PANDUAN EVALUASI PROSES PELAKSANAAN *CLINICAL PATHWAY (CP)*

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN EVALUASI PROSES PELAKSANAAN *CLINICAL PATHWAY (CP)*

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TENTANG

PANDUAN EVALUASI PROSES PELAKSANAAN *CLINICAL PATHWAY (CP)*

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | Bahwa dalam rangka penyelenggaran pelayanan medis yang baik, efektif, efisien dan berkualitas dibutuhkan sumber daya manusia, fasilitas, peralatan serta dana yang sesuai dengan prosedur yang memadai.  Bahwa dalam rangka dokter atau dokter gigi menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi berdasarkan standar pelayanan menurut jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan.  Bahwa dalam pelaksanaan *Clinical Pathway (CP)*, perlu dilaksanakan evaluasi pelayanan kedokteran.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496 Tahun 2005 tentang Audit Medis di Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 Tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA  KEEMPAT | :  :  :  :  : | Panduan Evaluasi Proses Pelaksanaan Clinical Pathway (CP) di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.  Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) setiap tahun memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi.  Komite Medik telah melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur dan atau protocol klinis sehingga berhasil menekan terjadinya keberagaman proses dan hasil.  Keputusan ini berlaku selama 3 (tiga) tahun sejak tanggal diterbitkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya. | | | |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |

|  |
| --- |
| Direktur,  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 |

TEMBUSAN Yth :

1. Ketua Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Tujuan yang paling utama dalam pelayanan kesehatan ialah menghasilkan outcome yang menguntungkan pasien, provider dan masyarakat. Pencapaian outcome yang diinginkan sangat bergantung dari mutu pelayanan kesehatan / rumah sakit. Salah satu upaya penting yang dilakukan oleh kementerian kesehatan ialah pembuatan standar pelayanan. Saat ini sektor kesahatan melengkapi peraturan peraturan perundang -undangannya dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran.

Ditingkat nasional diperlukan penyusunan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang berisi pernyataan yang sistematis, mutakhir dan evidence based untuk membantu dokter / pemberi jasa layanan lain dalam menangani pasien dengan kondisi tertentu. Karena sifatnya yang canggih dan mutakhir, maka PNPK harus diterjemahkan menjadi Panduan Praktik Klinis (PPK) oleh masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan keaadaan setempat. PPK dapat disertai perangkat pelaksanaan langkah demi langkah termasuk *Clinical Pathway (CP). Clinical Pathway (CP)* merupakan bagian penting dalam mewujudkan *good clinical governance* di rumah sakit. *Clinical governance* adalah suatu (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dan efesiens dalam organisasi rumah sakit yang sangat terkait dengan standar baik input, proses maupun outcome.

Di Indonesia dokumen ini juga menjadi salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit. *Clinical Pathway (CP)* berperan dalam menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya, dimana dalam rangka pelaksanaan tersebut dengan melakukan evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis berupa audit medis. Audit medis merupakan salah satu sistem dan proses untuk melakukan, monitoring dan peningkatan mutu pelayanan medis.

Untuk itu, guna melakukan evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis, maka perlu disusun panduan evaluasi dari *clinical pathway* di RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Tujuan
2. Tujuan umum:

Memberikan panduan dalam melakukan evaluasi dari *clinical pathway* berupa audit medis sehingga tercapai pelayanan medis prima di rumah sakit.

1. Tujuan khusus:
2. Untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan medis
3. Untuk mengetahui penerapan standar pelayanan medis
4. Untuk melakukan perbaikan – perbaikan pelayanan medis sesuai kebutuhan pasien dan stndar pelayanan medis

BAB I

DEFINISI

Panduan Praktik Klinis (PKK) adalah istilah teknis sebagai pengganti standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. PPK perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi. Jadi secara teknis standar prosedur operasional dibuat berupa panduan praktik klinik yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih : alur klinis (*clinizal pathway*), alogaritma, SOP atau standing orders.

*Clinical Pathways (CP)* adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan kedokteran (PNPK/PPK) dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

Pencatatan CP seluruh kegiatan yang diberikan kepada pasien secara terpadu dan berkesinambungan tersebut dicatat dalam bentuk dokumen yang merupakan bagian dari rekam medis. Setiap penyimpangan langkah dalam penerapan CP dicatat sebagai varian. Varian tersebut dapat karena kondisi perjalanan penyakit, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis (*medical error*) yang kemudian dipergunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.

Setiap varian yang didapatkan akan dilakukan evaluasi dan monitoring dengan melakukan kajian anilisis dalam bentuk audit dan dilakukan tindak lanjut dalam bentuk audit medis sebagaimana yang dianjurkan dalam Undang-undang RI no. 29 Tahun 2004 dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755/Menkes/Per/IV/ 2011. Evaluasi meliputi adanya varian (penyimpangan) dari indikator mutu yang sudah ditetapkan. Indikator mutu dalam pelaksanaan CP antara lain sebagai berikut :

1. Kesesuaian lama hari perawatan
2. Kesesuaian pemeriksaan penunjang sesuai program
3. Kesesuaian terapi yang diberikan sesuai program
4. Kesesuaian perjalanan penyakit pasien selama perawatan dengan kriteria insklusi dan eksklusi yang diberikan di awal CP.

BAB II

RUANG LINGKUP

Adapun Ruang lingkup panduan evaluasi dari *Clinical Pathway* adalah sebagai berikut :

1. Variabel input (format *clinical pathway*, peran organisasi, sarana dan prasarana dan sumber daya manusia)
2. Variabel proses (dokumentasi, pengembangan, penerapan dan maintenance *clinical pathway*)
3. Variabel out put / outcome (kepatuhan *clinical pathway)*

BAB III

TATA LAKSANA

Standar Prosedur Operasional ( SPO ) untuk profesi medis di RS dalam bentuk Panduan Praktek Klinis diadopsi dari Panduan Nasional Pelayanan Kedokteran ( PNPK ) yang telah dibuat oleh organisasi profesi masing-masing, tinggal dicocokkan dan disesuaikan dengan kondisi sarana dan kompetensi yang ada di RS.

Bila PNPK yang yang telah dibuat oleh organisasi profesi tersebut telah disahkan oleh Menteri Kesehatan RI serta sesuai dengan kondisi RS – maka tinggal disepakati oleh anggota profesi ( Kelompok Staf Medis/KSM ) terkait sebagai Panduan Praktek Klinis ( PPK ) dan disahkan penggunaannya di RS oleh direktur RS.

Namun bila PNPK tersebut belum ada atau tidak sesuai dengan kondisi RS atau dalam PNPK belum mencantumkan jenis penyakit yang sesuai dengan keadaan epidemiologi penyakit di RS tersebut – maka profesi di RS tersebut wajib membuat Panduan Praktek Klinis ( PPK ) untuk rumah sakit tersebut dan disahkan penggunaannya di rumah sakit oleh direktur RS. Dalam menyusun PNPK dari organisasi profesi maupun PPK untuk rumah sakit – profesi medis memberikan pelayanan keprofesiannya secara efektif *( clinical effectiveness* ) dalam hal menegakkan diagnosis dan memberikan terapi berdasarkan pendekatan EBM.

1. Prinsip penyusunan *Clinical Pathway*

Proses yang dilakukan untuk menyusun *clinical pathway*, terdiri dari beberapa tahap sebagai berikut :

1. Pembentukan tim penyusun *clinical pathway.*

Tim penyusun *clinical pathway* terdiri dari staf multidisplin dari semua tingkat dan jenis pelayanan. Bila diperlukan, tim dapat mencari dukungan dari konsultan atau institusi diluar RS seperti organisasi profesi sebagai narasumber. Tim bertugas untuk menentukan dan melaksanakan langkah-langkah penyusunan *clinical pathway.*

1. Identifikasi *key players.*

Identifikasi key players bertujuan untuk mengetahui siapa saja yang terlibat dalam penanganan kasus atau kelompok pasien yang telah ditetapkan dan untuk merencanakan *focus group* dengan *key players* bersama dengan pelanggan internal dan eksternal.

