagnose tunggal.
3. Apabila terdapat komplikasi harus dikeluarkan dari *clinical pathway*.

D. Analisis Pelaksanaan *Clinical Pathway*

1. Analisa dilakukan terhadap jenis penyakit yang masuk kriteria inklusi dalam *clinical pathway*.
2. Analisa dilakukan dengan membandingkan *CP actual* dengan *CP Template*.
3. Analisa dilakukan untuk melihat kepatuhan DPJP, kendala dan hambatan yang

terjadi.

4. Analisa difokuskan pada aspek *Length of Stay* (LOS) , Kesesuaian Terapi, dan Pemeriksaan Penunjang.
5. Analisa dilakukan dengan pendekatan model Plan-Do-Study-Act (PDSA).

E. Pelaporan *Clinical Pathway*

1. Sub Komite Mutu Komite Medik menyediakan form CP di unit pelayanan.
2. Formulir CP yang telah diisi, diserahkan ke Sub Komite Mutu Komite Medik.
3. Sub Komite Mutu Komite Medik melakukan analisa bulanan.
4. Membuat laporan triwulan kepada Direktur.

BAB IV TATA LAKSANA

A. Persiapan

1. Pembuatan Kebijakan oleh Komite medis tentang penyusunan *clinical pathway*.
2. Membentuk Tim Penyusun sesuai dengan kompetensinya.
3. Pemilahan jenis penyakit yang akan dibuat *clinical pathway* berdasarkan tingkat morbiditas dan mortalitas penyakit yang memenuhi kriteria *high cost*, *high risk*, dan *high volume* disesuaikan dengan panduan praktis klinis yang dimiliki oleh rumah sakit.
4. Fokus area prioritas yang akan dibuat *clinical pathway* diambil berdasarkan laporan data bulanan dari Bagian Rekam Medik RS. Siti Khodijah, berupa 10 (sepuluh) penyakit terbesar rawat jalan, 10 (sepuluh) penyakit terbesar rawat inap, laporan data tindakan operasi.

B. Penyusunan

Dalam menyusun *clinical pathway* terdapat prinsip-prinsip yang harus dipenuhi antara lain:

1. Kriteria penyakit yang dapat dibuat *clinical pathway* adalah penyakit atau kondisi klinis yang bersifat monodisiplin dan perjalanan klinisnya dapat diprediksi.
2. Untuk menetapkan jenis penyakit yang akan dibuat *clinical pathway* disesuaikan dengan PPK medis yang dimiliki rumah sakit karena *clinical pathway* disusun untuk menerjemahkan PPK medis, prosedur tindakan atau algoritma, panduan gizi, asuhan keperawatan, dan panduan farmasi yang telah dibuat.

3. Ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi yang jelas bagi penyakit apapun yang akan dibuat *clinical pathway*. Apabila pasien sudah dirawat dengan *clinical pathway*, tetapi mengalami komplikasi atau terdapat ko-morbiditas tertentu maka pasien tersebut harus dikeluarkan dari *clinical pathway* dan dirawat dengan perawatan biasa.
4. Format *clinical pathway* berupa tabel yang kolomnya merupakan waktu (hari, jam), sedangkan barisnya merupakan observasi / pemeriksaan / tindakan / intervensi yang diperlukan.

C. Uji Coba

1. Sosialisasi mengenai program *clinical pathway* kepada seluruh tim mulai dari dokter, dokter spesialis, perawat, tim gizi, dan tim farmasi.
2. Menyediakan *form clinical pathway* di ruang perawatan.
3. Pengisian *clinical pathway* pada lembar rekam medis.
4. Pengumpulan *clinical pathway* setelah selesai perawatan pada Unit Rekam Medis.
5. Evaluasi kegiatan uji coba dilakukan oleh tim *clinical pathway*.
6. Revisi / penetapan dan penggandaan *form clinical pathway*.

D. Implementasi

1. Seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan harus secara terpadu / integrasi dan berorientasi fokus terhadap pasien (*patient focused care*) serta berkesinambungan (*continuing of care*).
2. 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).
3. Menyediakan *form clinical pathway* yang sudah ditetapkan setelah diadakan uji coba.
4. Pencatatan *clinical pathway* seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien secara terpadu dan berkesinambungan tersebut dalam bentuk dokumen tetapi bukan merupakan bagian dari Rekam Medis.
5. Penanggung jawab pengisian form *clinical pathway* dilakukan oleh koordinator unit.
6. Penyakit atau kondisi klinis tertentu yang akan dibuat *clinical pathway* wajib dibuat kriteria inklusi dan eksklusi pada penyakit tersebut.
7. Setiap penyimpangan langkah dalam penerapan *clinical pathway* dicatat

sebagai varians dan dilakukan kajian analisis dalam bentuk audit.

