

Daftar Pustaka

- Anderson, E. R., & Glasier, A. (2011). Emergency contraception. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*, 11(4), 705–713. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Asmirajanti, M., Yani, A., Hamid, S., & Hariyati, T. S. (2018). Enfermería Clínica. *Enfermería Clínica*, 28, 240–244. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30076-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30076-7)
- Astuti, Y. D., Dewi, A., & Arini, M. (2017). *Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. 6(August), 95–106. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6133>
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nasution, N. H. (2017). Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 159–166. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1783>
- Buchari, L. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Burgers, P. T. P. W., Van Lieshout, E. M. M., Verhelst, J., Dawson, I., & De Rijcke, P. A. R. (2014). Implementing a clinical pathway for hip fractures; Effects on hospital length of stay and complication rates in five hundred and twenty six patients. *International Orthopaedics*, 38(5), 1045–1050. <https://doi.org/10.1007/s00264-013-2218-5>
- Chang. (2000). *Improvement of health outcomes after continued implementation of a clinical pathway for radical nephrectomy*. 417–421.
- Cheney, J., Barber, S., Altamirano, L., Medico-Cirujano, Cheney, M., Williams, C., Wainwright, C. (2015). A clinical pathway for bronchiolitis is effective in reducing readmission rates. *Journal of Pediatrics*, 147(5), 622–626. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.06.040>
- Donabedian, A. (2016). The Quality of Care How Can It Be Assessed ? *University of South Carolina*, 260, 1744–1748.
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG ' s Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Duncan, C. M., Moeschler, S. M., Horlocker, T. T., Hanssen, A. D., & Hebl, J. R. (2013). A self-Paired comparison of perioperative outcomes before and after implementation of a clinical pathway in patients undergoing total knee arthroplasty. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 38(6), 533–538. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000014>
- Etikan, I. (2017). Sampling and Sampling Methods. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(6), 5–7. <https://doi.org/10.15406/bbij.2017.05.00149>
- Faradina, N., Fadilah, N., Budi, S. C., Iii, D., Medis, R., & Vokasi, S. (2017). *Efektifitas Implementasi Clinical Pathway Terhadap Average Length Of Stay dan Outcomes Pasien DF-DHF Anak di RSUD Kota Yogyakarta*. 2(2).
- Feuth, S., & Claes, L. (2008). *INTEGRATED CARE PATHWAYS Introducing clinical*

pathways as a strategy for improving care. 56–60.

- Firmanda, D. (2007). Clinical Pathways as an integrated services plan in hospital quality and finance. *Medical Committee Fatmawati Hospital Jakarta .*, (29).
- Fujino, Y., Kubo, T., Muramatsu, K., Murata, A., Hayashida, K., Tomioka, S., Matsuda, S. (2014). Impact of regional clinical pathways on the length of stay in hospital among stroke patients in Japan. *Medical Care*, 52(7), 634–640. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000146>
- Gusti, I., Pascasarjana, P., & Hasanuddin, U. (2017). *DAMPAK PENERAPAN CLINICAL PATHWAY S PADA PASIEN DBD TERHADAP OUTCOME.*
- Haddad, S. (2010). *Clinical pathways : effects on professional practice , patient outcomes , length of stay and hospital costs 2 . METHODS OF THE REVIEW 3 . RESULTS OF THE REVIEW.* (September), 1–4.
- Hanura, A. (2017). Gambaran Status Fisiologis Pasien Cedera Kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2016. *Dinamika Kesehatan*, 8(1), 273–249.
- Harun, F. (2013). Pola Penggunaan Isdn Pada Penderita Angina Pektoris Di. *Jurnal Sains Dan Teknologi Farmasi*, 18(1), 61–68.
- He, J. A., & Yang, W. (2015). Clinical pathways in china – an evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(4), 394–411. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2014-0096>
- Indriani Diah, D. (n.d.). *SISTEM PENDUKUNG KEPUTUSAN KLINIS UNTUK EFISIENSI DALAM PELAKSANAAN INA-CBGs.*
- Irawan M, Setyo H, R. D. (2016). Penatalaksanaan Trauma Kepala. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS.* 1–46.
- Khan, A., Nakamura, M. M., Zaslavsky, A. M., Jang, J., Berry, J. G., Feng, J. Y., & Schuster, M. A. (2015). Same-hospital readmission rates as a measure of pediatric quality of care. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 905–912. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1129>
- Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). *What is a clinical pathway ? Development of a definition to inform the debate.* 8–10.
- Lang, N. M. (1975). *Quality assurance in nursing.* 22(2), 180–186.
- Larson, D. W., Lovely, J. K., Welsh, J., Annaberdyev, S., Coffey, C., Corning, C., Larson, M. V. (2018). A Collaborative for Implementation of an Evidence-Based Clinical Pathway for Enhanced Recovery in Colon and Rectal Surgery in an Affiliated Network of Healthcare Organizations. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(4), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.08.007>
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitch, U., Scott, S. D., Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*, 14(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>

- Mad, P., Johanson, T., Guba, B., & Wild, C. (2008). *Klinische Pfade - Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit*. (16).
- Malinggas, N. E. R., Soleman, T., & Posangi, J. (2015). Analisis Manajemen Logistik Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Daerah DR Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(2), 448–460. Retrieved from <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/download/7853/7904>
- Mehta, K. K. (2008). Changing trends in enteric fever. *Medicine*, 18, 201–204.
- Meo, M. Y. (2015). *DENGAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN*. 3(1), 48–55.
- Mogasale, V., Mogasale, V. V., Ramani, E., Lee, J. S., Park, J. Y., Lee, K. S., & Wierzba, T. F. (2016). Revisiting typhoid fever surveillance in low and middle income countries: Lessons from systematic literature review of population-based longitudinal studies. *BMC Infectious Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1351-3>
- Moore, L., Bourgeois, G., & Lapointe, J. (2015). *Validation in an integrated trauma system*. 78(6), 1168–1175. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000663>
- Mutiarasari, D., Pinzon, R. T., Fakultas, P., Universitas, K., Mada, G., Saraf, B., Mada, G. (2017). *EVALUASI PROSES PENGEMBANGAN DAN PENERAPAN CLINICAL PATHWAY KASUS STROKE ISKEMIK AKUT DI RUMAH SAKIT CLINICAL PATHWAY IMPLEMENTATION OF ACUTE ISCHEMIC*. (April), 335–347.
- Noprizon, Rikmasari, Y., & Halim, A. (2019). Drug Related Problems Pada Pasien Anak Gastroenteritis. *Jurnal Ilmiah Bakti Farmasi*, 1(1), 13–20.
- Nugroho., D. R. (2003). *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Panella, M., Marchisio, S., Brambilla, R., Vanhaecht, K., & Di Stanislao, F. (2012). A cluster randomized trial to assess the effect of clinical pathways for patients with stroke: Results of the clinical pathways for effective and appropriate care study. *BMC Medicine*, 10. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-71>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) dan non Indonesian Case Based*. Jakarta.
- Perpres No.12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. (2013).
- Pinzon, R., Asanti, L., & Widyo, K. (2009). *CLINICAL PATHWAY DALAM PELAYANAN STROKE AKUT : APAKAH PATHWAY MEMPERBAIKI PROSES PELAYANAN ?* 12(01), 20–23.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating And Assessing Evidence For Nursing Practice* (9th Editio; W. & W. Lippincott, ed.). Philadelphia: Wolters Kluwers.
- Pound, C. M., Gelt, V., Akiki, S., Eady, K., Moreau, K., Momoli, F., ... Kovesi, T. (2017). Nurse-Driven Clinical Pathway for Inpatient Asthma: A Randomized Controlled Trial. *Hospital Pediatrics*, 7(4), 204–213. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0150>
- Rebbeck, T., Leaver, A., Bandong, A. N., Kenardy, J., Refshauge, K., Connelly, L., ...

- Sterling, M. (2016). Implementation of a guideline-based clinical pathway of care to improve health outcomes following whiplash injury (Whiplash ImPaCT): Protocol of a randomised, controlled trial. *Journal of Physiotherapy*, 62(2), 111. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.006>
- Rivany, R. (2009). Indonesia Diagnosis Related Groups. *Indonesia Diagnosis Related Groups*, 16424, 3–9.
- Riza, R. C., & Nurwahyuni, A. (2019). *THE IMPLEMENTATION AND OUTCOME OF CLINICAL PATHWAY: A SYSTEMATIC REVIEW*. 677–686.
- Romeyke, T., & Stummer, H. (2012). *Clinical Pathways as Instruments for Risk and Cost Management in Hospitals - A Discussion Paper*. 4(2), 50–59. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n2p50>
- Ross, J. S., Normand, S. T., Curtis, J. P., Drye, E. E., Lichtman, J. H., & Keenan, P. S. (2010). *Trends in Length of Stay and Short-term*. 303(21), 2141–2147.
- Rotter T, Kinsman L, James E, et al. (2017). *Review : Clinical pathways reduce in-hospital complications but not in-hospital mortality or readmissions*. 153(2), 20212.
- Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., Oostrum, J. M. Van, & Steyerberg, E. W. (2008). *A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay , hospital costs and patient outcomes*. 15, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-265>
- Sari, D. R. (2016). *Audit Implementasi Clinical Pathway Diare Akut di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2016*. 3, 115–126.
- Stefania, L., & James, M. (2018). The Impact of Hospital Costing Methods on Cost-Effectiveness Analysis : A Case Study. *Journal of Health Economics*, 36(10), 1263–1272. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0673-y>
- Toomey, S. L., Peltz, A., Loren, S., & Tracy, M. (2020). *Potentially Preventable 30-Day Hospital Readmissions at a Children ' s Hospital*. 138(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4182>
- Trawinski, H., Wendt, S., Lippmann, N., Heinitz, S., Von Braun, A., & Lübbert, C. (2020). Typhoid and paratyphoid fever. *Zeitschrift Fur Gastroenterologie*, 58(2), 160–170. <https://doi.org/10.1055/a-1063-1945>
- Triwibowo, C. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Trans Info Media Jakarta.
- Walraven, C. Van, & Jennings, A. A. J. F. (2011). *A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01773.x>
- Whittle, C. (2009). ICPAT: Integrated care pathways appraisal tool. *International Journal of Care Pathways*, 13(2), 75–77. <https://doi.org/10.1258/jicp.2009.009012>
- Yetzer, J. G., Pirgousis, P., Li, Z., & Fernandes, R. (2017). Clinical Pathway Implementation Improves Efficiency of Care in a Maxillofacial Head and Neck Surgery Unit. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 75(1), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.06.194>

LAMPIRAN



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR
HEALTH POLYTECHNIC MAKASSAR

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS
"ETHICAL APPROVAL"

No. : 00764 / KEPK-PTKMKS/ XII /2020

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dalam upaya melindungi hak asasi manusia subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol yang berjudul :

The Ethics Commission of the Health Polytechnic Makassar, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Evaluasi Efektivitas Pelaksanaan Integrated Clinical Pathway Terhadap Patient Outcomes, Lenght Of Stay (LOS), Hospital Costs dan 30 day Hospital Readmission Rates di RSUD Labuang Baji Kota Makassar"

Peneliti Utama : Suryaningsi Dulang, S.Kep.,Ns
Principal Investigator

Nama Institusi : Megister Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
Name of the Institution

Telah menyetujui protokol tersebut di atas
Approved the above-mentioned protocol



Makassar 04 Desember 2020
(CHAIRMAN)

[Signature]
Dr. Rudy Hartono, SKM, M.Kes
NIP. 19700613 199803 1 002

Memastikan bahwa yang kita nilai adalah Clinical Pathways (CP)

Karena ada banyak kesimpang-siuran pengertian dan definisi mengenai CP (*de Luc 1999*), maka langkah pertama yang perlu dilakukan adalah untuk menilai apakah suatu guideline yang akan kita nilai adalah CP atau bukan. Karena tidak adanya satu definisi tentang CP maka daftar pertanyaan berikut ini dirangkum dari berbagai definisi yang dikenal dengan baik terutama di Inggris (*Riley 1998, Johnson 1997, Wilson 1997, Middleton & Roberts 2000*).

Dimensi 1: Apakah benar CP?

	Ya	Tidak
KONTEN 1–10		
1. Apakah CP punya titik awal?		
2. Apakah CP punya titik akhir?		
3. Apakah CP memberikan outline (garis besar) mengenai proses pelayanan atau terapi?		
4. Apakah CP menggambarkan perjalanan/alur pelayanan yang akan diterima pasien (misalnya dalam rangkaian hari, minggu, bulan, tahap, dsb)?		
5. Apakah ICP mencakup kontinuitas pelayanan/terapi selama 24 jam (bila diperlukan)?		
6. Apakah CP juga berguna untuk mengingatkan para staf pada saat pelayanan?		
7. Apakah formulir CP dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien?		
8. Apakah dokumentasi CP dapat mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien?		
9. Apakah CP dapat membantu pengambilan keputusan atau menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti ko-morbiditas, faktor risiko atau masalah lain?		
10. Apakah ada ruang dalam formulir ICP untuk menulis variasi atau pengecualian terkait dengan kondisi atau pelayanan pasien?		
MUTU 1–2		
1. Dokumen CP digunakan sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan/terapi		
2. CP menggambarkan siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan		

Mengevaluasi Dokumentasi CP

CP adalah formulir yang digunakan secara aktual untuk mencatat/mendokumentasikan pelayanan/terapi yang diberikan kepada masing-masing pasien. Dokumentasi ini termasuk untuk mencatat kepatuhan maupun ketidak-patuhan (variasi) sehingga standar yang berlaku untuk dokumen sejenis (rekam medik) juga berlaku untuk CP. Evaluasi ini dikembangkan untuk CP yang dikembangkan yang berbasis kertas (print out) meskipun beberapa prinsip juga dapat dievaluasi untuk CP berbasis elektronik (e-CP)

Dimensi 2: Dokumentasi CP

	Ya	Tidak
KONTEN 11–33		
11. Apakah judul CP memuat secara jelas jenis penderita/penyakit?		
12. Apakah ada intruksi penggunaan formulir CP?		
13. Apakah ada penjelasan mengenai keadaan dimana pasien tidak dapat menggunakan CP ini (kriteria eksklusi)?		
14. Apakah ada mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien sebenarnya masuk dalam CP lain (bila memerlukan)?		
15. Apakah ada nomor halaman disetiap halaman?		
16. Apakah ada jumlah total halaman disetiap halaman?		
17. Apakah ada nomor versi/revisi dari formulir CP?		
18. Apakah ada tanggal kapan CP tersebut dikembangkan/berlaku pada formulir CP?		
19. Apakah ada tanggal rencana review dokument CP?		
20. Apakah semua singkatan/istilah dijelaskan dalam dokumen CP?		
21. Apakah ada ruang untuk menuliskan nama pasien disetiap halaman?		
22. Apakah ada contoh tanda-tangan (paraf) untuk setiap staf/klinisi yang akan mengisi formulir CP?		
23. Apakah ada instruksi tentang bagaimana cara mencatat variasi/perkecualian?		
24. Apakah ada peringatan akan pentingnya melengkapi variasi/perkecualian?		

25. Apakah sistem pencatatan variasi/perkecualian memuat data: tanggal, jam, deksripsi variasi, tindakan yang diambil dan tanda-tangan/paraf?		
26. Apakah ada sistem pengingat bahwa harus ada justifikasi profesional sewaktu akan memberikan pelayanan/terapi yang diminta atau dibutuhkan oleh pasien?		
27. Apakah pasien memiliki akses kepada CP mereka?		
28. Apakah ada kondisi dimana pasien mengisi beberapa bagian dari CP?		
29. Apakah CP memasukan pernyataan persetujuan (<i>consent</i>) pasien terhadap pelayanan/terapi yang diberikan (bila diperlukan)?		
30. Apakah isi CP berdasarkan referensi?		
31. Apakah ada penjelasan dimana tempat membuat catatan tambahandalam dokumentasi CP?		
32. Apakah dijelaskan dimana CP disimpan saat digunakan?		
33. Apakah sistem dokumentasi CP memenuhi standard dokumentasi RS dan Nasional?		
MUTU 3–6		
3. Outcome/Tujuan untuk pasien ditetapkan dengan jelas		
4. Instruksi penggunaan CP dicantumkan dengan jelas		
5. Ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam CP		
6. Ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien		

Mengevaluasi Proses Pengembangan

Proses pengembangan CP sama pentingnya dengan CP yang dihasilkan (de Luc 2000), karena CP adalah sebuah alat (tools) yang akan juga digunakan untuk mengevaluasi pelayanan atau terapi yang telah diberikan dan untuk memperbaiki pelayanan tersebut sehingga akan melibatkan proses perubahan dalam praktek sehari-hari (Andolina 1995, Dykes 1997 dan Overill 1998). Untuk itu pada langkah ini, evaluator perlu memastikan adanya rasa memiliki dari para staf/klinisi terhadap CP yang dihasilkan. Rasa memiliki tersebut dapat terlihat dari keterlibatan para staf/klinisi dalam mengambil keputusan tentang pengembangan CP, keterlibatan mereka dalam proses penyusunan dan uji-coba.

Dimensi 3: Proses pengembangan CP

	Ya	Tidak
KONTEN 34–46		
34. Apakah dalam notulen pertemuan terdapat daftar absensi staf yang terlibat dalam proses penyusunan?		
35. Apakah ada catatan mengenai keputusan-keputusan yang diambil terkait dengan isi dari CP?		
36. Apakah review praktek-praktek yang telah dilaksanakan menjadi dasar dari pengembangan CP?		
37. Apakah pencarian literatur dilakukan untuk menetapkan isi dari CP?		
38. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk memasukkan sebuah referensi?		
39. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk tidak memasukkan sebuah referensi?		
40. Apakah ada staf penanggung jawab terhadap kerahasiaan pasien yang mereview CP?		
41. Apakah ada perwakilan pasien yang turut mereview CP untuk memastikan kerahasiaan pasien?		
42. Apakah CP telah diuji coba?		
43. Apakah variasi/perkecualian diaudit saat uji-coba?		
44. Apakah outcome/tujuan diaudit saat uji-coba?		
45. Apakah dilakukan audit penggunaan CP saat uji coba?		
46. Apakah ada umpan balik dari hasil audit penggunaan CP saat uji coaba?		

QUALITY ITEMS 7–23		
7. Standar dokumentasi yang telah ada sebelumnya telah diaudit sebelum mengembangkan CP		
8. Semua referensi, pedoman dan petunjuk teknis yang digunakan dalam CP tersedia untuk para staf untuk dipelajari		
9. Penilaian terhadap referensi yang digunakan dilakukan secara komprehensif		
10. Resiko klinik dipertimbangkan sebagai bagian dari CP		
11. Diskusi tentang isi dari CP dilakukan secara komprehensif		
12. Pelatihan, pendidikan dan kompetensi staf diperhatikan sebagai bagian dari isi CP		
13. Semua perwakilan staf yang akan menggunakan CP telah dilibatkan dalam proses pengembangan		
14. Pasien dilibatkan dalam pengembangan CP		
15. Kebutuhan pasien yang multi-kultur telah dipertimbangkan		
16. Pendapat para staf mengenai CP dikumpulkan saat uji coba		
17. Persyaratan hukum telah terpenuhi dalam uji coba		
18. Semua staf dan pasien (bila diperlukan) yang diminta mengisi CP telah melaksanakan hal itu saat uji coba.		
19. Pada uji coba telah diidentifikasi area ketidak-patuhan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS		
20. Pada uji coba telah diidentifikasi area yang dapat tidak digunakan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS.		
21. Jumlah sampel pasien untuk uji coba CP mencukupi		
22. Pendapat pasien dikumpulkan pada saat uji coba		
23. Hasil uji-coba telah didiskusikan dengan pasien.		

Mengevaluasi Proses Penerapan

Dalam tahap evaluasi ini, definisi dari penerapan CP adalah “saat proses pengembangan CP (termasuk uji coba) telah selesai dilakukan dan tim yang mengembangkan telah siap untuk menerapkannya dalam praktek sehari-hari”. Pertanyaan berikut ini bertujuan untuk memastikan efektifitas penerapan dan penggunaan CP

Dimensi 4: Penerapan CP

	Ya	Tidak
KONTEN 47–51		
47. Apakah ada bukti bahwa RS pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko yang dapat terjadi karena penggunaan CP sebelum di gunakan?		
48. Apakah sudah ada program pelatihan penggunaan CP untuk para staf?		
49. Apakah telah ada kesepakatan tentang penyipanan CP setelah digunakan?		
50. Apakah ada sistem untuk memberikan umpan balik tentang variasi yang terjadi dalam CP kepada pasien?		
51. Apakah telah ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan training penggunaan CP?		
MUTU 24		
24. Penilaian resiko oleh RS telah mencukupi (<i>adequate</i>)		

Mengevaluasi Proses *Maintenance* CP

Salah satu faktor sukses terpenting dalam penggunaan CP adalah kegiatan untuk menjaga (*maintenance*) CP yang mensyaratkan agar CP dapat berfungsi sebagai alat yang dinamis yang dapat merespon masukan dari staf, pasien, respon klinis, referensi terbaru sehingga isi dan desain dari CP perlu direview terus menerus (*Dykes 1998, de Luc 2000*).

Dimensi 5: *Maintenance* CP

	Ya	Tidak
KONTEN 52–55		
52. Apakah CP direview setiap tahun atau kurang?		
53. Apakah ada individu staf yang bertanggung jawab untuk menjaga CP?		
54. Apakah ada pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi/format dari CP?		
55. Apakah ada pelatihan secara rutin penggunaan CP untuk para staf baru yang terlibat?		
MUTU 25–37		
25. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview (minimal tiap tahun)		
26. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview baik penggunaan maupun kelengkapan dokumentasinya		
27. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview berdasarkan adanya clinical evidence baru		
28. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview berdasarkan variasi/perkecualian yang timbul		
29. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview berdasarkan outcomes/goals/objectives yang dicapai		
30. Isi dan dokumentasi CP secara rutin telah direview berdasarkan masukan dari para staf		
31. Kode variasi telah diperbaharui sesuai dengan persyaratan organisasi dan daerah/nasional		
32. Kode variasi yang digunakan telah direview dan diperiksa untuk penggunaan dan konsistensinya		
33. Ada bukti bahwa masukan dari staf telah merubah praktek		

34. Ada bukti bahwa masukan dari pasien telah merubah praktek		
35. Variasi dan pencapaian goals/outcomes/objectives telah diumpam-balikan kepada para staf		
36. Variasi dan pencapaian goals/outcomes/objectives telah diumpam balikkan kepada pasien		
37. Pasien terlibat dalam mereview isi dari CP		

Dimensi 6: Peran organisasi untuk CP

	Ya	Tidak
KONTEN ITEMS 56–58		
56. Apakah dalam perencanaan ditingkat RS memuat yang secara spesifik rencana untuk mengembangkan CP?		
57. Apakah pengembangan CP didukung oleh Komite Medik?		
58. Apakah CP dijadikan bukti bahwa RS telah menjalankan Clinical Governance?		
MUTU 38–49		
38. Individu yang mengembangkan CP adalah klinisi		
39. Ada tim stratejik yang mereview seluruh proses pengembangan CP		
40. Ada bukti bahwa CP terintegrasi kedalam inisiatif lain yang dimiliki RS		
41. Ada pedoman RS untuk dokumentasi CP		
42. RS menyadari bahwa CP melibatkan komitmen perubahan jangka panjang		
43. Aspek manajemen resiko RS telah dipertimbangkan dengan baik pada proses pengembangan CP		
44. Ada pengelolaan (manajemen) untuk program pengembangan CP		
45. Target RS terkait pengembangan CP haruslah berupa target yang dapat tercapai (<i>achievable</i>)		
46. Dokumentasi CP mencerminkan kebijakan RS dalam dokumentasi pelayanan klinik (<i>clinical documentation</i>)		
47. Sistem pelaporan variasi pada CP mencerminkan kebijakan RS dalam mengelola variasi pelayanan klinik		
48. Ada alokasi waktu yang cukup untuk mengembangkan CP		
49. Ada pelatihan yang komprehensif untuk mengembangkan dan menggunakan CP		

1. Hasil Penilaian Kesesuaian Format Clinical Pathway Bersarkan ICPAT sebelum penelitian

Dimensi 1 : Apakah Benar ICP

PERTANYAAN (12 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 10 item		
1. Apakah ICP punya titik awal?	√	
2. Apakah ICP punya titik akhir?	√	
3. Apakah ICP memberikan outline (garis besar) mengenai proses pelayanan atau terapi?	√	
4. Apakah ICP menggambarkan perjalanan/alur pelayanan yang akan diterima pasien (misalnya dalam rangkaian hari, minggu, bulan, tahap, dsb)?	√	
5. Apakah ICP mencakup kontinuitas pelayanan/terapi selama 24 jam (bila diperlukan)?	√	
6. Apakah ICP juga berguna untuk mengingatkan para staf pada saat pelayanan?	√	
7. Apakah formulir ICP dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien?	√	
8. Apakah dokumentasi ICP dapat mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien?	√	
9. Apakah ICP dapat membantu pengambilan keputusan atau menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti komorbidit, faktor resiko atau masalah lain?	√	
10. Apakah ada ruang dalam formulir ICP untuk menulis variasi atau perkecualian terkait dengan kondisi atau pelayanan pasien?	√	
MUTU: 2 item		
11. Dokumen ICP digunakan sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan/terapi		√
12. ICP menggambarkan siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan	√	
TOTAL	91,66 %	

Dimensi 2 Mengevaluasi Dokumentasi ICP

PERTANYAAN (27 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 23 item		
1. Apakah judul ICP memuat secara jelas jenis penderita/penyakit?	√	
2. Apakah ada intruksi penggunaan formulir ICP?	√	
3. Apakah ada penjelasan mengenai keadaan dimana pasien tidak dapat menggunakan ICP ini (kriteria eksklusi)?	√	
4. Apakah ada mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien sebenarnya masuk dalam ICP lain (bila memerlukan)?	√	
5. Apakah ada nomor halaman disetiap halaman?		√
6. Apakah ada jumlah total halaman disetiap halaman?		√
7. Apakah ada nomor versi/revisi dari formulir ICP?	√	
8. Apakah ada tanggal kapan ICP tersebut dikembangkan/berlaku pada formulir ICP?	√	
9. Apakah ada tanggal rencana review dokument ICP?		√
10. Apakah semua singkatan/istilah dijelaskan dalam dokumen ICP?terkait dengan kondisi atau pelayanan pasien?		√
11. Apakah ada ruang untuk menuliskan nama pasien disetiap halaman?		√
12. Apakah ada contoh tanda-tangan (paraf) untuk setiap staf/klinisi yang akan mengisi formulir ICP?	√	
13. Apakah ada instruksi tentang bagaimana cara mencatat variasi/perkecualian?	√	
14. Apakah ada peringatan akan pentingnya melengkapi variasi/perkecualian?	√	
15. Apakah sistem pencatatan variasi/perkecualian memuat data: tanggal, jam, deksripsi variasi, tindakan yang diambil dan tanda-tangan/paraf?	√	
16. Apakah ada sistem pengingat bahwa harus ada justifikasi profesional sewaktu akan memberikan pelayanan/terapi yang diminta atau dibutuhkan oleh pasien?	√	
17. Apakah pasien memiliki akses kepada ICP mereka?		√
18. Apakah ada kondisi dimana pasien mengisi beberapa bagian dari ICP?		√
19. Apakah ICP memasukan pernyataan persetujuan (<i>consent</i>) pasien terhadap pelayanan/terapi yang diberikan (bila diperlukan)?		√

20. Apakah isi ICP berdasarkan referensi?	√	
21. Apakah ada penjelasan dimana tempat membuat catatan tambahan dalam dokumentasi ICP?	√	
22. Apakah dijelaskan dimana ICP disimpan saat digunakan?		√
23. Apakah sistem dokumentasi ICP memenuhi standard dokumentasi RS dan Nasional?	√	
MUTU: 4 Item		
24. Outcome/Tujuan untuk pasien di tetapkan dengan jelas		√
25. Instruksi penggunaan ICP dicantumkan dengan jelas	√	
26. Ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam ICP	√	
27. Ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien	√	
TOTAL	17 (63 %)	

Dimensi 3 Proses Pengembangan ICP

PERTANYAAN (30 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 13 item		
1. Apakah dalam notulen pertemuan terdapat daftar absensi staf yang terlibat dalam proses penyusunan?	-	√
2. Apakah ada catatan mengenai keputusan-keputusan yang diambil terkait dengan isi dari ICP?	-	√
3. Apakah review praktek-praktek yang telah dilaksanakan menjadi dasar dari pengembangan ICP?	√	-
4. Apakah pencarian literatur dilakukan untuk menetapkan isi dari ICP?	√	-
5. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk memasukkan sebuah referensi?	-	√
6. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk tidak memasukkan sebuah referensi?	-	√
7. Apakah ada staf penanggung jawab terhadap kerahasiaan pasien yang mereview ICP?	-	√
8. Apakah ada perwakilan pasien yang turut mereview ICP untuk memastikan kerahasiaan pasien?	-	√
9. Apakah ICP telah diuji coba?	√	
10. Apakah variasi/perkecualian diaudit saat uji-coba?	-	√
11. Apakah outcome/tujuan diaudit saat uji-coba?	-	√
12. Apakah dilakukan audit penggunaan ICP saat uji coba?	-	√
13. Apakah ada umpan balik dari hasil audit penggunaan ICP saat uji coba?	-	√

MUTU: 17 Item		
14. Standar dokumentasi yang telah ada sebelumnya telah diaudit sebelum mengembangkan ICP	-	√
15. Semua referensi, pedoman dan petunjuk teknis yang digunakan dalam ICP tersedia untuk para staf untuk dipelajari	-	√
16. Penilaian terhadap referensi yang digunakan dilakukan secara komprehensif	-	√
17. Resiko klinik dipertimbangkan sebagai bagian dari ICP	-	√
18. Diskusi tentang isi dari ICP dilakukan secara komprehensif	-	√
19. Pelatihan, pendidikan dan kompetensi staf diperhatikan sebagai bagian dari isi ICP	√	
20. Semua perwakilan staf yang akan menggunakan ICP telah dilibatkan dalam proses pengembangan	√	
21. Pasien dilibatkan dalam pengembangan ICP	-	√
22. Kebutuhan pasien yang multi-kultur telah dipertimbangkan	-	√
23. Pendapat para staf mengenai ICP dikumpulkan saat uji coba	√	
24. Persyaratan hukum telah terpenuhi dalam uji coba	-	√
25. Semua staf dan pasien (bila diperlukan) yang diminta mengisi ICP telah melaksanakan hal itu saat uji coba.	-	√
26. Pada uji coba telah diidentifikasi area ketidakpatuhan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS	-	√
27. Pada uji coba telah diidentifikasi area yang dapat tidak digunakan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS.	-	√
28. Jumlah sampel pasien untuk uji coba ICP mencukupi	-	√
29. Pendapat pasien dikumpulkan pada saat uji coba	-	√
30. Hasil uji-coba telah didiskusikan dengan pasien.	-	√
TOTAL	6 (20 %)	

PERTANYAAN (6 Item)	OBSERVASI
-----------------------------	------------------

	Ya	Tidak
KONTEN: 5 Item		
1. Apakah ada bukti bahwa RS pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko yang dapat terjadi karena penggunaan ICP sebelum di gunakan?		√
2. Apakah sudah ada program pelatihan penggunaan ICP untuk para staf?	√	
3. Apakah telah ada kesepakatan tentang penyimpanan ICP setelah digunakan?		√
4. Apakah ada sistem untuk memberikan umpan balik tentang variasi yang terjadi dalam ICP kepada pasien?		√
5. Apakah telah ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan training penggunaan ICP?		√
MUTU: 1		
6. Apakah formulir ICP dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien?	√	
TOTAL	2 (66,66%)	

Dimensi 4 Penerapan ICP

Dimensi 5 Proses Maintenance ICP

PERTANYAAN (17 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 4 item		
1. Apakah ICP direview setiap tahun atau kurang?	√	
2. Apakah ada individu staf yang bertanggung jawab untuk menjaga ICP?	√	
3. Apakah ada pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi/format dari ICP?		√
4. Apakah ada pelatihan secara rutin penggunaan ICP untuk para staf baru yang terlibat?		√
MUTU: 13 Item		
5. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview (minimal tiap tahun)		√
6. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview baik penggunaan maupun kelengkapan dokumentasinya		√
7. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan adanya clinical evidence baru		√
8. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan variasi/perkecualian yang timbul		√
9. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan outcomes /goals/ objectives yang dicapai		√

10. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan masukan dari para staf		√
11. Kode variasi telah diperbaharui sesuai dengan persyaratan organisasi dan daerah/nasional		√
12. Kode variasi yang digunakan telah direview dan diperiksa untuk penggunaan dan konsistensinya		√
13. Ada bukti bahwa masukan dari staf telah merubah praktek		√
14. Ada bukti bahwa masukan dari pasien telah merubah praktek		√
15. Variasi dan pencapaian goals /outcomes/ objectives telah di-umpan-balikan kepada para staf		√
16. Variasi dan pencapaian goals/outcomes/objectives telah di-umpan balikkan kepada pasien		√
17. Pasien terlibat dalam mereview isi dari ICP		√
TOTAL	2 (11,8%)	

Dimensi 6. Peran Organisasi Untuk ICP

PERTANYAAN (15 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 3 item		
1. Apakah dalam perencanaan ditingkat RS memuat yang secara spesifik rencana untuk mengembangkan ICP?	√	
2. Apakah pengembangan ICP didukung oleh Komite Medik?	√	
3. Apakah ICP dijadikan bukti bahwa RS telah menjalankan Clinical Governance?		√
MUTU: 12 Item		
4. Individu yang mengembangkan ICP adalah klinisi	√	
5. Ada tim strategik yang mereview seluruh proses pengembangan ICP		√
6. Ada bukti bahwa ICP terintegrasi kedalam inisiatif lain yang dimiliki RS		√
7. Ada pedoman RS untuk dokumentasi ICP		√
8. RS menyadari bahwa ICP melibatkan komitmen perubahan jangka panjang	√	
9. Aspek manajemen resiko RS telah dipertimbangkan dengan baik pada proses pengembangan ICP		√
10. Ada pengelolaan (manajemen) untuk program pengembangan ICP		√
11. Target RS terkait pengembangan ICP haruslah berupa target yang dapat tercapai (<i>achievable</i>)		√

12. Dokumentasi ICP mencerminkan kebijakan RS dalam dokumentasi pelayanan klinik (<i>clinical documentation</i>)		√
13. Sistem pelaporan variasi pada ICP mencerminkan kebijakan RS dalam mengelola variasi pelayanan klinik		√
14. Ada alokasi waktu yang cukup untuk mengembangkan ICP		√
15. Ada pelatihan yang komprehensif untuk mengembangkan dan menggunakan ICP	√	
TOTAL	5 (33,33 %)	

2. Hasil Penilaian Kesesuaian Format Clinical Pathway Bersarkan ICPAT setelah penelitian

Pada Dimensi 1 : Apakah Benar ICP

PERTANYAAN (12 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 10 item		
1. Apakah ICP punya titik awal?	√	
2. Apakah ICP punya titik akhir?	√	
3. Apakah ICP memberikan outline (garis besar) mengenai proses pelayanan atau terapi?	√	
4. Apakah ICP menggambarkan perjalanan/alur pelayanan yang akan diterima pasien (misalnya dalam rangkaian hari, minggu, bulan, tahap, dsb)?	√	
5. Apakah ICP mencakup kontinuitas pelayanan/terapi selama 24 jam (bila diperlukan)?	√	
6. Apakah ICP juga berguna untuk mengingatkan para staf pada saat pelayanan?	√	
7. Apakah formulir ICP dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien?	√	
8. Apakah dokumentasi ICP dapat mencatat secara spesifik pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien?	√	
9. Apakah ICP dapat membantu pengambilan keputusan atau menunjukkan fokus perhatian pada faktor-faktor lain seperti komorbiditas, faktor resiko atau masalah lain?	√	
10. Apakah ada ruang dalam formulir ICP untuk menulis variasi atau perkecualian terkait dengan kondisi atau pelayanan pasien?	√	
MUTU: 2 item		
11. Dokumen ICP digunakan sebagai bagian/kesatuan dalam pelayanan/terapi	√	

12 ICP menggambarkan siapa saja yang berkontribusi dalam pelayanan	√	
TOTAL	100 %	

Pada Dimensi 2 Mengevaluasi Dokumentasi ICP

PERTANYAAN (27 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 23 item		
1. Apakah judul ICP memuat secara jelas jenis penderita/penyakit?	√	
2. Apakah ada intruksi penggunaan formulir ICP?	√	
3. Apakah ada penjelasan mengenai keadaan dimana pasien tidak dapat menggunakan ICP ini (kriteria eksklusi)?	√	
4. Apakah ada mekanisme untuk mengidentifikasi bahwa pasien sebenarnya masuk dalam ICP lain (bila memerlukan)?	√	
5. Apakah ada nomor halaman disetiap halaman?	√	
6. Apakah ada jumlah total halaman disetiap halaman?	√	
7. Apakah ada nomor versi/revisi dari formulir ICP?	√	
8. Apakah ada tanggal kapan ICP tersebut dikembangkan/berlaku pada formulir ICP?	√	
9. Apakah ada tanggal rencana review dokument ICP?	√	
10. Apakah semua singkatan/istilah dijelaskan dalam dokumen ICP?terkait dengan kondisi atau pelayanan pasien?	√	
11. Apakah ada ruang untuk menuliskan nama pasien disetiap halaman?	√	
12. Apakah ada contoh tanda-tangan (paraf) untuk setiap staf/klinisi yang akan mengisi formulir ICP?	√	
13. Apakah ada instruksi tentang bagaimana cara mencatat variasi/perkecualian?	√	
14. Apakah ada peringatan akan pentingnya melengkapi variasi/perkecualian?	√	
15. Apakah sistem pencatatan variasi/perkecualian memuat data: tanggal, jam, deksripsi variasi, tindakan yang diambil dan tanda-tangan/paraf?	√	
16. Apakah ada sistem pengingat bahwa harus ada justifikasi profesional sewaktu akan memberikan pelayanan/terapi yang diminta atau dibutuhkan oleh pasien?	√	
17. Apakah pasien memiliki akses kepada ICP mereka?	√	
18. Apakah ada kondisi dimana pasien mengisi beberapa bagian dari ICP?	√	
19. Apakah ICP memasukan pernyataan persetujuan (<i>consent</i>) pasien terhadap pelayanan/terapi yang diberikan (bila diperlukan)?	√	

20. Apakah isi ICP berdasarkan referensi?	√	
21. Apakah ada penjelasan dimana tempat membuat catatan tambahan dalam dokumentasi ICP?	√	
22. Apakah dijelaskan dimana ICP disimpan saat digunakan?	√	
23. Apakah sistem dokumentasi ICP memenuhi standard dokumentasi RS dan Nasional?	√	
MUTU: 4 Item		
24. Outcome/Tujuan untuk pasien di tetapkan dengan jelas	√	
25. Instruksi penggunaan ICP dicantumkan dengan jelas	√	
26. Ada penjelasan mengenai partisipasi pasien dalam ICP	√	
27. Ada mekanisme untuk mencatat pelaksanaan pemberian penjelasan variasi kepada pasien	√	
TOTAL	27 (100%)	

Pada Dimensi 3 Proses Pengembangan ICP

PERTANYAAN (30 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 13 item		
1. Apakah dalam notulen pertemuan terdapat daftar absensi staf yang terlibat dalam proses penyusunan?	√	-
2. Apakah ada catatan mengenai keputusan-keputusan yang diambil terkait dengan isi dari ICP?	√	-
3. Apakah review praktek-praktek yang telah dilaksanakan menjadi dasar dari pengembangan ICP?	√	-
4. Apakah pencarian literatur dilakukan untuk menetapkan isi dari ICP?	√	-
5. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk memasukkan sebuah referensi?	√	-
6. Apakah ada catatan dalam proses pengembangan alasan untuk tidak memasukkan sebuah referensi?	√	-
7. Apakah ada staf penanggung jawab terhadap kerahasiaan pasien yang mereview ICP?	√	-
8. Apakah ada perwakilan pasien yang turut mereview ICP untuk memastikan kerahasiaan pasien?	√	
9. Apakah ICP telah diuji coba?	√	
10. Apakah variasi/perkecualian diaudit saat uji-coba?	√	
11. Apakah outcome/tujuan diaudit saat uji-coba?	√	
12. Apakah dilakukan audit penggunaan ICP saat uji coba?	√	

13. Apakah ada umpan balik dari hasil audit penggunaan ICP saat uji coba?	√	
MUTU: 17 Item		
14. Standar dokumentasi yang telah ada sebelumnya telah diaudit sebelum mengembangkan ICP	√	-
15. Semua referensi, pedoman dan petunjuk teknis yang digunakan dalam ICP tersedia untuk para staf untuk dipelajari	√	-
16. Penilaian terhadap referensi yang digunakan dilakukan secara komprehensif	√	-
17. Resiko klinik dipertimbangkan sebagai bagian dari ICP	√	-
18. Diskusi tentang isi dari ICP dilakukan secara komprehensif	√	-
19. Pelatihan, pendidikan dan kompetensi staf diperhatikan sebagai bagian dari isi ICP	√	-
20. Semua perwakilan staf yang akan menggunakan ICP telah dilibatkan dalam proses pengembangan	√	-
21. Pasien dilibatkan dalam pengembangan ICP	√	-
22. Kebutuhan pasien yang multi-kultur telah dipertimbangkan	√	-
23. Pendapat para staf mengenai ICP dikumpulkan saat uji coba	√	-
24. Persyaratan hukum telah terpenuhi dalam uji coba	√	-
25. Semua staf dan pasien (bila diperlukan) yang diminta mengisi ICP telah melaksanakan hal itu saat uji coba.	√	-
26. Pada uji coba telah diidentifikasi area ketidakpatuhan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS	√	-
27. Pada uji coba telah diidentifikasi area yang dapat tidak digunakan dengan resiko yang dapat ditolerir oleh RS.	√	-
28. Jumlah sampel pasien untuk uji coba ICP mencukupi	√	-
29. Pendapat pasien dikumpulkan pada saat uji coba	√	-
30. Hasil uji-coba telah didiskusikan dengan pasien.	√	-
TOTAL	30 (100 %)	

Dimensi 4 Penerapan ICP

PERTANYAAN (6 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 5 Item		
1. Apakah ada bukti bahwa RS pada proses pengembangan telah menelaah kemungkinan resiko yang dapat terjadi karena penggunaan ICP sebelum di gunakan?	√	-
2. Apakah sudah ada program pelatihan penggunaan ICP untuk para staf?	√	-
3. Apakah telah ada kesepakatan tentang penyimpanan ICP setelah digunakan?	√	-
4. Apakah ada sistem untuk memberikan umpan balik tentang variasi yang terjadi dalam ICP kepada pasien?	√	-
5. Apakah telah ada alokasi sumber daya untuk melaksanakan training penggunaan ICP?	√	-
MUTU: 1		
6. Apakah formulir ICP dapat digunakan untuk mencatat pelayanan yang didapat oleh individu pasien?	√	-
TOTAL	6 (100 %)	

Dimensi 5 Proses Maintenance ICP

PERTANYAAN (17 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 4 item		
1. Apakah ICP direview setiap tahun atau kurang?	√	
2. Apakah ada individu staf yang bertanggung jawab untuk menjaga ICP?	√	
3. Apakah ada pelatihan bagi para staf saat ada perubahan isi/format dari ICP?	√	
4. Apakah ada pelatihan secara rutin penggunaan ICP untuk para staf baru yang terlibat?	√	
MUTU: 13 Item		
5. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview (minimal tiap tahun)	√	
6. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview baik penggunaan maupun kelengkapan dokumentasinya	√	
7. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan adanya clinical evidence baru	√	

8. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan variasi/perkecualian yang timbul	√	
9. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan outcomes /goals/ objectives yang dicapai	√	
10. Isi dan dokumentasi ICP secara rutin telah direview berdasarkan masukan dari para staf	√	
11. Kode variasi telah diperbaharui sesuai dengan persyaratan organisasi dan daerah/nasional	√	
12. Kode variasi yang digunakan telah direview dan diperiksa untuk penggunaan dan konsistensinya	√	
13. Ada bukti bahwa masukan dari staf telah merubah praktek	√	
14. Ada bukti bahwa masukan dari pasien telah merubah praktek	√	
15. Variasi dan pencapaian goals /outcomes/ objectives telah di-umpan-balikan kepada para staf	√	
16. Variasi dan pencapaian goals/outcomes/objectives telah di-umpan balikkan kepada pasien	√	
17. Pasien terlibat dalam mereview isi dari ICP	√	
TOTAL	(100 %)	

Dimensi 6 Peran Organisasi Untuk ICP

PERTANYAAN (15 Item)	OBSERVASI	
	Ya	Tidak
KONTEN: 3 item		
1. Apakah dalam perencanaan ditingkat RS memuat yang secara spesifik rencana untuk mengembangkan ICP?	√	
2. Apakah pengembangan ICP didukung oleh Komite Medik?	√	
3. Apakah ICP dijadikan bukti bahwa RS telah menjalankan Clinical Governance?	√	
MUTU: 12 Item		
4. Individu yang mengembangkan ICP adalah klinisi	√	
5. Ada tim stratejik yang mereview seluruh proses pengembangan ICP	√	
6. Ada bukti bahwa ICP terintegrasi kedalam inisiatif lain yang dimiliki RS	√	
7. Ada pedoman RS untuk dokumentasi ICP	√	
8. RS menyadari bahwa ICP melibatkan komitmen perubahan jangka panjang	√	

9. Aspek manajemen resiko RS telah dipertimbangkan dengan baik pada proses pengembangan ICP	√	
10. Ada pengelolaan (manajemen) untuk program pengembangan ICP	√	
11. Target RS terkait pengembangan ICP haruslah berupa target yang dapat tercapai (<i>achievable</i>)	√	
12. Dokumentasi ICP mencerminkan kebijakan RS dalam dokumentasi pelayanan klinik (<i>clinical documentation</i>)	√	
13. Sistem pelaporan variasi pada ICP mencerminkan kebijakan RS dalam mengelola variasi pelayanan klinik	√	
14. Ada alokasi waktu yang cukup untuk mengembangkan ICP	√	
15. Ada pelatihan yang komprehensif untuk mengembangkan dan menggunakan ICP	√	
TOTAL	15 (100 %)	

Master Tabel

No	Inisial	Diagnosa	JK	Umur	Kelas	Efektifitas ICP	Outcome	LOST	COST	Readmisi
1	A	GEA	2	9	1	0	0	0	0	1
2	M	GEA	1	3	3	1	0	0	1	1
3	R	GEA	2	5	3	1	1	1	1	1
4	A	GEA	2	2	2	1	1	1	1	1
5	M	GEA	2	11	3	0	0	0	1	1
6	A	Tipoid	2	14	1	0	1	1	1	1
7	T	Tipoid	2	24	3	1	1	1	1	1
8	A	Tipoid	1	22	1	1	1	1	1	1
9	F	Tipoid	2	27	3	1	1	1	1	1
10	W	Tipoid	2	22	3	1	1	1	1	1
11	R	Cedera Otak	2	39	3	0	1	1	0	1
12	M	Cedera Otak	1	21	3	0	0	1	0	1
13	S	Cedera Otak	2	16	3	1	1	1	0	1
14	S	Cedera Otak	1	51	3	1	0	1	0	1
15	F	Cedera Otak	2	22	3	1	1	1	0	1
16	A	Angina Pectoris	2	35	3	0	0	0	1	0
17	L	Angina Pectoris	1	72	3	1	0	1	1	1
18	J	Angina Pectoris	2	66	1	0	0	0	1	1
19	M	Angina Pectoris	1	55	1	1	1	1	1	1
20	M	Angina Pectoris	1	76	1	0	0	0	1	1
21	L	Struma	2	54	1	1	1	1	1	1
22	N	Struma	2	58	3	1	1	1	1	1
23	R	Struma	2	26	3	1	1	1	1	1
24	R	Struma	2	36	3	0	1	1	0	1
25	F	Struma	2	35	3	1	1	1	0	1


Keterangan :

Efektivitas :	JK :	Efektivitas ICP :	LOS
1 = Efektif	1 = L	1 = Lengkap ICP	1 = Berdasarkan ICP
0 = Tidak Efektif	2 = P	0 = Tidak Lengkap ICP	0 = Melebihi hari ICP

Cost : Readmisi :

1 = Rendah	1 = Perawatan Kembali < 30 hari
0 = Tinggi	0 = Perawatan kembali interval waktu 1- 30 hari

**LEMBAR KERJA
PENYUSUNAN CLINICAL PATHWAY
NEUROTRAUMA**

	Clinical Pathway CEDERA KEPALA OTAK	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:00
Nama pasien Tanggal lahir pasien Nomor rekam medik Catatan khusus	: _____ : _____ : _____ : _____ _____ _____ _____	

Aspek Pelayanan	H I	Hari II	Hari III	Hari IV	Hari V	Hari VI	Hari VII
1. Penilaian dan Pemantauan Medis							
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesa : Sakit kepala • Mual dan muntah proyektil • Kejang, • Amnesia • Penurun kesadaran • Paresis saraf kranialis • hemiparese • Gangguan fungsi kognitif dan memori 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan Pemeriksaan fisik • GCS • Funduscopy • Pem Reflex • Pemeriksaan memori MMSE • Pemeriksaa luka 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan							
• Melakukan Pemeriksaan Tanda Vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Monitoring tanda dan gejala Monitoring ABC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Monitor GCS,		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Monitoring kemampuan motorik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Pemeriksaan Penunjang medik (lab, radiologi, dsb							

• Foto polos	<input type="checkbox"/>						
• Laboratorium Darah Rutin	<input type="checkbox"/>						
• CT scan kepala	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>				
4. Terapi							
Pemasangan IV line Posisi kepala 20-30°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Beebaskan jalan nafas	<input type="checkbox"/>						
• Anti edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Manitol 20 % dosis 0,25-1 gr/kg bb Tapering off		<input type="checkbox"/>					
• Simptomatik Antikonvulsan inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Antikonvulsan tab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Analgetik inj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>
5. Medikasi (Obat-obatan, cairan IV, tranfusi, dsb)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan cairan, makanan tambahan, dsb)							
			<input type="checkbox"/>				
7. Kegiatan							
• BedRest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Posisi kepala 20-30°							
8. Konseling psikososial (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)							
Konsul bedah saraf untuk tindakan selanjutnya	<input type="checkbox"/>						
Batuk disampaikan utk mencegah terjadi TIK		<input type="checkbox"/>					
Keluarga melatih motorik			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan							

alat, rehabilitasi, dsb)							
Perlu rehabilitasi selama dan sesudah opname		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Rencana discharge (penilaian outcome pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)							
• GCS meningkat						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keadaan umum membaik						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tek darah terkontrol				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CT scan ulang, perdarahan berkurang							<input type="checkbox"/>
• pulang							<input type="checkbox"/>

Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan
Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama : Tumor Otak		Kode ICD 10	
Diagnosa Penyerta:		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9	28.2 atau 28.3
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

Daftar Pustaka

1. Albert Health Services 2014, Seizure managemen in A Patient with primary and Mtastatic Brain Tumoor. Albrta Health Services Canada

	<p>a. 1. Apoteker mengisi form rekonsiliasi awal</p> <p>b. 2. Interview ke pasien/ keluarga pasien mengenai obat yang rutin digunakan selama 3 (tiga) bulan terakhir dan obat yang dibawa kerumah sakit</p> <p>c. 3. Konfirmasi ke DPJP hasil rekonsiliasi untuk pertimbangan terapi selanjutnya.</p> <p>d. 4. Obat yang dibawa oleh pasien disimpan dan dikelolah oleh farmasi sesuai intruksi terapi DPJP</p> <p>2. Rekonsiliasi obat saat transfer</p> <p>a. Sama dengan point 1 hanya diisi pada form yang berbeda dan obat pasien yang dibawa pasien disimpan dan dikelolah oleh petugas farmasi diruang transfer</p>									
7. DIAGNOSIS	Cedera Otak Ringan (Concussion) S06.0									Diagnosa bisa bertambah sesuai kondisi pasien / Varian
a. DIAGNOSIS MEDIS										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	<p>1. Nyeri akut b/d agen cidera biologis kontraktur (terputus) (D.0077)</p> <p>2. Hambatan atau gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan persepsi/kognitif (D.0054)</p> <p>3. Kerusakan memory b/d hipoksia, gangguan neurologis (D.0062)</p> <p>4. Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh b/d trauma jaringan otak (D.0130)</p>									Masalah Keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab
	5. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d penurunan ruangan untuk perfusi serebral, sumbatan aliran darah serebral.(D.0017)									
	6. Risiko infeksi (D.0142)									
	7. Risiko perdarahan b/d trauma riwayat jatuh (D.0012)									
	8. Resiko ketidakseimbangan volume cairan b/d perubahan kadar elektrolit (D.00036)									
	9. Risiko cedera b/d penurunan tingkat kesadaran, gelisah, agitasi, gerakan in- folunter dan kejang (D.0136)									
	10. Ansietas (D.0080)									
c. DIAGNOSIS GIZI	<p>1. N1-21 Kekurangan Intake makanan dan minuman oral</p> <p>2. N1-5.1 Peningkatan zat gizi tertentu</p> <p>3. NC-1.1 Kesulitan Menelan</p> <p>4. NC.1.2 Kesulitan Mengunyah</p>									Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
8. DISCHARGE PLANNING	<p>Di anjurkan keluarga untuk membantu melatih motoric, kognitif dan lain lain</p> <p>Segera bawa ke rs jika terjadi muntah dan sakit di kepala yg tak tertahankan atau tanda tanda peningkatan tekanan in- tarkarnial</p> <p>Lakukan pemeliharaan kulit/ diri dengan benar</p>									Program Pendidikan Pasien dan Keluarga

9. EDUKASI/INFORMASI MEDIS	Di sarankan untuk tidak batuk agar mencegah terjadinya peningkatan TIK									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Perlu rehabilitasi selama dan sesudah opname									
a. EDUKASI & KONSELING GIZI	Pemberian edukasi gizi kepada pasien, keluarga pasien dan penunggu pasien tentang diet tinggi energy, tinggi protein, (TETP), tujuan, syarat bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, pembatasan diet, mengelola atau memodifikasi makanan dan pilihan aktivitas fisik serta kebiasaan dalam mempertahankan/meningkatkan kesehatannya.									Edukasi gizi dapat dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau hari ke 2
b. EDUKASI KEPERAWATAN	1. Jagaan terjadi cedera kepala yang kedua kalinya									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	2. Jika mengendarai kendaraan biasakan untuk mentaati peraturan lalu lintas sehingga dapat menghindarkan dari kecelakaan.									
	3. Segera bawa ke RS jika terjadi muntah dan sakit di kepala yg tak tertahankan									
c. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat : Edukasi dan Informasi a. Kepatuhan minum obat b. Efek samping obat c. Cara menggunakan obat yang benar d. Cara menyimpan obat yang benar									Meningkatkan Kepatuhan pasien meminum/menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
10. TERAPI										
a. OKSIGEN	Oksigen 2-3 l/m									Disesuaikan dengan klinis dan tanda vital Bila terdapat tanda gagal napas
b. CAIRAN INFUS	NaCl 0,9 %									Dosis disesuaikan dengan klinis dan tanda vital
c. OBAT INJEKSI	Antikonvulsan Phenytoin 3x1 Ampul									Sesuai kondisi pasien
	Analgetik inj : Ketrolac atau Metamizole									
	Antibiotik : Ceftriaxone 2x1 gr									
	Anti Gastic Ucler : Ranitin /Omeprazol 2x1 Amp									
	Citicolin 2x1 Amp									
d. OBAT ORAL	Anti Edema : Manitol 20 % dosis 0,25-1 gr/kg bb									Sesuai kondisi pasien
	• Asam Mefenamat 3x1 Tab									Dosis disesuaikan dengan klinis dan tanda vital dan Obat dilanjutkan saat pasien pulang
	• Ranitidine 2x1 Tab									
	• Cifixime 2x200 gr									
	• Citicolin 2x1 gr									
11. TATALAKSANA MEDIS										
a. TLI Medis	Operasi sesuai indikasi pasien									
b. TLI Keperawatan	1. Manajemen Nyeri (I.08238)									Mengacu pada NIC
	2. Dukungan Mobilisasi									
	3. Latihan Memori (I.06188)									
	4. Manajemen Hipertermi (I.15506)									
	5. Manejemn Cairan (I.03098)									
	6. Manajemen Perdarahan (I.02040)									

	7. Batasi gerakan										
	8. Pencegahan Infeksi (I.14539)										
	9. Pencegahan Cedera (I.14537)										
c. TLI GIZI	a. Memenuhi kebutuhan energy dan protein yang meningkat										Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap Pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan preskripsi diet.
	b. Menambah berat badan hingga mencapai berat badan normal.										
	c. Syarat diet /preskripsi diet										
	d. Energi diberikan diatas kebutuhan normal										
	e. Protein diberikan 20-30 % dari kebutuhan energy total										
	f. Karbohidrat diberikan sisa dari kebutuhan energy total										
	g. Vitamin dan mineral cukup										
	h. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna										
d. TLI FARMASI	a. Rekomendasi kepada DPJP : Bila terjadi peningkatan TIK dapat diberikan obat manitol 20 % 0,5 – 1 gr/kg tiap 8 jam. b.Rekomendasi penyimpanan obat : Obat disimpan ditempat yang sejuk.										Sesuai dengan hasil monitoring
12. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)											
a. Dokter DPJP	Asesmen ulang & review Verifikasi Rencana Asuhan										
b. KEPERAWATAN	a. Monitor nyeri										Mengacu pada NOC
	b. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi										
	c. Monitor pola nafas ,bunyi napas monitor sputum										
	d. Monitor status dehidrasi dan berat badan harian										
	e. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/ tajam/tumpul										
	f. Monitor adanya paratese										
	g. Monitor tanda dan gejala infeksi local										
d. GIZI	a. Hasil riwayat terkait makanan dan gizi (asupan makanan dan gizi, kepercayaan/kebiasaan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	b. Monitoring hasil Antropometri										
	c. Monitoring hasil Biokimia										
	d. Monitoring fisik/klins terkait gizi										
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat : a) Penggunaan phenytoin bersama beberapa obat tertentu dapat meningkatkan kadar obat, menurunkan kadar obat atau mengganggu fungsi obat. b) Interaksi obat yang muncul jika ketorolac digunakan bersama obat lainnya yaitu dapat meningkatkan resiko terjadinya perdarahan, jika digunakan bersama obat antikoagulan, antiplatelet, NSAIDs, Kortikosteroid dan antidepresan golongan SSRIs. c) Interaksi obat jika manitol digunakan										Menyusun Software interaksi. Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring

	mengungkapkan gejala cemas2.									
c. GIZI	1. Asupan makan > 80% dari kebutuhan									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	2. Status gizi normal berdasarkan antropometri berat badan menurut umur(BB/U), Tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), indeks massa tubuh (IMT) dan lengkar lengan atas menurut umur (LLA/u).									
d. FARMASI	Terapi Obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
	Tanda tanda vital dalam batas normal									
	Tidak terjadi Interaksi obat									
15. KRITERIA PULANG	a. Tanda tanda Vital Normal									
	b. Sesuai dengan NOC									
	c. GCS meningkat									
	d. Keadaan umum membaik									
	e. Tek darah terkontrol									
	f. CT scan ulang, perdarahan brkurang									
	g. Pasien di bolehkan untuk pulang									
16. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYAN LANJUTAN	a. Perlu rehabilitasi selama dan sesudah opname b. Jangaan terjadi cedera kepala yang kedua kalinya c. Jika mengendarai kendaraan biasakan untuk mentaati peraturan lalu lintas sehingga dapat menghindarkan dari kecelakaan									Pasien membawa resume perawatan/surat rujukan/surat control/Homecare saat pulang.
VARIAN										

.....
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

.....

.....

.....

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
MANAJEMEN KEPERAWATAN MAHASISWA PSMIK-UNHAS

Makassar, Juni 2021

Nomer: 001/U/P-PSMIK-UH/VI/2021

Kepada

Lamp : Daftar Nama Tim Penyusun

Yth

Perihal: Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD)

Untuk Menyusun PPK.PAK.PAKF.PAG dan ICP

Di-

Tempat

Schubungan dengan pelaksanaan penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (PSMIK) dengan judul Tesis **Evaluasi Efektivitas Penerapan Integrated Clinical Pathway Terhadap Patient Outcomes, Los, Hospital Cost, 30 Day Hospital Readmission Rates di RSUD Labuang Baji Kota Makassar** maka dengan ini kami mengundang Bapak/Ibu Tim penyusun kiranya berkenan hadir dalam kegiatan Focus Group Discussion (FGD) untuk 5 Diagnosa yaitu : AIDS, Angina Pectoris, Cedera Kepala, GEA dan Struma yang Insya Allah akan dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Selasa , 29 Juni 2021

Pukul : 09.00 s.d. Selesai

Tempat : Lt. 6 Aula RSUD Labuang Baji

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya, kami haturkan banyak terima kasih.

Mengetahui,

Yang Mengundang

An. Kabag Diklat

Kasubag Perencanaan dan Pengembangan

Suryningsi Dulang

R012181022



NIP. 19701231 199003 1 017

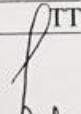





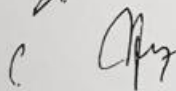

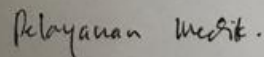
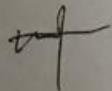


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
MANAJEMEN KEPERAWATAN MAHASISWA PSMIK-UNHAS

Tim Penyusun PPK, PAK,PAKF, PAG dan ICP

No	Diagnosa	Nama
1.	AIDS	1. Dr. Umar Said.,Sp.PD 2. Suwardha Yunus., S.Kep.,Ns.,M.Kep 3. Apt. Sry Astuti.,S.Farm 4. Aditha Surya Desi, S.Gz
2.	Angina Pectoris	1. dr. bogie Putra Palinggi, Sp.JP, FIHA 2. Hj. Sajekti Tjahja Ningrum,S.Kep.,Ns.,M.Kep 3. Apt. Maryam., S.Si 4. Aris, S.Tr.Gz
3.	Cedera Kepala,	1. dr. Wahyudi, Sp.BS 2. Fitria, S.Kep., Ns.,M.Kep 3. Apt. Sukaenah Takwim.,S.Farm 4. Jumaniah, S.Tr.Gz
4	GEA	1. dr. Hj. Rahmi, Sp.A 2. A.Nurinayah, S.Kep.,Ns., M.Kep 3. Apt. Akhsan Nurhady.,S.Farm 4. Suaidah.,SKM
5	Struma	1. dr. Margareth, Sp.B 2. H. Arifudidin, S.Kep.,Ns.,M.Kep 3. Apt. Latifa Mahaya Sarifa.,S.Si 4. Sukianti,S.Tr.Gz

Daftar Hadir Peserta kegiatan FGD penyusunan ppk,pak,pag,pakf dan ICP pada 5 Lima penyakit yaitu Unstable Angina Pectoris, Cedera Kela Ringan, GEA, Nodul Tiroid, HIV/AIDS

No	Nama	Profesi	TTD
1	dr Basile P Palingsi . Sp DR	KSM Keurmatologi	
2	Suwardha Yunus	RSUD Labuang Baji	
3	Dokter Umar	Dokter SP Dalam	
4	No. Nayah	Kepala Ruangan	
5	Lahza	Kepala hrs gizi	
6	SUAIDA	NUTRISIONIS	
7	Apriyawan	Desman	
8	Ismail	—	
9	Sukiant	GI 21	
10	Jumamah	GI 21	
11	Yuliana / Sajolek	CVCU	
12.	Artahad		
13.	Apifuddin.	Kepala Ruangan ok.	
14.	Amir.	Pelayanan Medik.	
15.	dr Margaret		
16	Sujekti		
17.	Mariam		
18	Aditha		
19.			
20.			



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI
JL. Dr. RATULANGI NO. 81 Telp 873482-872120 Fax. 0411-830454
E-mail : rumahakitlabuangbaji@yahoo.co.id
MAKASSAR

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI
Nomor : 17 /LB.02/UMUM-2/VII/2021

TENTANG
PEMBERLAKUAN CLINICAL PATHWAY
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji perlu ditetapkan Clinical Pathway;
 - b. bahwa dalam upaya terciptanya pelayanan kesehatan yang berkualitas di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji, standarisasi proses asuhan klinis, memberikan asuhan klinis tepat waktu, efektif dan dengan menggunakan sumber daya secara efisien secara konsisten, menghasilkan mutu pelayanan tinggi melalui cara-cara berbasis bukti serta menyesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan yang ada sebagaimana tercantum dalam a dan b, perlu menetapkan surat keputusan pemberlakuan Clinical Pathway.
- 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 No.755/MENKES/PER/ VI/2001 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RumahSakit;
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/2008 tentang Rekam Medis;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan No.1438/MENKES/PER /IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 8. Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 2130/VIII/Tahun 2012 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Provinsi Sulawesi Selatan sebagai Satuan Perangkat Daerah untuk menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh.
 9. Surat Perintah Gubernur Sulawesi Selatan Nomor.

821.22/24/2020 tanggal 02 November 2020 tentang Pengangkatan dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pertama Eselon II di Lingkup Provinsi Sulawesi Selatan

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- KESATU** : **KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG PEMBERLAKUAN CLINICAL PATHWAY DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI.**
- KEDUA** : Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum Labuang Baji Meliputi Kasus Penyakit Sebagai Berikut :
1. Demam Tipoid
 2. Unstable Angina Pectoris
 3. Cedera Otak Ringan
 4. Ganstroenteritis Akut (GEA)
 5. Nodul Tiroid (Strumaa)
- KETIGA** : Panduan Clinical Pathway ini digunakan sebagai mekanisme evaluasi penilaian risiko dan meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal di tetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan di perbaiki dan di sesuaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan : Makassar
Pada Tanggal : 28 Juli 2021
Direktur RSUD Labuang Baji



Drg. Abdul Haris Nawawi.,M.Kes
Nip : 19630624 199402 1 001

DOKUMENTASI