1. Pelaksanaan *site visit* di rumah sakit.

Pelaksanaan site visit di rumah sakit bertujuan untuk mengenal praktik yang sekarang berlangsung, menilai sistem pelayanan yang ada dan memperkuat alasan mengapa *clinical pathway* perlu disusun. Jika diperlukan, site visit internal perlu dilanjutkan dengan site visit eksternal setelah sebelumnya melakukan identifikasi *partner benchmarking*. Hal ini juga diperlukan untuk mengembangkan ide.

1. Studi literatur.

Studi literatur diperlukan untuk menggali pertanyaan klinis yang perlu dijawab dalam pengambilan keputusan klinis dan untuk menilai tingkat dan kekuatan bukti ilmiah. Studi ini sebaiknya mengasilkan laporan dan rekomendasi tertulis.

1. Diskusi kelompok terarah.

Diskusi kelompok terarah atau Focus Group Discussion (FGD) dilakukan untuk mengenal kebutuhan pelanggan (internal dan eksternal) dan menyesuaikan dengan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan tersebut serta untuk mengenal kesenjangan antara harapan pelanggan dan pelayanan yang diterima. Lebih lanjut, diskusi kelompok terarah juga perlu dilakukan untuk memberi masukan dalam pengembangan indikator mutu pelayanan klinis dan kepuasan pelanggan serta pengukuran dan pengecekan.

1. Penyusunan pedoman klinik.

Penyusunan pedoman klinik dilakukan dengan mempertimbangkan hasil site visit, hasil studi literatur (berbasis bukti ilmiah) dan hasil diskusi kelompok terarah. Pedoman klinik ini perlu disusun dalam bentuk alur pelayanan untuk diketahui juga oleh pasien.

1. Analisis bauran kasus.

Analisis bauran kasus dilakukan untuk menyediakan informasi penting baik pada saat sebelum dan setelah penerapan *clinical pathway*. Meliputi: *length of stay*, biaya per kasus, obat-obatan yang digunakan, tes diagnosis yang dilakukan, intervensi yang dilakukan, praktisi klinis yang terlibat dan komplikasi.

1. Menetapkan sistem pengukuran proses dan *outcome*.

Contoh ukuran-ukuran proses antara lain pengukuran fungsi tubuh dan mobilitas, tingkat kesadaran, temperatur, tekanan darah, fungsi paru dan skala kesehatan pasien (*wellness indicator*).

1. Mendisain dokumentasi *clinical pathway*.

Penyusunan dokumentasi *clinical pathway* perlu memperhatikan format clinical pathway, ukuran kertas, tepi dan perforasi untuk filing. Perlu diperhatikan bahwa penyusunan dokumentasi ini perlu mendapatkan ratifikasi oleh Instalasi Rekam Medik untuk melihat kesesuaian dengan dokumentasi lain.

1. Penilaian pelaksanaan *clinical pathway ( output )*.

Setelah *clinical pathway* tersusun, perlu dilakukan uji coba sebelum akhirnya diimplementasikan di rumah sakit. Saat uji coba dilakukan penilaian secara periodik kelengkapan pengisian data dan diikuti dengan pelatihan kepada para staf untuk menggunakan *clinical pathway* tersebut. Lebih lanjut, perlu juga dilakukan analisis variasi dan penelusuran mengapa praktek dilapangan berbeda dari yang direkomendasikan dalam clinical pathway.

1. Penilaian hasil implementasi *clinical pathway ( outcome )*.

Hasil analisis digunakan untuk : mengidentifikasi variasi umum dalam pelayanan, memberi sinyal kepada staf akan adanya pasien yang tidak mencapai perkembangan yang diharapkan, memperbaiki *clinical pathway* dengan menyetujui perubahan dan mengidentifikasi aspek-aspek yang dapat diteliti lebih lanjut. Hasil analisis variasi dapat menetapkan jenis variasi yang dapat dicegah dan yang tidak dapat dicegah untuk kemudian menetapkan solusi bagi variasi yang dapat dicegah (variasi yang tidak dapat dicegah dapat berasal dari penyakit penyerta yang menyebabkan pelayanan menjadi kompleks bagi seorang individu).

Dengan implementasi *clinical pathway*, diharapkan pasien benar-benar mendapat pelayanan yang dibutuhkan sesuai kondisinya sehingga biaya yang dikeluarkan pun dapat sesuai dengan perawatan yang diterima dan hasil yang diharapkan. Adanya *clinical pathway* juga dapat membantu dokter saat melakukan perawatan. Rincian tahapan-tahapan perawatan pasien yang tertera dalam *clinical pathway* dapat menjadi panduan dokter saat "beraksi".

1. Tinjauan Klinis Penetapan Area Prioritas.

Yang merupakan kegiatan pokok dalam penetapan area klinis prioritas adalah pemantauan terhadap kasus – kasus klinik yang berpedoman pada penerapan standar pelayanan medis ( SPM ) dan standar pelayanan operasional ( SPO ). Adapun tinjauan klinis dari area prioritas tersebut adalah sebagai berikut :

Dalam membuat Clinical Pathways penanganan kasus pasien rawat inap di rumah sakit harus bersifat :

1. Seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan harus secara terpadu/integrasi dan berorientasi fokus terhadap pasien (*Patient Focused Care*) serta berkesinambungan ( *continuous of care* )
2. Melibatkan seluruh profesi (dokter, perawat/bidan, penata, laboratoris dan farmasi.
3. 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).
4. Pencatatan CP seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien secara terpadu dan berkesinambungan tersebut dalam bentuk dokumen yang merupakan bagian dari Rekam Medis.
5. Setiap penyimpangan langkah dalam penerapan CP dicatat sebagai varians dan dilakukan kajian analisis dalam bentuk audit.
6. Varians tersebut dapat karena kondisi perjalanan penyakit, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis (medical errors).
7. Varians tersebut dipergunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.
8. Peran dan Tanggung Jawab dalam Implementasi *Clinical Pathway*

Adapun pelaksana penyelenggaraan *Clinical pathway* serta peran dan tanggung jawab dari masing-masing unit adalah sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Pejabat | Peran dan Tanggung Jawab |
| 1 | Direktur RS | Sebagai Pelindung dan Penanggung Jawab Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di RSUD dr. Murjani Sampit |
| 2 | Komite Medik | 1. Membuat dan menetapkan format umum Panduan Praktik Klinis 2. Menetapkan kesepakatan tingkat evidens yang akan dipergunakan di RS 3. Mengkompilasi PPK yang telah selesai dan merekomendasikan PPK kepada direktur untuk pengesahan penggunaan PPK tersebut di rumah sakit 4. Melaksanakan audit medis dengan mempergunakan PPK 5. Menetapkan kewenangan klinis profesi medis |
| 3 | Wakil Direktur Pelayanan | Sebagai Koordinator Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di RSUD dr. Murjani Sampit yang bertanggung jawab untuk memastikan pelayanan agar berjalan baik dan terkoordinir |
| 4 | Komite PMKP | Sebagai pemantau pelaksanaan kegiatan mutu dan keselamatan di RSUD dr. Murjani Sampit dalam hal pelayanan Medis dengan bertanggung jawab untuk melaksanakan monitoring, audit dan review penyelenggaraan *Clinical Pathway* |
| 5 | Dokter DPJP | Memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien dengan prinsip pelayanan berbasis pasien ( *Patient Centered Care* ) melalui penyelenggaraan *Clinical Pathway,* bertanggung jawab untuk mempersiapkan dan melengkapi format *Clinical pathway* sesuai dengan kasus yang telah ditentukan dalam buku Panduan *Clinical Pathway.* |
| 6 | Perawat ( Kepala Ruangan / *Case Manager* ) | Berpartisipasi memantau kinerja Dokter DPJP dalam hal penyelenggaraan *Clinical Pathway,* bertanggung jawab mengumpulkan hasil format *Clinical pathway* yang telah terisi dan meneruskannya kepada Komite PMKP. |

1. Indikator *Clinical Pathway* yang dipilih dan dievaluasi di RSUD dr. Murjani Sampit

*Clinical pathway* yang dipilih dan dipantau di RSUD dr. Murjani berdasarkan kriteria pemilihan : sistem dan proses yang bervariasi dalam penerapan dan sistem klinis komplek yang perlu efisiensi adalah sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | KSM | CP YANG DIPILIH |
| 1. | Interna, Syaraf dan Paru | 1. Hipertensi 2. Demam Tifoid 3. Stroke Hemoragik 4. Stroke Iskemik 5. Pneumonia |
| 2. | Ilmu Kesehatan Anak | 1. Demam Berdarah 2. Kejang Demam 3. Diare Akut |
| 3. | Bedah, THT, Mata & Anestesiologi | 1. Appendisitis Akut 2. Hernia Inguinalis 3. Fraktur Terbuka 4. Tonsillitis Akut 5. Katarak |
| 4. | Obstetri & Ginekologi | 1. Sectio cesaria 2. Placenta previa totalis |
| 5. | Psikiatri | 1. Skizofrenia 2. Skizoafektif 3. Depresi Berat 4. Gangguan Mental Organik 5. Depresi Manik |
| 6. | Kedokteran Dasar | 1. Pulpitis 2. Nekrosis Pulpa Ekstraksi 3. Nekrosis Pulpa RCT |

1. Monitoring dan Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway.*

Adapun pelaksanaan *Clinical pathway* diserahkan kepada dokter DPJP yang bertanggung jawab untuk mempersiapkan dan melengkapi format *Clinical pathway* sesuai dengan kasus yang telah ditentukan dalam buku Panduan Pemantauan Indikator *Clinical Pathway.* Kasus yang dibuatkan *Clinical Pathway*-nya adalah kasus utama tanpa ada kasus penyerta. Kemudian format yang telah terisi akan dikumpulkan oleh Perawat (Kepala Ruangan) dengan rekapitulasi bulanan yang akan diteruskan kepada Komite PMKP. Komite PMKP akan melaksanakan monitoring, audit dan review penyelenggaraan *Clinical pathway* tersebut dengan membuat sasaran mutu.

Tabel Kegiatan Pemantauan Clinical Pathway.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Re-edukasi berkala |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pengumpulan data | Laporan harian di ruangan | | | | | | | | | | | |
| 3 | Tabulasi data | Laporan bulanan di ruangan | | | | | | | | | | | |
| 4 | Analisa Data | Tindak Lanjut Laporan dari ruangan oleh Komite PMKP | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pembuatan Laporan | Laporan bulanan oleh Komite PMKP | | | | | | | | | | | |
| 6 | Rapat Tinjauan Manajemen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Pencatatan.

Pencatatan adalah pengumpulan data – data yang diperlukan untuk melakukan evaluasi terhadap lima area klinis prioritas. Pencatatan dilakukan dengan menggunakan formulir *clinical pathway* ( CP ) selanjutnya dilakukan rekapitulasi terhadap kelengkapan pengisian dan kepatuhan terhadap pengisian seperti misalnya kepatuhan terhadap lama hari perawatan yang telah ditetapkan dalam CP, kepatuhan terhadap pelaksanaan pemberian obat- obatan dan pemeriksaan penunjang. Pencatatan dilakukan oleh kepala instalasi atau kepala ruangan di mana pasien tersebut dirawat selanjutnya dilaporkan kepada Komite PMKP setiap bulan sekali. Komite PMKP selanjutnya melakukan rekapitulasi terhadap semua CP dari semua instalasi disertai kajian dan selanjutnya dilaporkan kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Evaluasi Dan Pelaporan

Untuk memudahkan memonitor alur pencatatan, evaluasi dan pelaporan terhadap monitoring lima area klinis prioritas ini maka dilbuat alur sebagai berikut :

DIREKTUR

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN ( PMKP )

WAKIL DIREKTUR PELAYANAN

KEPALA INSTALASI / KEPALA RUANGAN

BAB IV

DOKUMENTASI

Pemantauan *clinical pathway* yang baik bertujuan :

1. Standarisasi proses perawatan klinis;
2. Mengurangi risiko yang muncul dalam proses perawatan, khususnya yang berhubungan dengan langkah – langkah keputusan kritis;
3. Menyediakan perawatan klinis secara tepat waktu dan efektif dengan sumber daya yang ada secara efisien;
4. Secara konsisten menyediakan perawatan bermutu tinggi dengan menggunakan praktik-praktik yang sudah terbukti.

Sistem Pelaporan

Hasil monitoring, audit dan review penyelenggaraan *Clinical Pathway* akan dilaporkan oleh Komite Medik kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.

Sosialisasi

Segala bentuk sosialisasi mengenai penyelenggaraan *Clinical pathway* dilakukan oleh Komite Medik. Sosialisasi dilaksanakan kepada unit-unit pelaksana teknis dengan melibatkan Kepala Instalasi, KSM, Kepala Bagian Pelayanan, Kepala Bagian Keperawatan dan Kepala Ruangan Perawatan.

Indikator Keberhasilan

Indikator keberhasilan yang dicapai dituangkan dengan pelaporan pencapaian sasaran mutu mengenai penyelenggaraan *Clinical Pathway.* Adapun sasaran mutu mengenai penyelenggaraan *Clinical pathway* ini adalah sebagai berikut :

Evaluasi Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*

Kepatuhan terhadap *Clinical pathway* adalah kepatuhan para staf medis / DPJP dalam menggunakan *Clinical pathway* untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegritas sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses. Format *Clinical pathway* masuk kedalam berkas rekam medik dan dipatuhi oleh dokter DPJP dan Tim sesuai dengan kasus yang telah ditentukan dalam buku panduan *Clinical pathway* dengan target kepatuhan 80%. Sasaran mutu ini diaudit dengan melihat kepatuhan pelaksanaan tata laksana kasus dengan format *Clinical pathway* oleh Komite PMKP setiap bulan dengan menghitung jumlah Format *Clinical pathway* yang dinyatakan diikuti dengan lengkap dibagi dengan jumlah seluruh pasien dengan kasus utama sesuai kasus dalam buku panduan *Clinical pathway* setiap bulannyadikali dengan 100%.

Format *Clinical pathway* mampu menunjukkan komponen standar Length Of Stay (LOS), penggunaan obat dan pemeriksaan penunjang.

Evaluasi kepatuhan terhadap *Clinical pathway* adalah kepatuhan terhadap Length Of Stay (LOS), penggunaan obat dan pemeriksaan penunjang.

Monitoring, Audit Dan Review

Fungsi monitoring lapangan pengisian format CP akan dilakukan oleh Perawat / Bidan ( Kepala Ruangan ) di setiap unit pelayanan. Monitoring, Audit dan Review secara umum penyelenggaraan CP akan dilakukan oleh Komite PMKP. Untuk rapat tinjauan manajemen akan dilaksanakan setiap 3 bulan sekali.

BAB V

PENUTUP

RSUD dr. Murjani Sampit menetapkan area prioritas sebagai fokus yang diintegrasikan berdasarkan diagnosis pasien, prosedur, populasi, atau penyakit. Di bidang-bidang tersebut *guidelines* ( pedoman ), *pathway* ( alur ), dan protokol berdampak terhadap aspek mutu dan keselamatan perawatan pasien ; juga dapat mengurangi terjadinya variasi hasil yang tidak diinginkan. Diharapkan dengan panduan ini akan dapat memberikan penjelasan kepada unit – unit terkait dalam menyelenggarakan kegiatan implementasi dan pemantauan *clinical pathway*.

Dengan adanya buku panduan evaluasi pelaksanaan *clinical pathway* RSUD dr. Murjani Sampit ini akan mempermudah pelaksanaan kegiatan pemantauan indikator *clinical pathway* yang mencerminkan komitmen terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit. Dengan metode pelaksanaan dan pengelolaan manajemen keselamatan pasien yang optimal, diharapkan keberhasilan pelayanan kesehatan dapat menjadi tolak ukur peningkatan mutu kesehatan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

* 1. Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta 2012.
  2. Kepmenkes RI No. 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit.

REKAPITULASI KELENGKAPAN PENGISIAN FORMAT *CLINICAL PATHWAY*

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

KOMITE PMKP

RUANG/UNIT/INSTALASI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BULAN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TAHUN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | NAMA PASIEN | NO. RM | JENIS KELAMIN | DIAGNOSA UTAMA | DPJP | LENGTH OF STAY  (LOS) | | OBAT | | PEMERIKSAAN  PENUNJANG | | KET. |
| SESUAI | TIDAK SESUAI | SESUAI | TIDAK SESUAI | SESUAI | TIDAK SESUAI |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kepala Ruang …………………,

(……………………………………)

RINGKASAN TATA LAKSANA EVALUASI PELAKSANAAN CLINICAL PATHWAY

1. PENETAPAN TOPIK AUDIT

Misal : Stroke Non Hemoragic

2. MENETAPKAN STANDAR & KRITERIA

Misal : a. Asesmen Medis Awal 24 jam

1. Obat : X
2. Pemeriksaan penunjang : A, B, C
3. LOS 7 hari

3. PENGUMPULAN DATA

1. Topik audit : Stroke Non Hemoragic
2. Pengambilan data : Total populasi atau sampling

Misalnya : Data stroke hemoragic bulan Januari – Maret 2018 adalah 30 pasien

4. MEMBANDINGKAN DENGAN STANDAR

Misal : a. Dari 30 kasus stroke setelah dianalisis maka ada 20 kasus yang sudah

sesuai.

b. Ada 10 kasus yang tidak sesuai dilakukan peer review

c. Hasil peer review 2 kasus tidak sesuai karena ada variasi, misalnya :

alergi obat masuk kriteria ekslusi.

d. Kesimpulan :

- Dari 28 kasus stroke ada 8 kasus yang tidak patuh

- Kepatuhan : 20/28 x 100% = 71% (MERAH)

- Target : < 80% MERAH

81-95% BIRU

> 95% HIJAU

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RM | KRITERIA | | | | KEPATUHAN | PENJELASAN |
| 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |
| RM 1 | + | + | + | + | 100% |  |
| RM 2 | + | + | + | - |  | Alergi Obat |
| RM 3 |  |  |  |  |  |  |
| Dst |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RM 30 |  |  |  |  |  |  |

5. IMPLEMENTASI PERBAIKAN

RENCANA PERBAIKAN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rekomendasi | Tindakan Yang Diperlukan | Kemungkinan Hambatan Untuk Pelaksanaan Tindakan | Penanggung Jawab | Skala Waktu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

6. RE-AUDIT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Topik | Hasil | |  | Hasil dari tindakan audit selanjutnya | Kecenderungan |
| Number | Prosentase | Rating |  |  |
| Stroke non hemoragic | 130 / 150 | 87% | Biru | 71% | Meningkat |

Direktur

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001