8. Varians tersebut dapat terjadi karena kondisi perjalanan penyakit, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis (*medical errors*) dan digunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.
9. Pasien harus dikeluarkan dari *clinical pathway* dan dirawat dengan perawatan biasa bila selama perawatan terjadi salah satu hal-hal berikut :
 - a. Apabila diagnosa utama pasien berubah.
 - b. Tidak terdapat perbaikan klinis dalam waktu 48 jam.
 - c. Pasien mengalami kondisi klinis yang memburuk atau komplikasi atau terdapat komorbiditas tertentu.
10. Pada saat *clinical pathway* dihentikan maka dokter dan perawat tetap menuliskan progress kondisi pasien dengan SOAP yang kemudian dilengkapi dengan rencana terapi yang terbaru. Form *clinical pathway* yang sudah tidak dilanjutkan tetap disimpan di dalam rekam medis.

E. Disclaimer (Penyangkalan)

1. Dalam setiap dokumen tertulis CP (*Clinical Pathway*) serta perangkat implementasinya **mutlak**, harus dituliskan bab tentang **disclaimer** (wewanti / penyangkalan).
2. Hal ini dimaksudkan untuk :
 - a. menghindari kesalah pahaman atau salah persepsi tentang arti kata standar, yang dimaknai harus melakukan sesuatu tanpa kecuali.
 - b. menjaga autonomi dokter bahwa keputusan klinis merupakan wewenanganya sebagai orang yang dipercaya pasien.
3. Dalam *disclaimer* minimal harus mencakup :
 - a. CP dibuat untuk *average patient*.
 - b. CP dibuat untuk penyakit/kondisi patologis tunggal.
 - c. Reaksi individual terhadap prosedur diagnosis dan terapi bervariasi.
 - d. CP dianggap valid pada saat dicetak.
 - e. Praktek kedokteran modern harus lebih mengakomodasi preferensi pasien dan keluarga.
4. Bab tambahan yang dapat disertakan pada *disclaimer*.
 - a. CP dimaksudkan untuk tatalaksana pasien sehingga tidak berisi informasi lengkap tentang penyakit.
 - b. Dokter yang memeriksa harus melakukan konsultasi bila merasa tidak menguasai atau ragu dalam menegakkan diagnosa dan memberikan terapi..

- c. Penyusun CP tidak bertanggungjawab atas hasil apapun yang terjadi akibat penyalahgunaan CP dalam tatalaksana pasien.

F. Evaluasi

Evaluasi pelaksanaan *clinical pathway* seperti pada implementasi dilakukan oleh Tim *Clinical Pathway* dari Bagian Komite Medik. Bagian-bagian satuan kerja lain juga dilibatkan dalam proses evaluasi, yaitu bagian Staf Medis Klinis yang akan menilai lama rawat, varian kesesuaian tatalaksana, dan audit klinis.

Tim rawat inap akan membahas mengenai lama rawat, asuhan keperawatan dan audit manajerial. Instalasi rekam medis akan melengkapi ICD dan kelengkapan berkas rekam medis. Bagian Keuangan bersama manajer pelayanan medis akan menghitung kesesuaian realisasi pembiayaan dengan INA CBG serta menilai keefektifan proses pelayanan dengan ataupun tanpa *clinical pathway*. Setiap tahunnya dilakukan penambahan 1 (satu) *clinical pathway* berdasarkan prioritas yang diusulkan dari KSM terkait kepada direktur melalui komite medis.

Hasil evaluasi harus didapatkan suatu kesimpulan yaitu berupa kegiatan tindak lanjut untuk meningkatkan kesuksesan penggunaan *form clinical pathway*.

BAB V DOKUMENTASI

- A. SPO *Clinical Pathway*
- B. *Form Clinical Pathway*
- C. Dokumentasi kegiatan *clinical pathway* KSM
- D. Hasil kegiatan *clinical pathway* oleh Tim *Clinical Pathway*
- E. Rekapitulasi kegiatan dan analisis *clinical pathway*
- F. Form analisis varian *clinical pathway*
- G. Analisis indikator *clinical pathway*
- H. Rekomendasi dan tindak lanjut
- I. Sosialisasi
- J. Pelaporan *clinical pathway* ke Direktur

BAB VI

PENUTUP

Clinical pathway merupakan bagian atau pelengkap dari Panduan Praktik Klinik (PPK), karenanya memiliki karakteristik dari PPK yaitu *hospital specific* dan dibuat oleh Fasyankes dengan merujuk dari PNPk atau sumber pustaka lainnya. Pelaksanaannya paling baik digunakan untuk kondisi penyakit yang perlu penanganan multidisiplin, dan perjalanan klinisnya *predictable*. Apabila kondisi pasien sudah tidak memenuhi syarat dari pelaksanaan *clinical pathway* baiknya dihentikan dan kembali ke perawatan biasa. Yang harus diutamakan dalam *clinical pathway* adalah tetap berpegang pada *patient oriented*.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes