

# Implementasi Mutu & Biaya di Rumah Sakit: Pengalaman RSUP Fatmawati, Jakarta



Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA.  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati, Jakarta.

Disampaikan pada Forum Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan 2007, diselenggarakan oleh PMPK-FK UGM & RS Semen Gresik, Hotel Hyatt Surabaya 28-30 Agustus 2007

# Ruang Lingkup Pembahasan :

1. Pendahuluan
2. Sistem *Clinical Governance* Komite Medik RS Fatmawati.
3. Sistem Pembiayaan DRGs Casemix.
4. *Clinical Pathways* sebagai alat kendali mutu & biaya.
5. *Clinical Pathways*, Audit Medis & Surveilans.
6. *Clinical Pathways, Patient Safety & High Impact Interventions*.
7. Portfolio Kinerja Individu (*Individual Medical Professional Portfolio*).
8. Implementasi & Monitoring.
9. Kesimpulan.

## Pendahuluan - 1

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 631/MENKES/SK/IV/2005  
TENTANG  
PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*) DI RUMAH SAKIT**

**Peran dan Fungsi Komite Medik:  
Menegakkan Etik dan Mutu Profesi**

## Pendahuluan - 2

### Etik:

1. Pelayanan Medis : KODEKI<sup>1</sup>
2. Penelitian Medis:  
Kode Etik Penelitian<sup>2</sup>
3. Pendidikan Kedokteran :  
sementara KODEKI<sup>2</sup>



1. Undang Undang RI No. 29 Tahun 2004 Pasal 8 huruf f dan penjelasannya.
2. Prof DR Dr FA Moeloek (Ketua Konsil Kedokteran) - Komunikasi Pribadi 16 Mei 2007.

dodyfirmanda2007

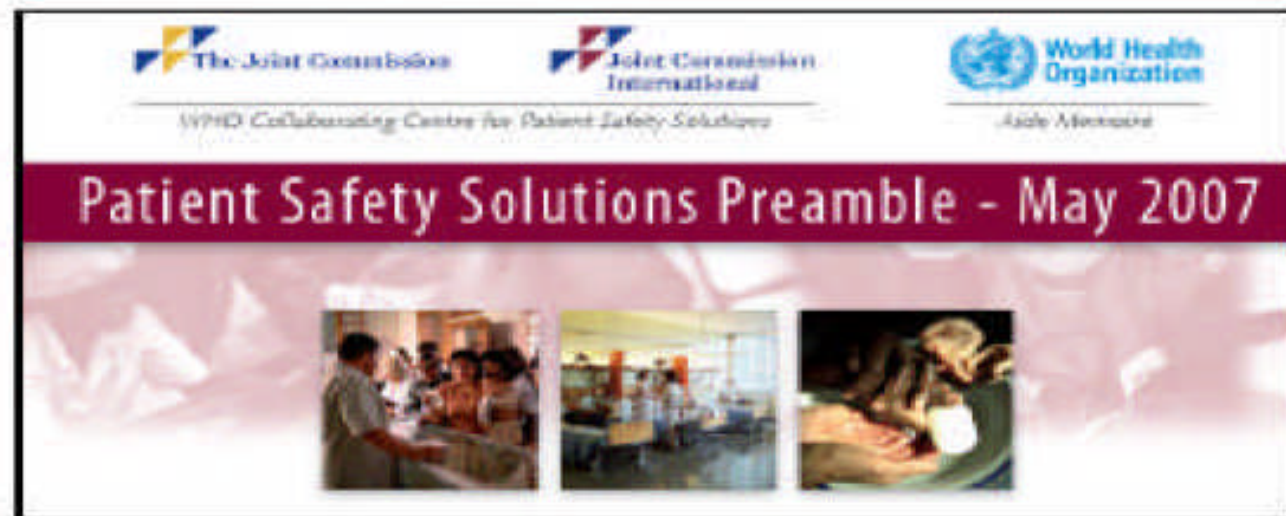
## Mutu Profesi:

*Quality is different things  
to different people  
based on their belief  
and norms<sup>3</sup>*

- Pendahuluan - 4
1. WHO Executive Board 18 Jan 2002
  2. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 3 : Tujuan
  3. WHO Collaborating Centre, Joint Commission & Joint Commission International: Patient Safety Solutions Preamble - May 2007.

## PATIENT SAFETY

Hippocrates : " First Do Not Harm "



Sambar 1. Agenda Nine Patient Safety Solutions dari WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint International.<sup>9</sup>

## Medical Committee's Medical Profession Quality System (Clinical Governance)

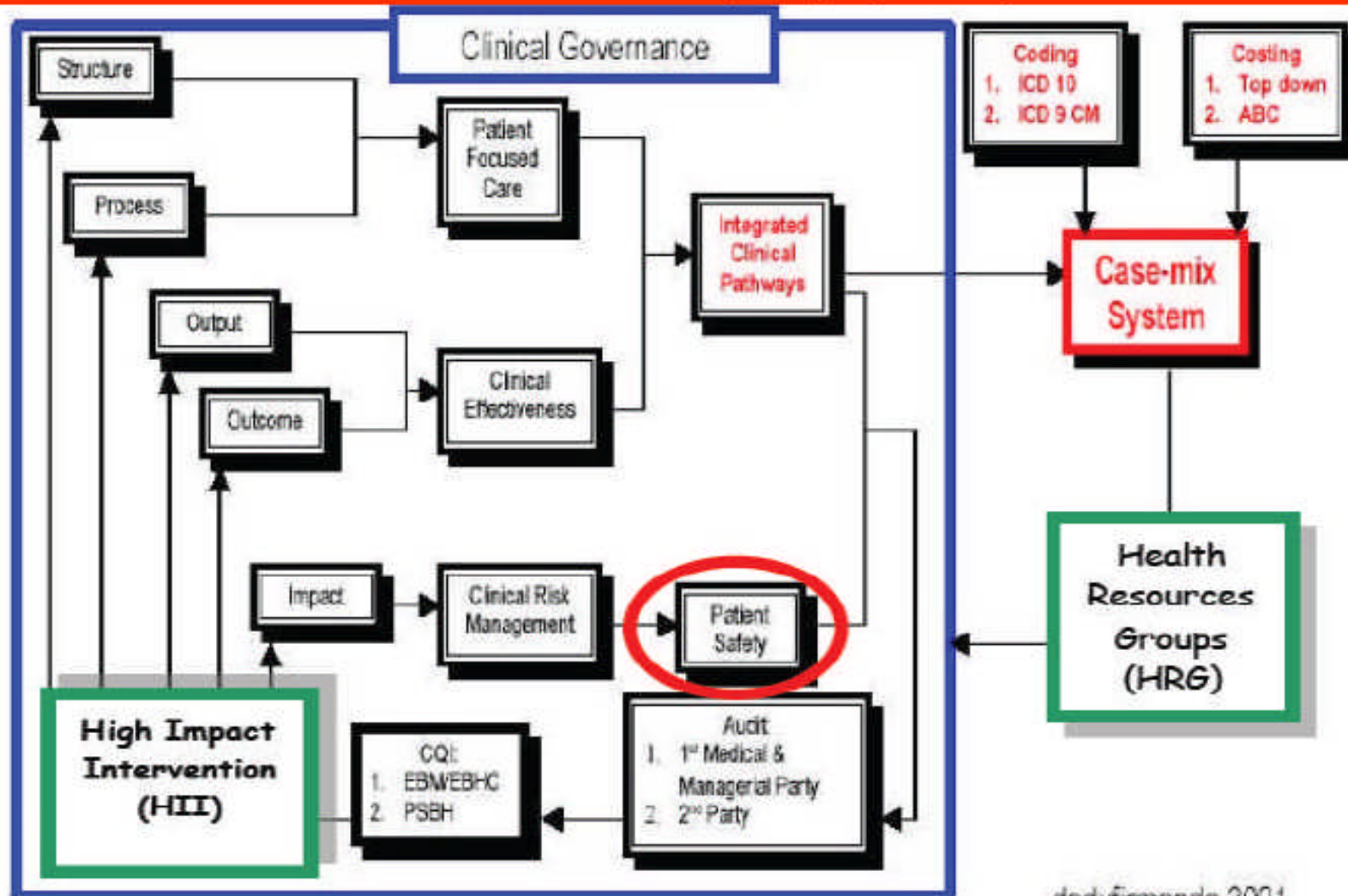


Diagram 2. Fatmawati Hospital's Medical Committee strategy in implementing Clinical Governance (including patient safety) and DRG Casemix System.

# Medical Committee's Framework for the implementation of Patient Safety

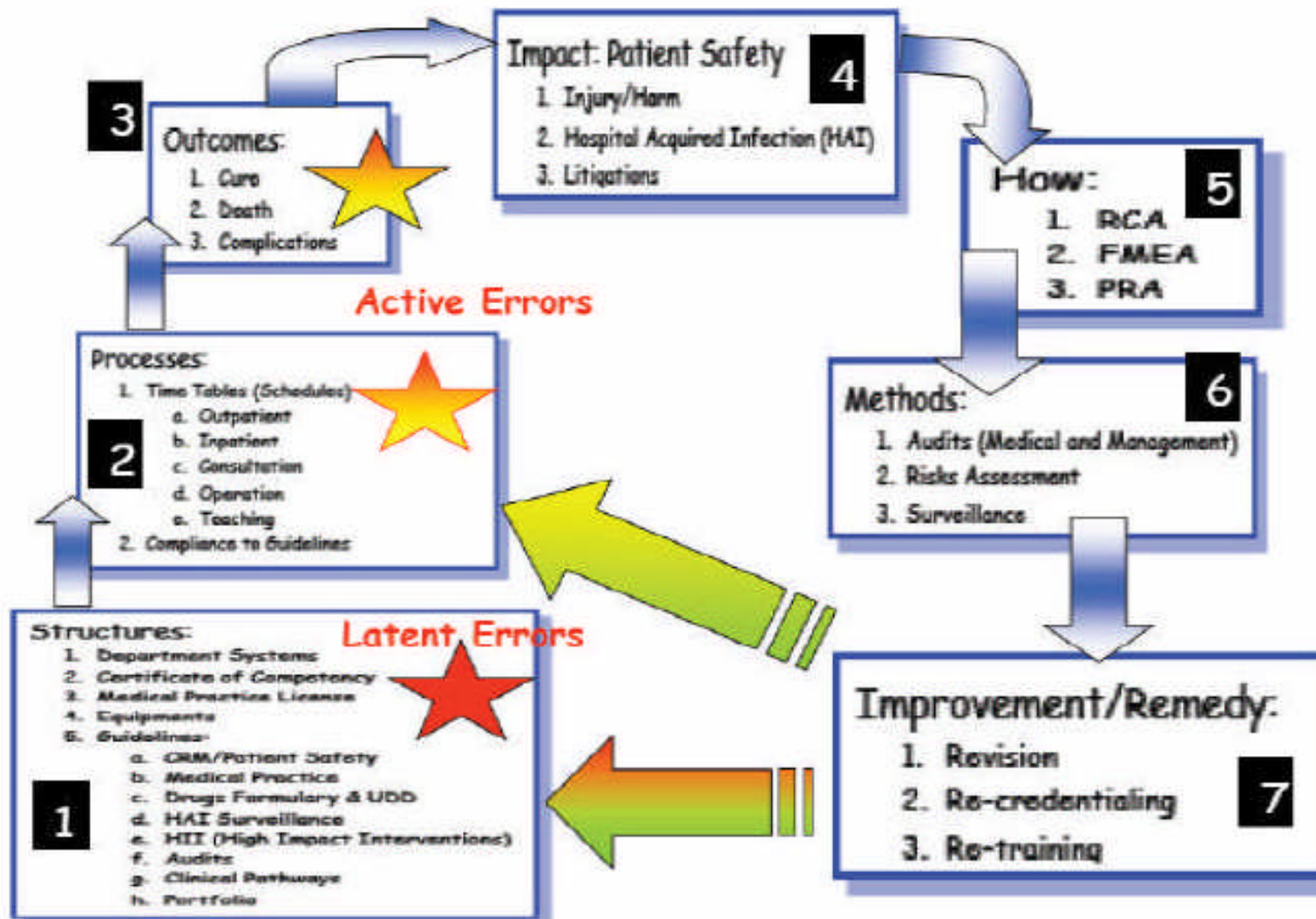


Diagram 3. Framework of Fatmawati Hospital Medical Committee for Patient Safety.



**Inputs 2  
(Structures)  
for Teaching  
Hospital**

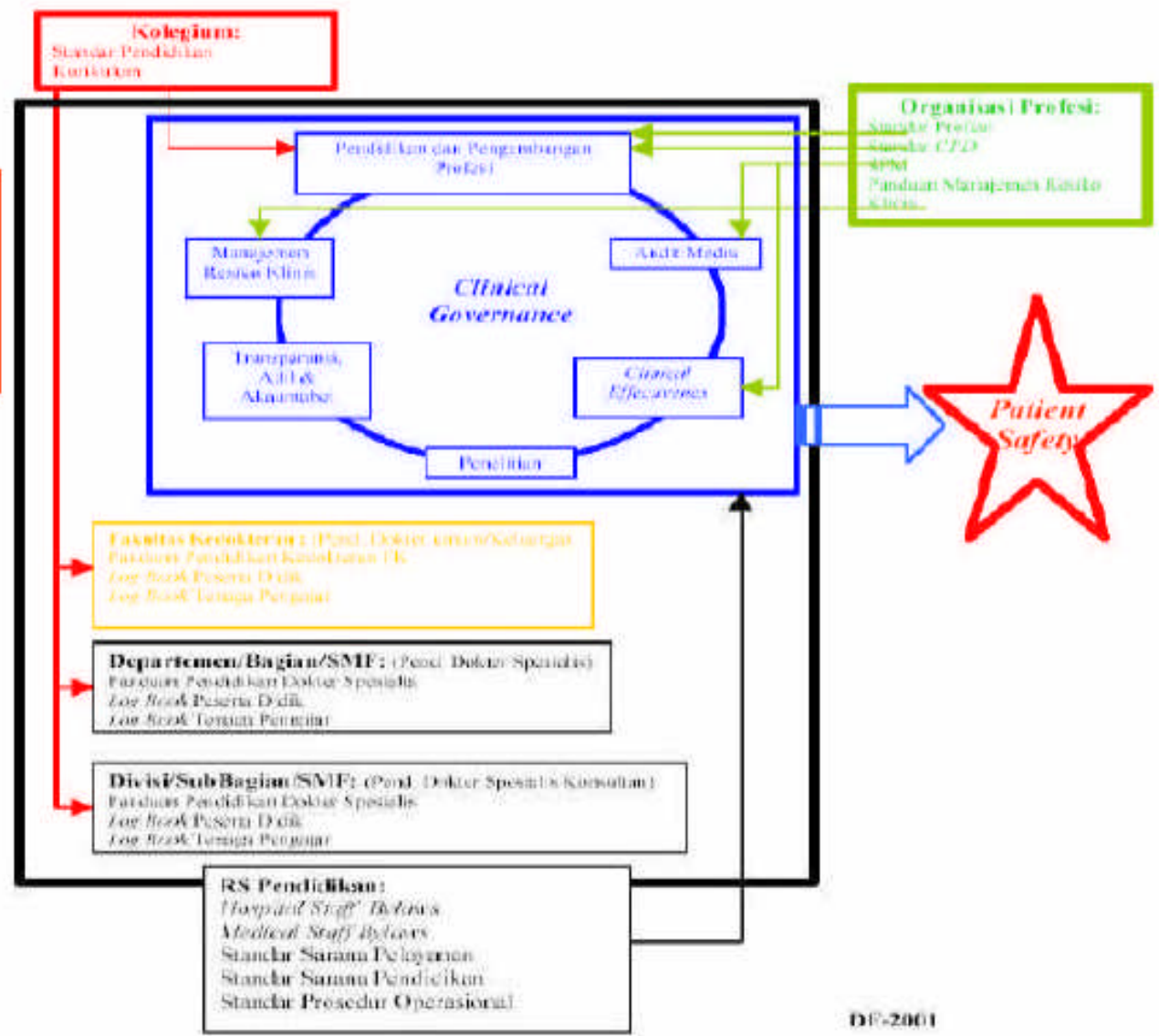


Diagram 5. The structures of Medical Committee for Teaching Hospital in the implementation of patient safety (in Indonesian language).

# Medical Committee in Empowering Medical Professions toward Quality

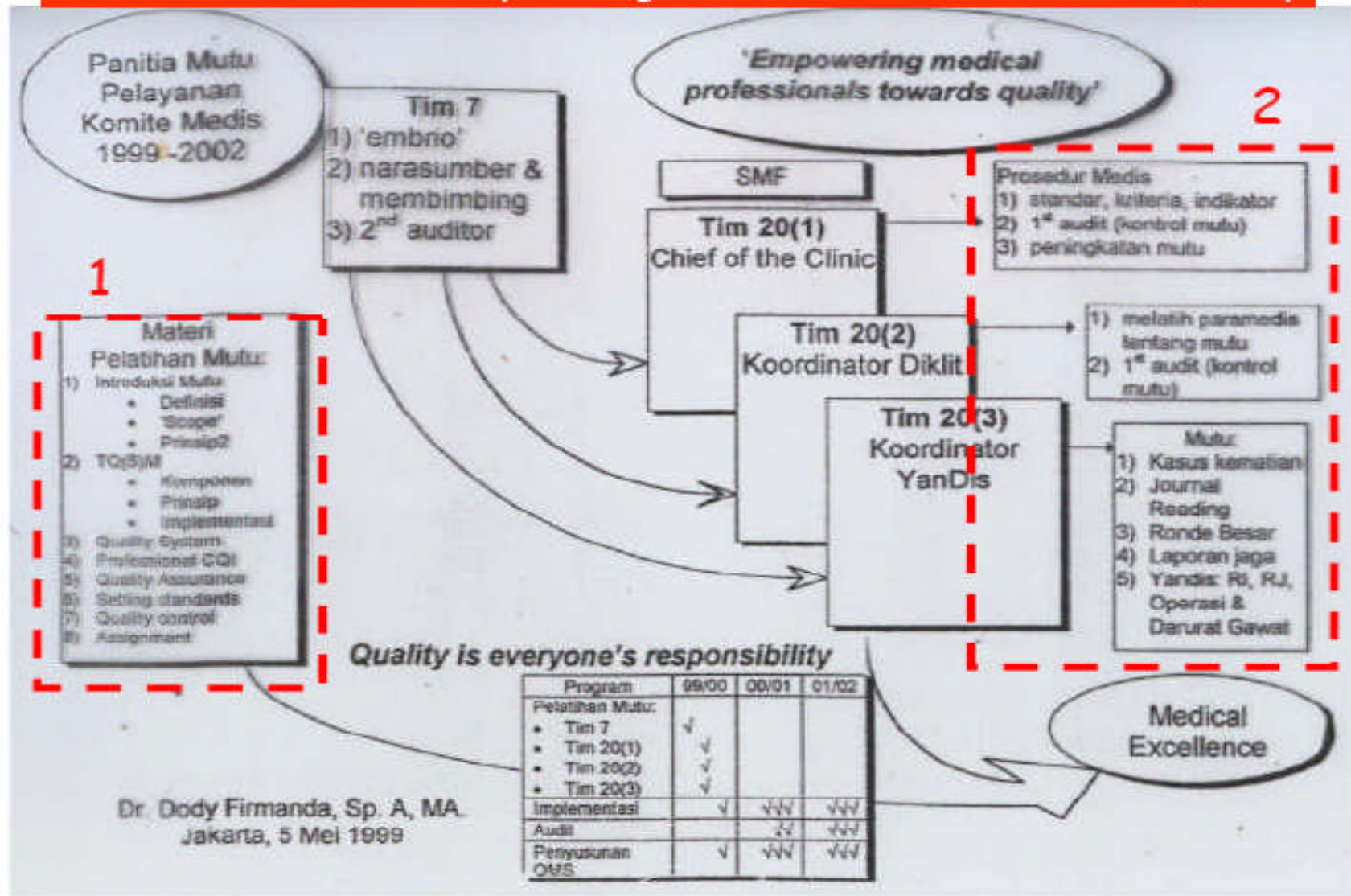
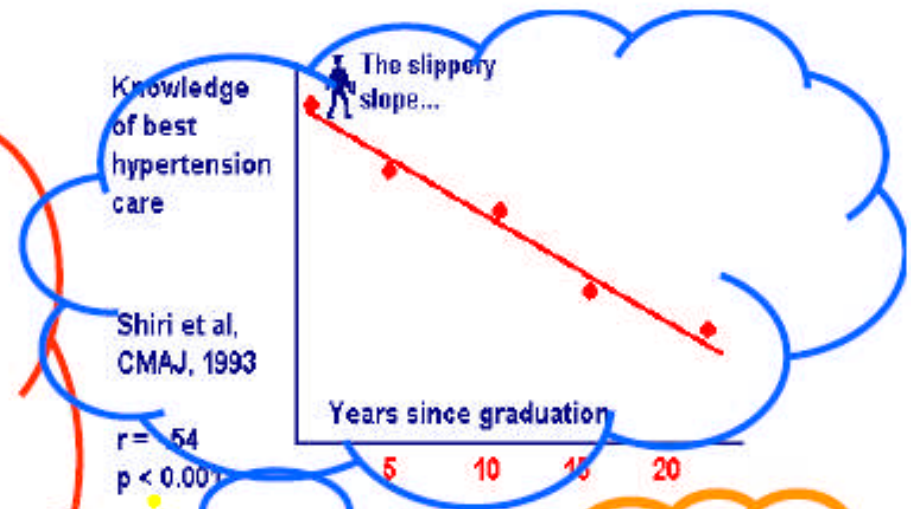
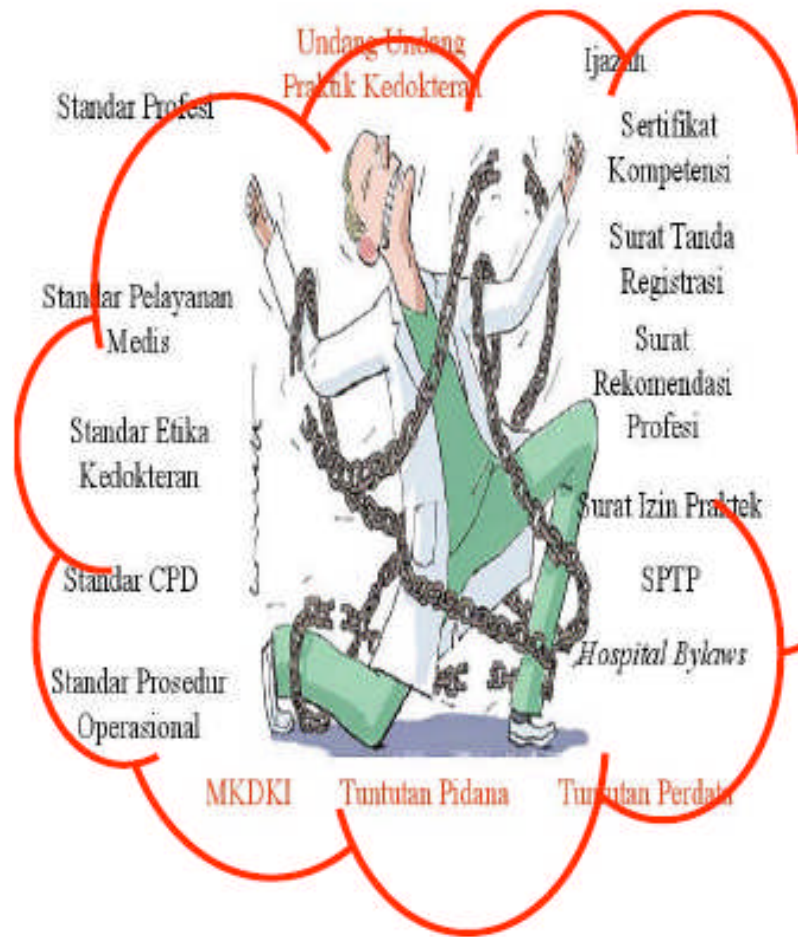
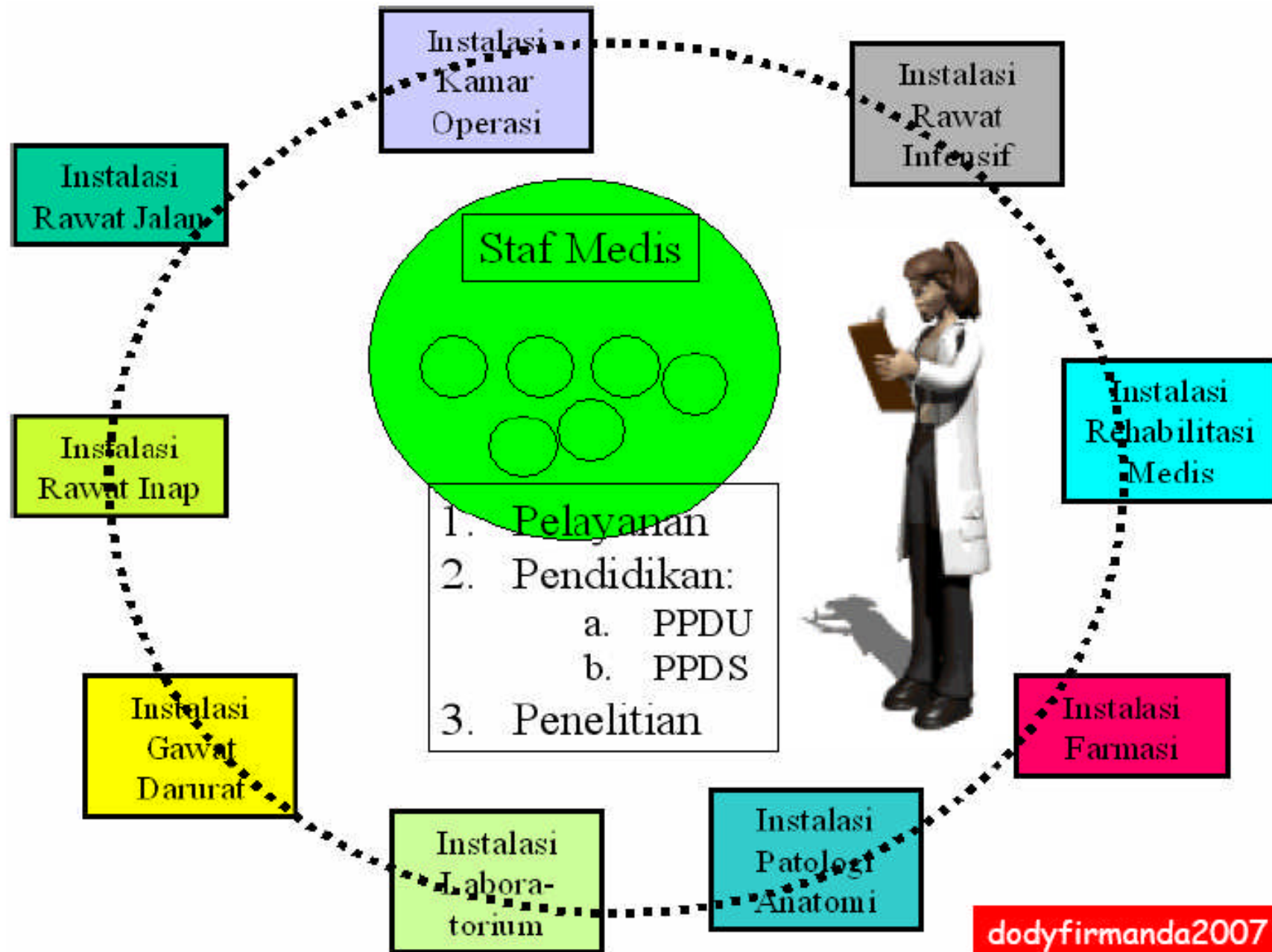


Diagram 1. Fatmawati Hospital's Medical Committee: Strategy in introducing and empowering medical professions toward quality in mid 1999.





Inputs  
(Structures)



Diagram 4. Medical Committee book guidelines for Clinical Governance, Clinical Risks Management, Patient Safety, High Impact Intervention HAT Surveillance, Hospital Drugs Formulary and Clinical Pathways.

dodyfirmanda

**Process:  
Implementation  
of Patient Safety**



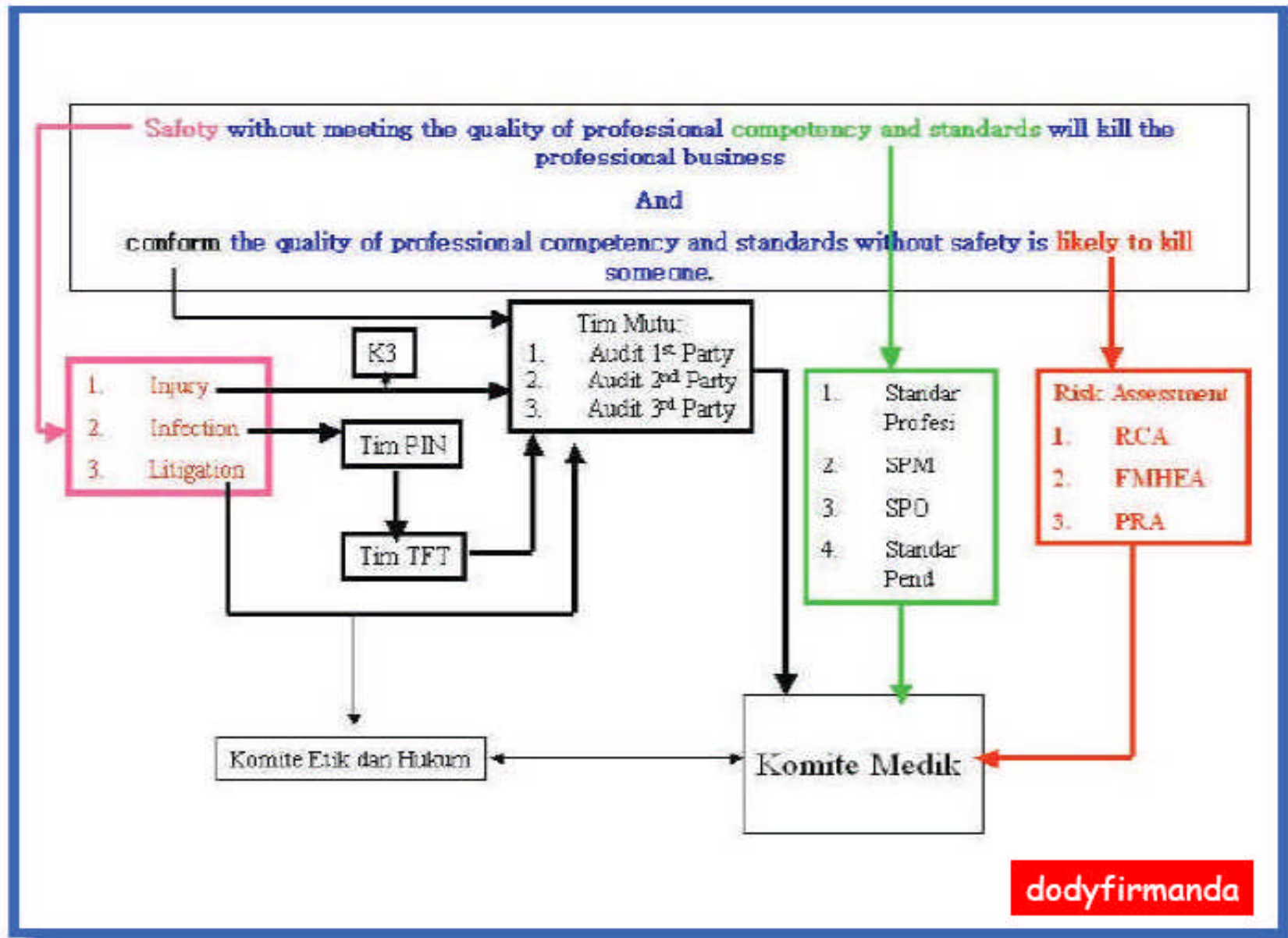
Diagram 6. Medical Committee's flowchart for the implementation of patient safety.

## Manajemen Resiko Klinis

- I. **Konsep** 3 unsur:
  1. **Persepsi** suatu kejadian
  2. **Kemungkinan** (probabilitas) terjadi (*Likelihood Ratio*)
  3. **Konsekuensi** (dampak atau akibat) kejadian (*Impact*)  
\* Matriks Nilai Derajat Resiko = LR x I
- II. **Struktur**: resiko bisa timbul pada setiap segi dan sudut perjalanan pasien selama dirawat
  1. **Sistem**: Sistem Manajemen RS, Sistem Komite Medik, Sistem SMF, Sistem Pendidikan, Sistem Penelitian dll
  2. **Legalitas**: SP, SIP, SPTP
  3. **Kebijakan**: tingkat RS, Instalasi, Komite Medik & SMF
  4. **Prosedur**: SPO/SPM, Daftar Formularium RSF edisi 3 & adendum.
- III. **Model** – Manajemen Resiko Klinis (*Clinical Risk Management/CRM*)
  1. Identifikasi
  2. Analisis: Derajat Resiko, Tingkat Keparahan, Penyebab (RCA)
  3. Penanganan Resiko
  4. Umpan balik
  5. Pendidikan dan pelatihan
  6. **Governance**

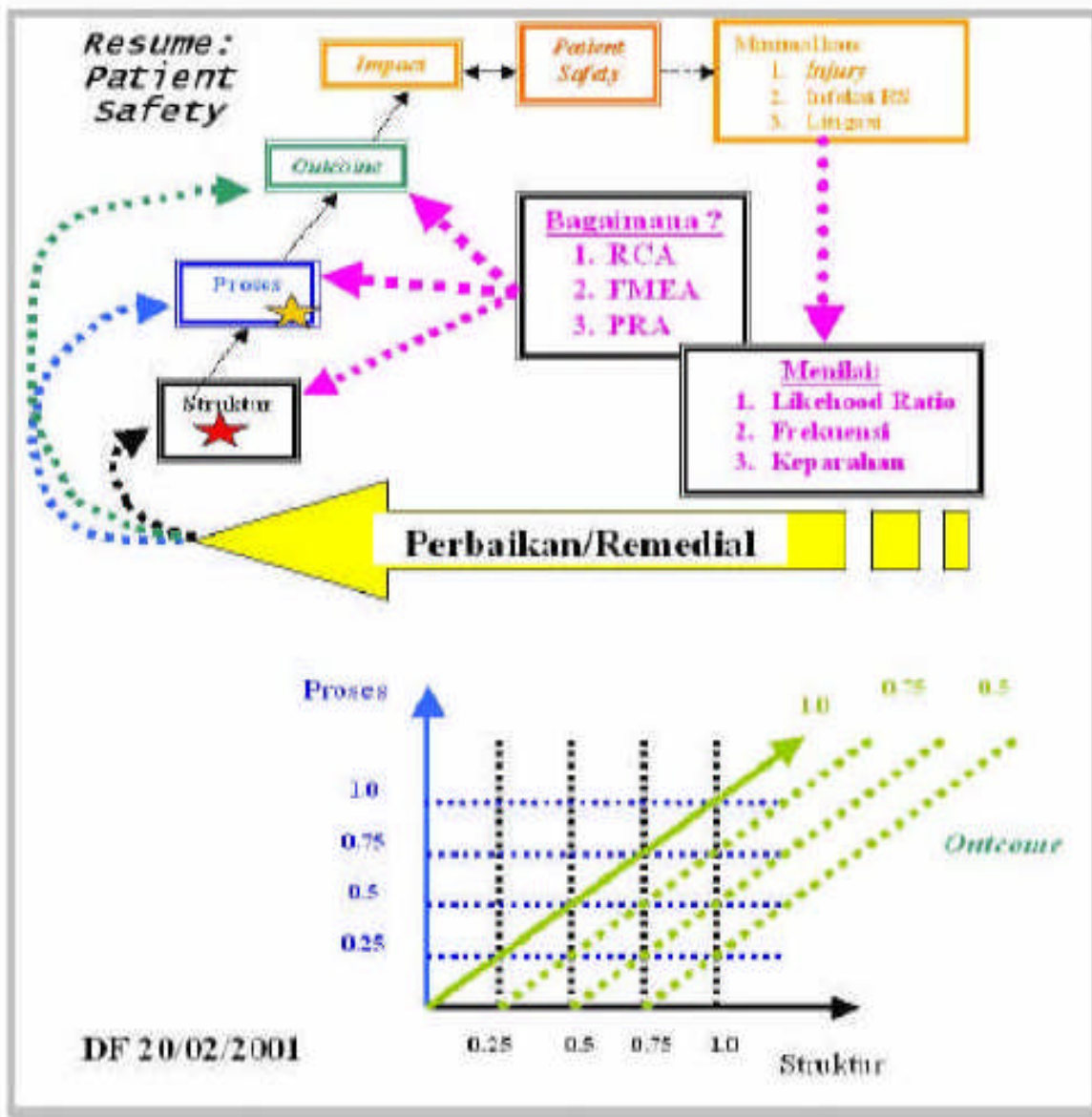
Keputusan Sidang Pleno Komite Medik RSF,  
11 Juli 2005

Gambar 6. Langkah langkah Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risks Management*) Komite Medik RSUP Fatmawati.



Gambar 3. Alur pembagian tugas dalam rangka *Patient Safety* di rumah sakit.





Gambar 2. Kerangka Konsep Patient Safety Komite Medik RSUP Fatmawati

Staf Medis : profesi dan lisensi.

1. Sertifikat Ijazah
2. Sertifikat Kompetensi
3. Surat Registrasi

1. SIP
2. SPTP

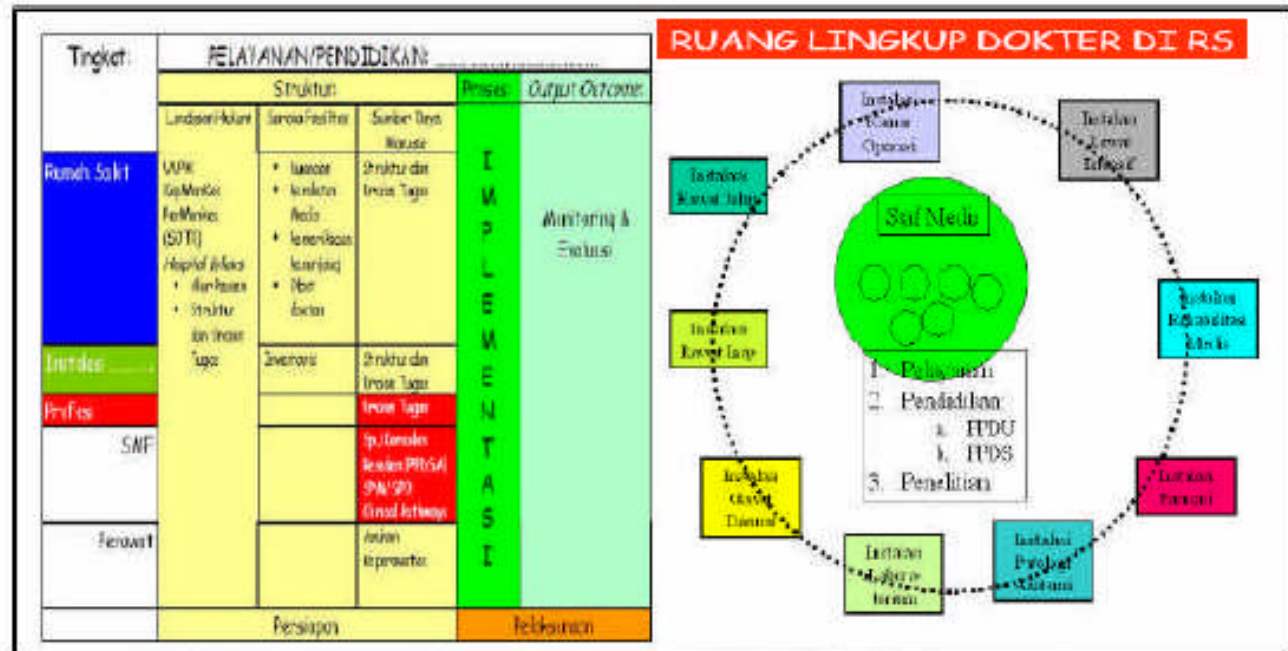
**Kelompok Staf Medis  
(KSM)**

Ketua KSM



### Staf Medis Fungsional (SMF):

1. SMF adalah dokter & dokter gigi yang bekerja di **bidang medis** dalam **jabatan fungsional**.
2. SMF mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan sesuai **standar profesi dan standar pelayanan medis**.
3. Dalam melaksanakan tugasnya, SMF dapat menggunakan pendekatan perorangan maupun Tim dengan tenaga profesi terkait.
4. Dalam melaksanakan tugas dan fungsi
  - a. sebagai **pegawai** bertanggung jawab kepada **Direksi**,
  - b. Dalam **etika dan mutu keprofesian** bertanggung jawab kepada **Komite Medik** serta
  - c. Dalam melaksanakan tugas **pelayanan** bertanggungjawab kepada **Kepala Instalasi**.



Gambar 12. Portfolio ruang lingkup profesi medis di RSUP Fatmawati.

Tingkat:	PELAYANAN/NTCU/PTCU			Proses	Output/Outcome
	Struktur				
	Layanan/Kategori	Sarana/Fasilitas	Sumber Daya Manusia		
Komisi Sakti	UAPK GPMK Fakultas (SPTI) Himpun Ilmiah • Ikatan • Struktur dan Unit Kerja	• Instalasi • Instalasi • Instalasi • Instalasi	Struktur dan Unit Kerja	T M S K I N I K A S I A K T I V I T	Monitoring & Evaluasi
Intidas		Struktur dan Unit Kerja			
Profes		Struktur dan Unit Kerja			
SNF		Spesialisasi Respon PRS/PA SMA/SD Grand Intake			
Perawat		Asuhan Keperawatan			
	Persiapan			Pelaksanaan	

Dr. Lina Rosalia, SpM, SpA

**Siklus Kerja PCTU/NTCU:**

1. Pelayanan rawat inap dan rawat jalan.
2. Pendidikan dan penelitian: PCTU/NTCU
3. Keperawatan rawat inap dan rawat jalan.
4. Menjalankan SPO PCTU/NTCU
5. Menjalankan Clinical Pathway PCTU/NTCU
6. Aspek lainnya: Aspek "Duty Medical Staff" dan aktivitas lainnya dalam Central Intake Rawat Inap

... (Detailed text about the doctor's role and responsibilities) ...

dodyfirmanda2007

Gambar 13. Contoh portfolio ruang lingkup dokter di RSUP Fatmawati



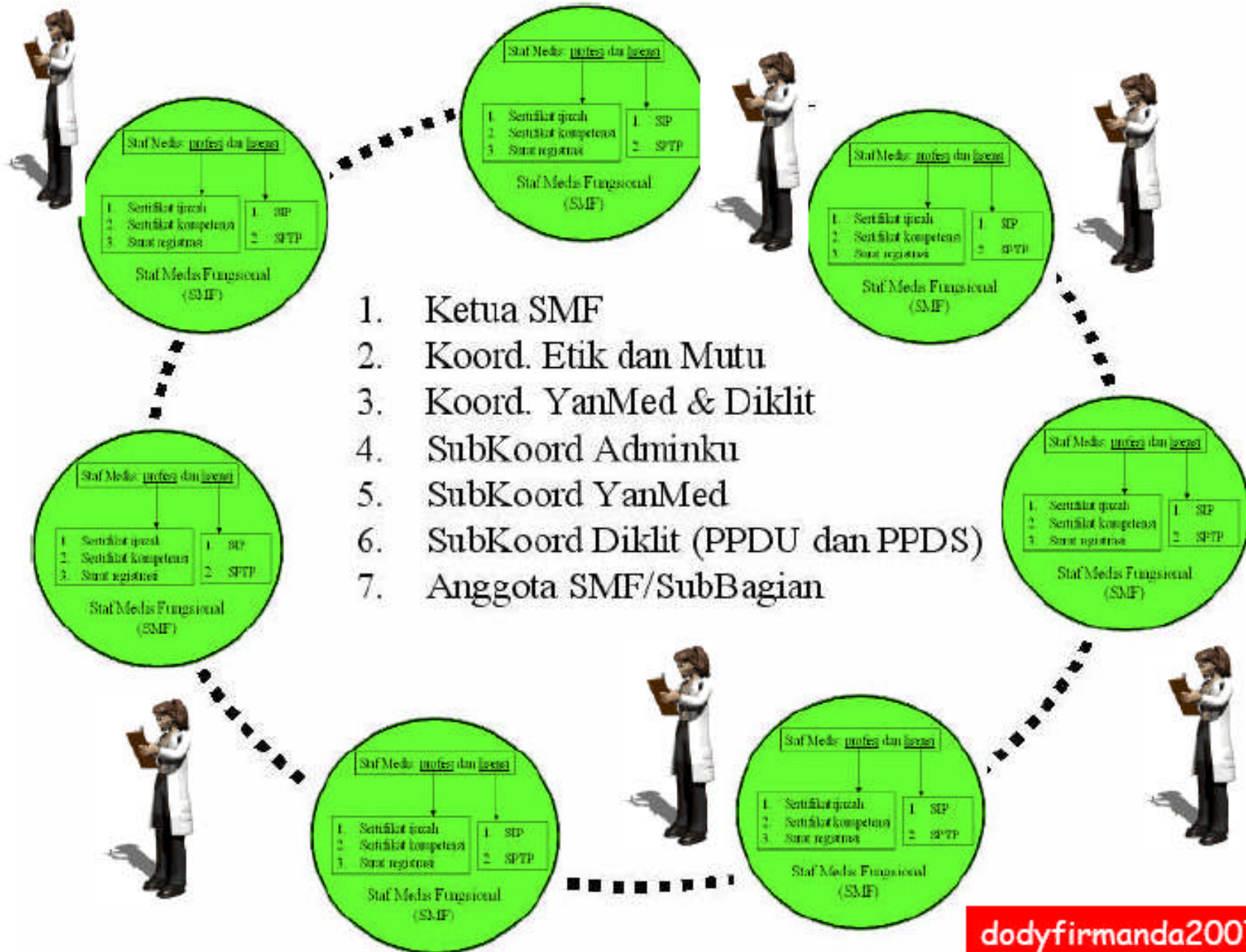
1. Koordinasi Etik dan Mata Pelajaran
  - 1.1. Menetapkan Etik dan Mata Pelajaran SMF Kesehatan Anak
    - i. Menetapkan etik profesi bidang pelayanan medis di institusi secara kolaborasi dengan Kepala Instansi terkait
    - ii. Menetapkan etik profesi bidang pendidikan medis institusi secara kolaborasi dengan Subkoordinator Pendidikan terkait
    - iii. Menetapkan dan bertanggung jawab di bidang pelayanan profesi secara kolaborasi dengan Koordinator Pelayanan Medis SMF Kesehatan Anak dan Kepala Instansi terkait
    - iv. Menetapkan dan bertanggung jawab di bidang pendidikan profesi secara kolaborasi dengan Subkoordinator Pendidikan terkait
  - 1.2. Mempromosikan dan mengawasi pelaksanaan SMF Kesehatan Anak dalam akreditasi RS dengan Koordinator Pelayanan Medis SMF Kesehatan Anak dan Tim Etik dan Mata Pelajaran Medis
  - 1.3. Menetapkan Ketua SMF dalam hal koordinasi dengan Tim Etik dan Mata Pelajaran Medis dan Komite Etik dan Etik Rumah Sakit
  - 1.4. Melakukan *Full Peer Medical Audit* dan aktivitas monitoring Clinical Pathway SMF
2. Subkoordinator Administrasi dan Keuangan
  - 2.1. Melakukan produksi anggaran dan jadwal laporan berkala
  - 2.2. Mengkoordinasi urusan kepegawaian
  - 2.3. Melakukan kontrol arus
3. Subbidang Gastro-Hepatology
  - 3.1. Pelayanan rawat-rap dan rawat jalan
  - 3.2. Pendidikan dan penelitian Gastro-Hepatology
  - 3.3. Koordinasi jaga Kesehatan Anak
  - 3.4. Melakukan SPC Gastro-Enterologi
  - 3.5. Melakukan Clinical Pathway Gastro-Enterologi

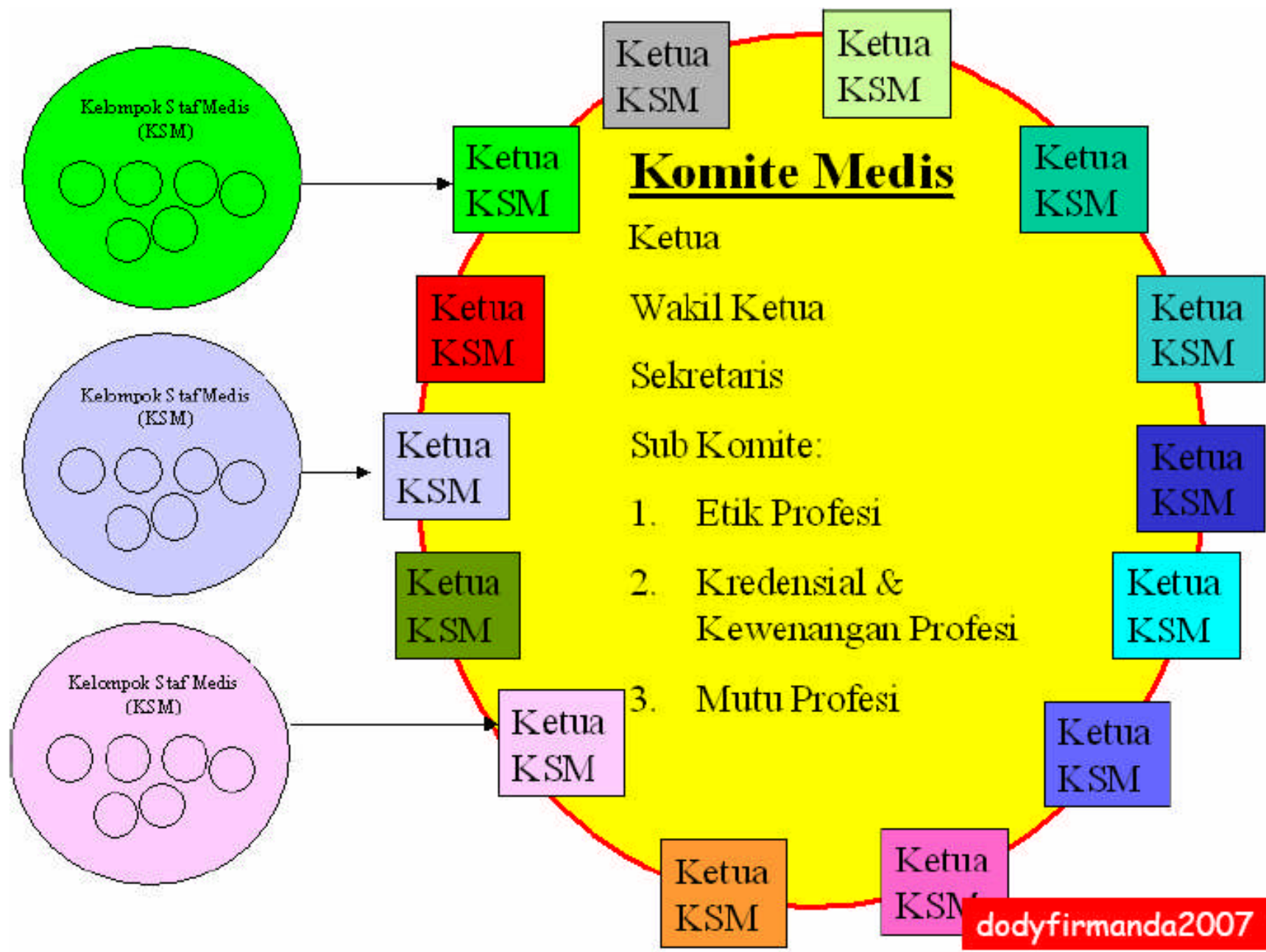
Tingkat:	PELAYANAN/PENDIDIKAN: GASTRO-HEPATOLOGI			Proses	Output Outcome
	Struktur:				
	Layanan/Hubung	Sarana Fasilitas	Sumber Daya Manusia	I M P L E M E N T A S I	Monitoring & Evaluasi
Rumah Sakit	U/PC KepRokKer PerNakes (SOTK) Hospital Inlayar • Alur Pasien • Struktur dan Urutan Tugan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruangan</li> <li>• Pendidikan Medis</li> <li>• Peningkatan Penunjang</li> <li>• Obat-obatan</li> </ul>	Struktur dan Urutan Tugan		
Instansi			Struktur dan Urutan Tugan		
Profesi			Urutan Tugan		
			Sq/Revisi Respon (PDR-A) SM/SP Clinical Pathway		
Percawat			Asuhan Keperawatan		
	Persiapan			Pelaksanaan	

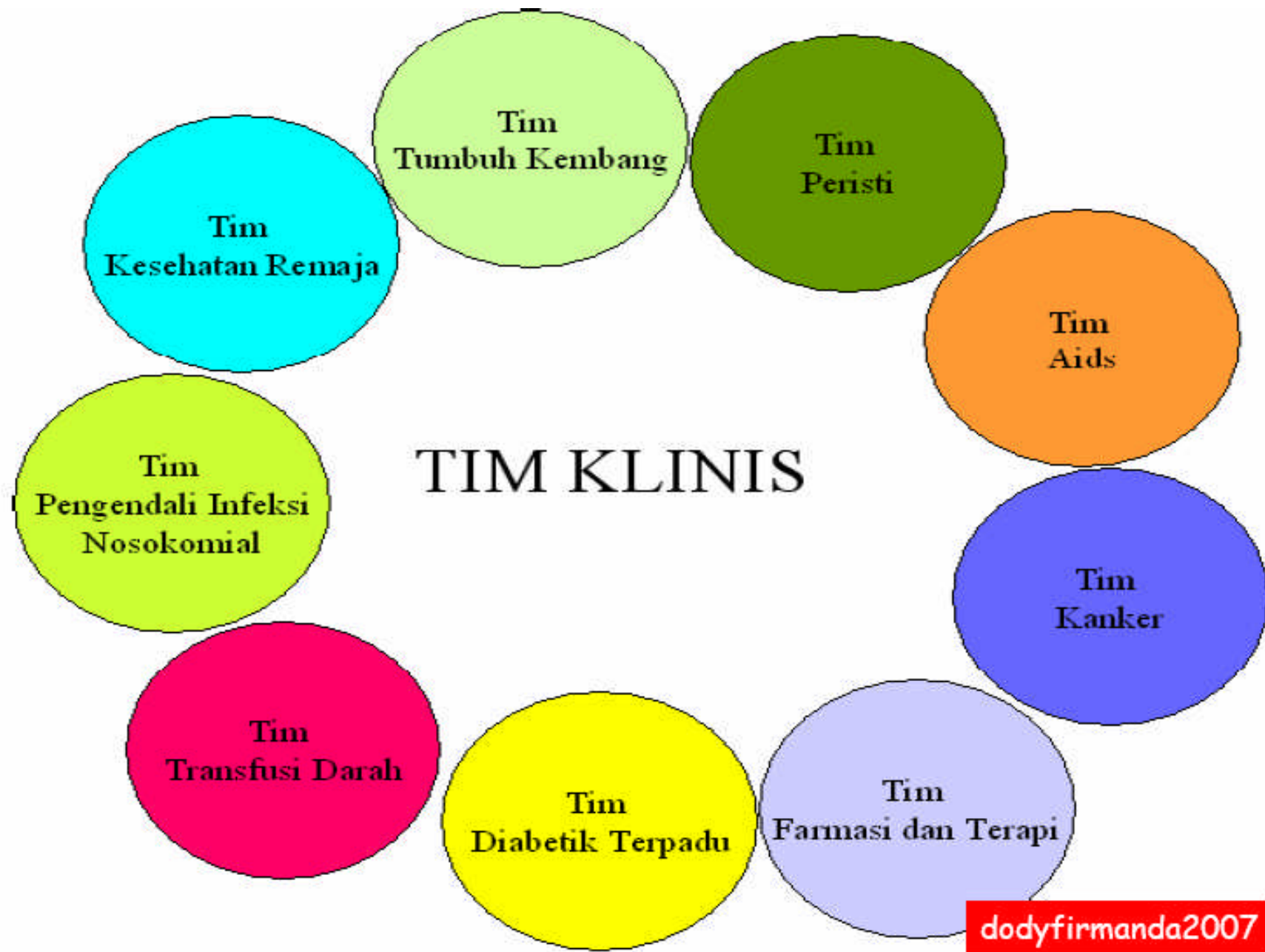
SMF

dodyfirmanda2007

Gambar 14. Contoh uraian tugas dalam portfolio dokter di salah satu SMF.









**Komite Medik RS Fatmawati  
2006 - 2009**



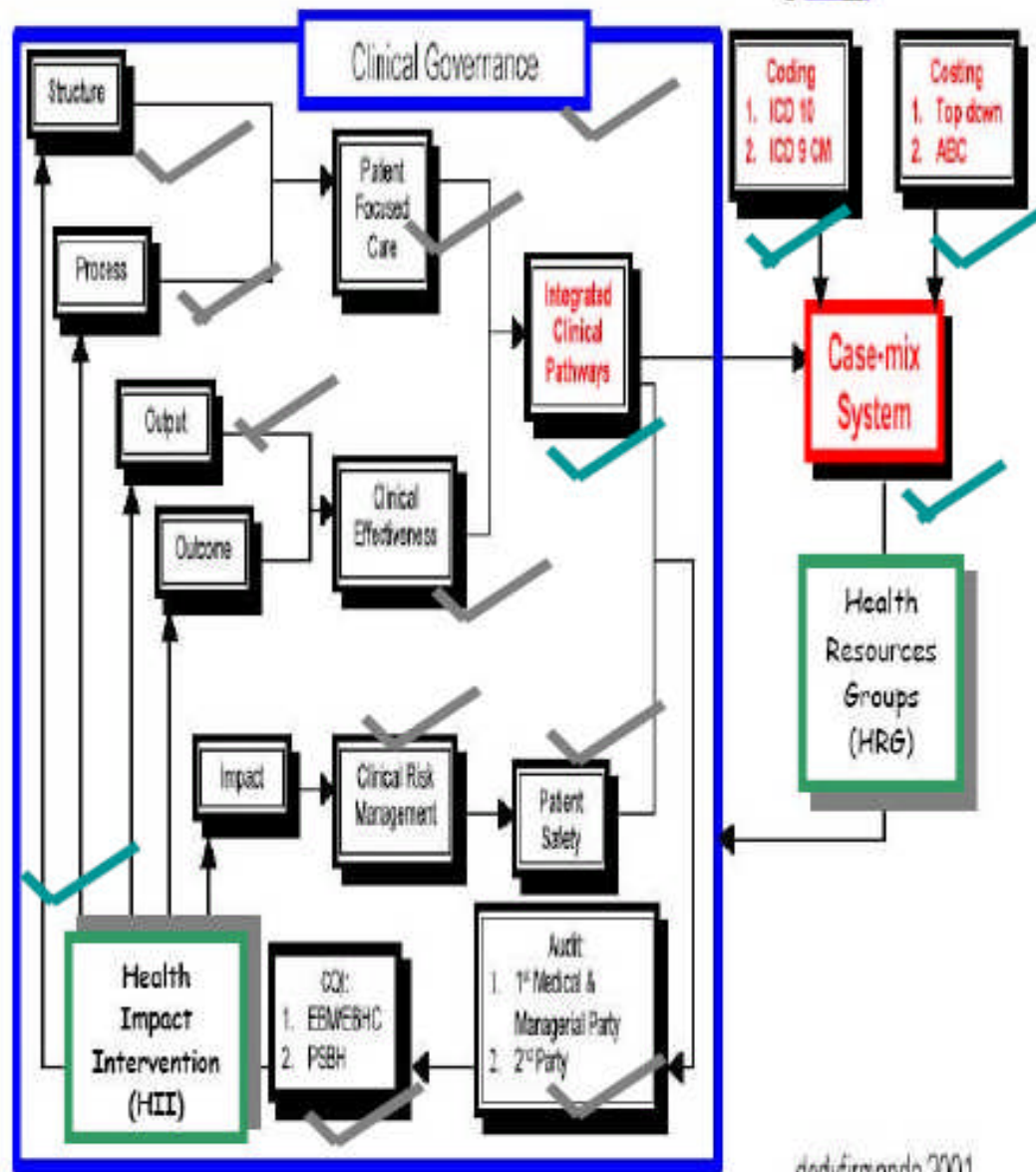
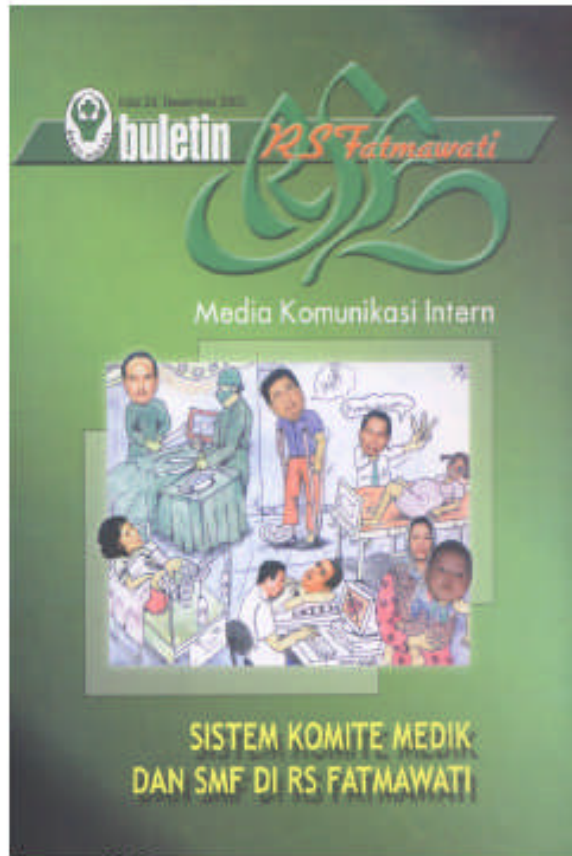
# VISI

**Menjadi Komite Medik  
terbaik & panutan  
di Indonesia**

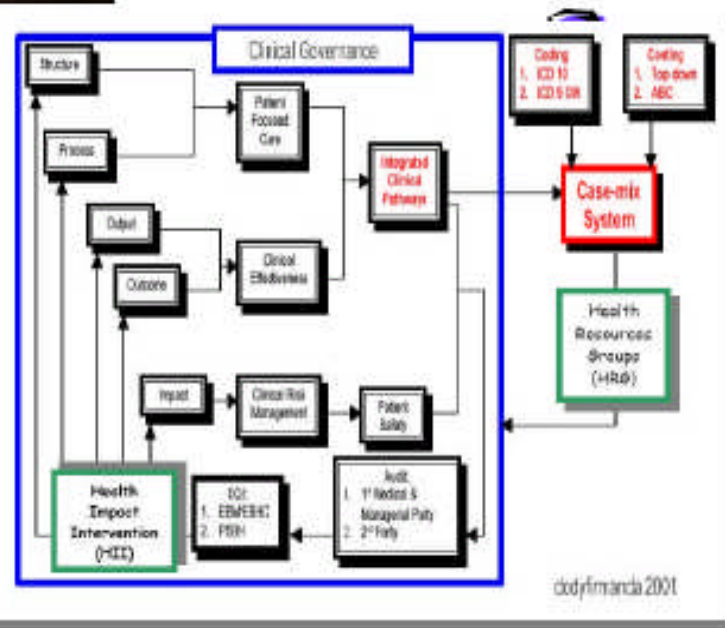
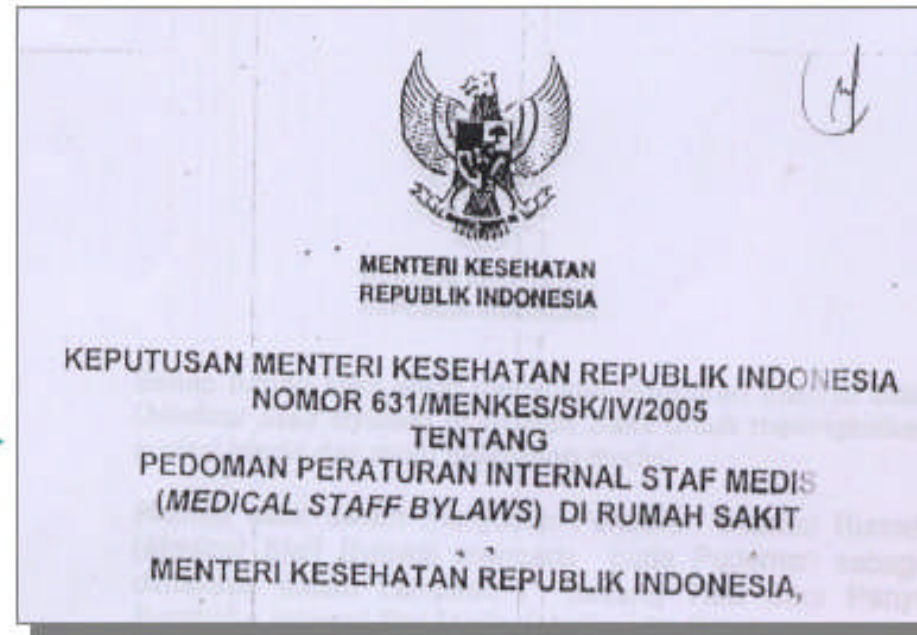
# MISI

1. Organisasi Profesi yang bersatu, aktif, dan profesional
2. Meningkatkan mutu profesi:
  - a. Ketrampilan (*skill*), Pengetahuan (*knowledge*) & Etika
  - b. Pelayanan profesi
  - c. Pendidikan & Pelatihan profesi

# HASILKERJA 2003 - 2006



dodyfirminda 2001



### Pelaksanaan Audit Medis\*

Dr. Dody Firmanda SpA, MA,  
Kema Komite Medik, RS Fatmawati, Jakarta

#### Letter Balokang

Salah satu peran utama rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan (rumah sakit) adalah memberikan pelayanan medis. Sedangkan salah satu pasal dari 17 pasal dalam Kode Etik Kodokteran Indonesia (KODEKI) adalah seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Sedangkan yang dimaksud dengan standar 'tertinggi' adalah yang sesuai dengan perkembangan IPTEK kedokteran, sains umum, sains kedokteran, hukum dan agama sesuai tingkat/panjang pelayanan kesehatan, serta melalui dan sesuai dengan...<sup>1</sup>

Itu menjadi kepala Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Pusat RS Fatmawati Pasal 33 tentang Komite Medik dan Pasal 38 tentang Staf Medik Fungsional (SMF), bahwa secara definisi Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya terdiri dari Kema Staf Medik Fungsional (SMF). Sedangkan definisi SMF itu sendiri adalah kelompok dokter/dokter gigi, spesialis dan subspesialis berdasarkan tugas dan wewenang keahliannya. Kita kita dalam Sistem Kesehatan Nasional yang baru, RS Fatmawati termasuk dalam status tiga untuk Upaya Kesehatan Perawatan (UKP) yakni menyelenggarakan upaya kesehatan perawatan status ketiga adalah "pusat *higher specific services* pusat *higher specific services* khusus *higher specific services* rumah sakit *higher specific services* di pusat pemerintah termasuk *INDONESIA* dan *INDONESIA* serta rumah sakit khusus dan rumah sakit umum. Berbagai upaya pelayanan ini di samping memberikan pelayanan langsung juga membantu rumah sakit kesehatan perawatan status kedua dalam bentuk pelayanan rujukan medis. Seperti juga status kedua, upaya kesehatan perawatan status ketiga ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotik, laboratorium klinik dan apik. Untuk meningkatkan perawatan global upaya kesehatan perawatan status ketiga perlu dilakukan dengan melibatkan berbagai pusat pelayanan rujukan rujukan, seperti pusat rujukan jantung koroner, pusat rujukan kanker nasional, pusat penanggulangan stroke nasional dan sebagainya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan bentuk sertifikasi dan akreditasi."

Pusat dan wewenang Komite Medik adalah menetapkan etika profesi medis dan mutu pelayanan medis berbasis bukti. Adapun tugas dan fungsi dari SMF adalah melaksanakan kegiatan pelayanan medis, pendidikan, penelitian dan pengembangan keahliannya yang berpedoman pada ketetapan Komite Medik dan etika profesi medis dan serta keprofesionalitas. Jadi profesi medis dalam melaksanakan profesinya berlandaskan *evidence based medicine* meliputi etika, mutu dan *evidence based medicine*.

\* Diadaptasi dari *Standar Pelaksanaan Audit Medis di RS/RS* Dr. Soewarno, *Standar Medis* Jilid 1, Desember 1991.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

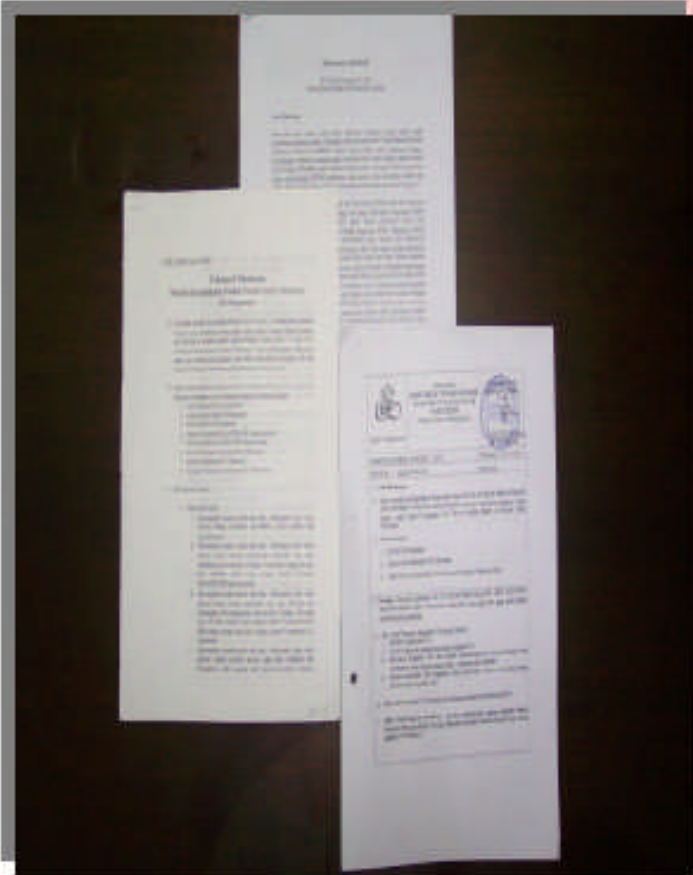
NOMOR 496/MENKES/SK/IV/2005

TENTANG

PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

dodyfirmanda



# **PANDUAN MANAJEMEN RISIKO KLINIS DAN KEAMANAN PASIEN**

*CLINICAL RISK MANAGEMENT  
AND  
PATIENT SAFETY*

Editor  
Dody Firmanda




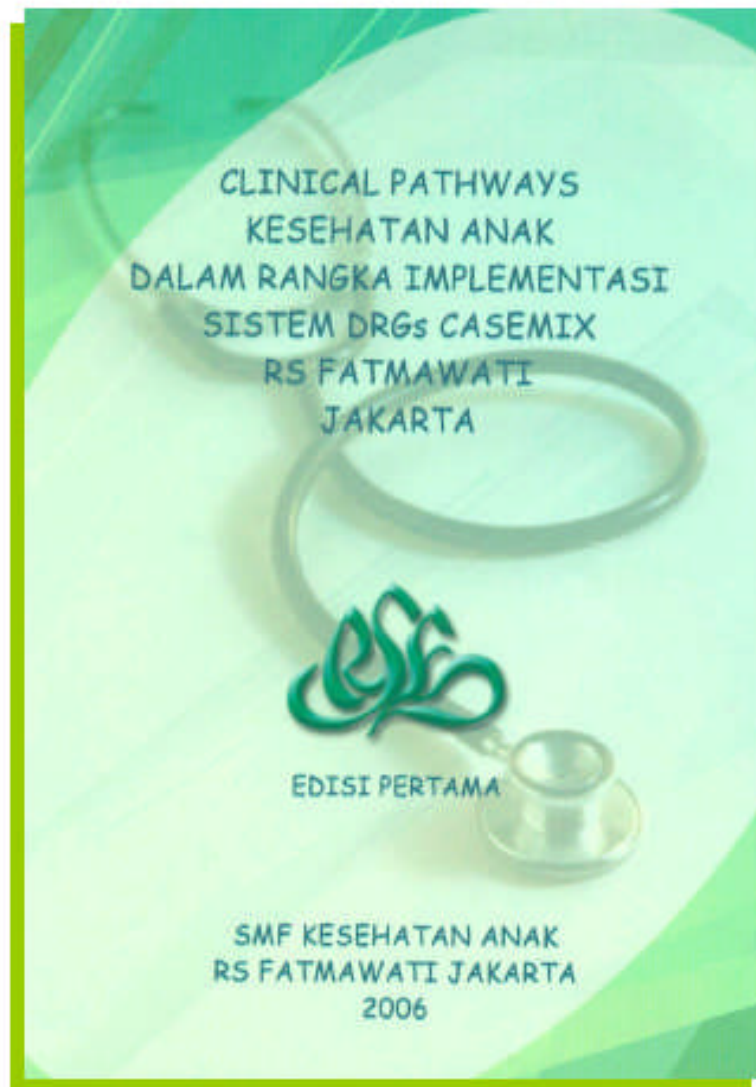
Komite Medik  
Rumah Sakit Fatmawati  
Jakarta  
2005

**dodyfirmanda**



## Format Umum Clinical Pathways

		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF ..... RS FATMAWATI JAKARTA (Nama Penyakit) 2006					
Nama Pasien:		Umur:	Berat Badan: kg	Tinggi Badan: cm	Nomor Rekam Medis:		
Diagnosa Awal:		Kode ICD 10:		Rencana rawat: hari			
Aditus Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jan masuk	Tgl/Jan keluar	Lama Rawat hari	Kelas	Tarif/ Rp	Biaya (Rp)
	Har Rawat 1	Har Rawat 2	Har Rawat 3	Har Rawat 4	Har Rawat 5		
	Har Sakit	Har Sakit	Har Sakit	Har Sakit	Har Sakit		
<b>Diagnosa:</b>							
• Penyakit Utama							
• Penyakit Penyerta							
• Komplikasi							
<b>Asesmen Klinis:</b>							
• Pemeriksaan dokter							
• Konsultasi							
Pemeriksaan Penunjang:							
Tindakan							
Obat-obatan							
•							
Nutrisi							
Mobilisasi							
Hasil (Outcome)							
•							
•							
•							
Pendidikan/Pencanaan/Pemulangan							
Varians							
•							
•							
•							
•							
Jumlah Biaya							
Nama Pasien:	Diagnosa Akhir	Kode ICD 10	Jenis Tindakan	Kode ICD 9 - CM			
	• Utama		•				
Nama Dokter:	• Penyerta		•				
			•				
Nama Pelaksana Verifikasi:	• Komplikasi		•				
			•				



## DAFTAR ISI

Pergesahan Penggunaan <i>Clinical Pathways</i> SMF Kesehatan Anak RS Fatmawati	ii
Sambutan Direktur Utama RS Fatmawati	iii
Sambutan Ketua Komite Medik RS Fatmawati	iv
Prakata	vi
Daftar Isi	ix
<i>Integrated Clinical Pathways (ICP): Peran Profesi Medis dalam rangka menyusun Sistem DRGs Casemix di rumah sakit</i>	1
Format Umum <i>Clinical Pathways</i>	12
<i>Clinical Pathways</i> SMF Kesehatan Anak RS Fatmawati	13
1. Demam Berdarah Dengue	14
2. Diare Akut	15
3. Pneumonia	16
4. Demam Tifoid	17
5. Bayi Baru Lahir	18
6. Kejang Demam	19
7. Morbill	20
8. Hiperbilirubinemia Neonatal	21
9. Bronkiolitis Akut	22
10. Tuberkulosis Paru	23
11. Meningitis Tuberkulosis	24
12. Meningitis Bakterialis	25
13. Ensefalitis	26
14. Efusi Pleura Tuberkulosis	27
15. Efusi Pleura Bakterialis	28
16. Malnutrisi Energi Protein Derajat Berat (Gizi Buruk)	29

# RENCANA KERJA 2006 - 2009

# RENCANA KERJA

## 2006

Tahun 2006

Rencana Strategis		Tahun 2006												
Rencana Kerja		Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Organisasi	Komite Medik		√	√										Implementasi
	Sub Komite		√	√										Implementasi
	SMF SMF		√	√										Implementasi
	Tim Tim		√	√										Implementasi
2. Format	Sistem Komite Medik			√	√									Implementasi
	Sistem SMF			√	√									Implementasi
	SPO Sub Komite			√	√									Implementasi
	SPO Tim Tim			√	√									Implementasi
	BPM			√	√									Implementasi
	Clinical Pathways		√	√										Implementasi
	Audit Medis			√	√									Implementasi
	Health Impact Intervention (HII)			√	√									Implementasi
3. Sosialisasi dan Implementasi	• Sistem Komite Medik dan SMF (MSBL)													
	Komite Medik					√								Implementasi
	SMF SMF					√								Implementasi
	Instalasi							√						Implementasi
	• SPO Sub Komite													
	Komite Medik						√							Implementasi
	SMF SMF						√							Implementasi
	Instalasi								√					Implementasi
	SPO Tim Tim													
	Komite Medik								√					Implementasi
	SMF SMF								√					Implementasi
	Instalasi									√				Implementasi
	• SPM													
	Komite Medik								√					Implementasi
	SMF SMF								√					Implementasi
	• Clinical Pathways													
	Komite Medik					√								Implementasi
	SMF SMF					√								Implementasi
	Instalasi							√						Implementasi
	• Audit Medis													
	Komite Medik							√						Implementasi
	SMF SMF							√						Implementasi
	Instalasi									√				Implementasi
	• Health Impact Intervention (HII)													
Komite Medik								√					Implementasi	
SMF SMF								√					Implementasi	
Instalasi									√				Implementasi	
4. Evaluasi														√

dodyfirmanda

# RENCANA KERJA

2007

Tahun 2007

Rencana Strategis		Tahun	2007											
Rencana Kerja		Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kegiatan		R	Implementasi											E
I. Organisasi	1. Komite Medik	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	2. Sub Komite	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	3. SMF SMF	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	4. Tim Tim	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
II. Aktifitas	5. Sistem Komite Medik	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	6. Sistem SMF	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	7. SPO Sub Komite	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	8. SPO Tim Tim	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	9. SPM	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	10. Clinical Pathways	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	11. Audit Medis	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	12. Health Impact Intervention (HII)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**Keterangan:**

- R** Revisi dilakukan berdasarkan hasil evaluasi bulan Desember
- E** Evaluasi implementasi dan kegiatan sepanjang tahun

Tahun 2008

Rencana Strategis		Tahun	2008												
Rencana Kerja		Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Kegiatan		R	Implementasi											E	
I. Organisasi	1. Komite Medik	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2. Sub Komite	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3. SMF SMF	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	4. Tim Tim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
II. Aktifitas	5. Sitem Komite Medik	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6. Sistem SMF	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	7. SPO Sub Komite	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	8. SPO Tim Tim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	9. SPM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	10. Clinical Pathways	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	11. Audit Medis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	12. Health Impact Intervention (HII)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Keterangan:

- R** Revisi dilakukan berdasarakan hasil evaluasi bulan Desember
- E** Evaluasi implementasi dan kegiatan sepanjang tahun

# RENCANA KERJA

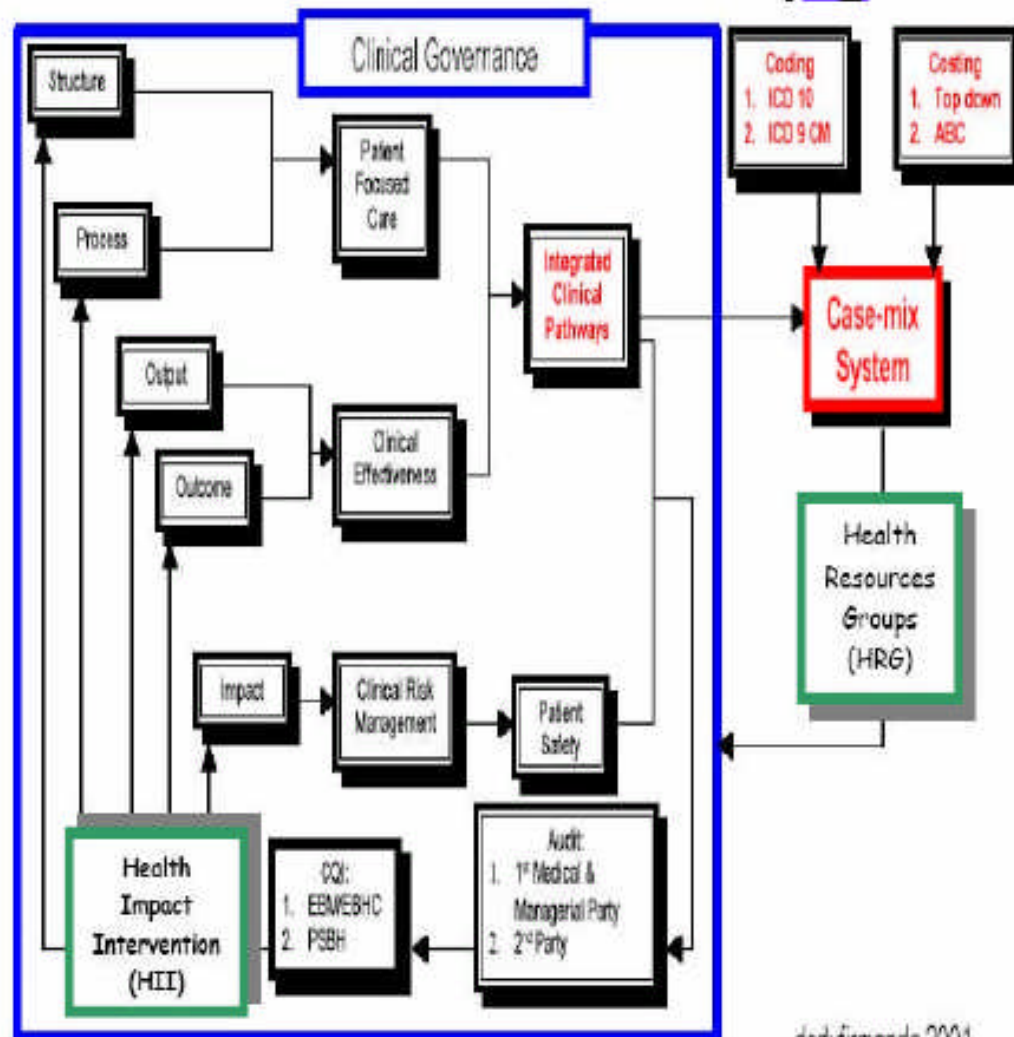
## 2009

Tahun 2009

Rencana Strategis		Tahun	2009											
Rencana Kerja		Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Kegiatan	S	P										
I. Organisasi	1. Komite Medik		✓											
	2. Sub Komite		✓											
	3. SMF SMF		✓											
	4. Tim Tim		✓											
II. Aktifitas	5. Sstem Komite Medik		✓											
	6. Sistem SMF		✓											
	7. SPO Sub Komite		✓											
	8. SPO Tim Tim		✓											
	9. SPM		✓											
	10. Clinical Pathways		✓											
	13. Audit Medis		✓											
	14. Health Impact Intervention (HII)		✓											

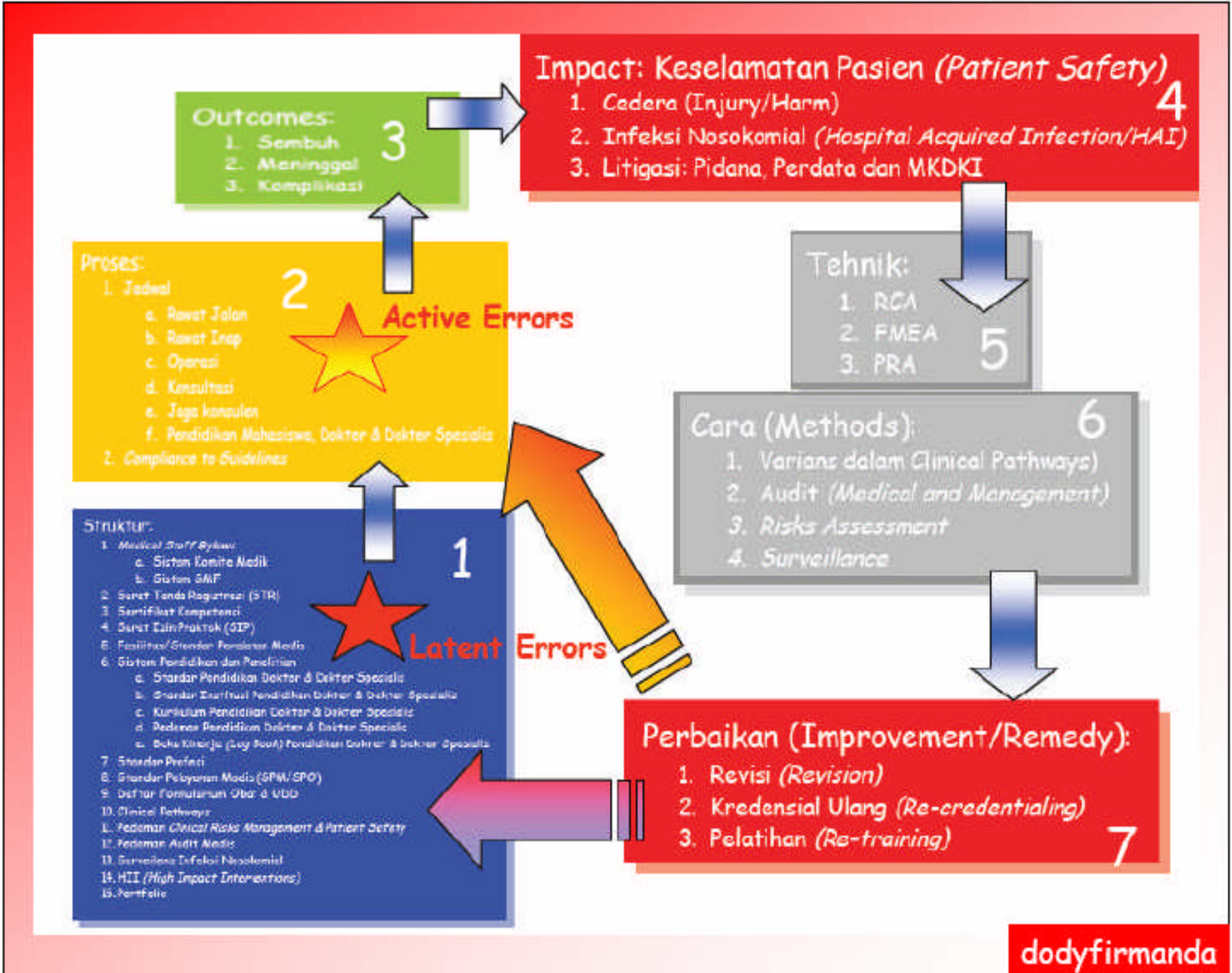
- S** ▪ Laporan Kegiatan Komite Medik 2006 - 2009
- P** ▪ Pemilihan Ketua SMF dan Ketua Komite Medik 2009 - 2112

# SKEMA KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



dodyfirmanda 2001





## Struktur:

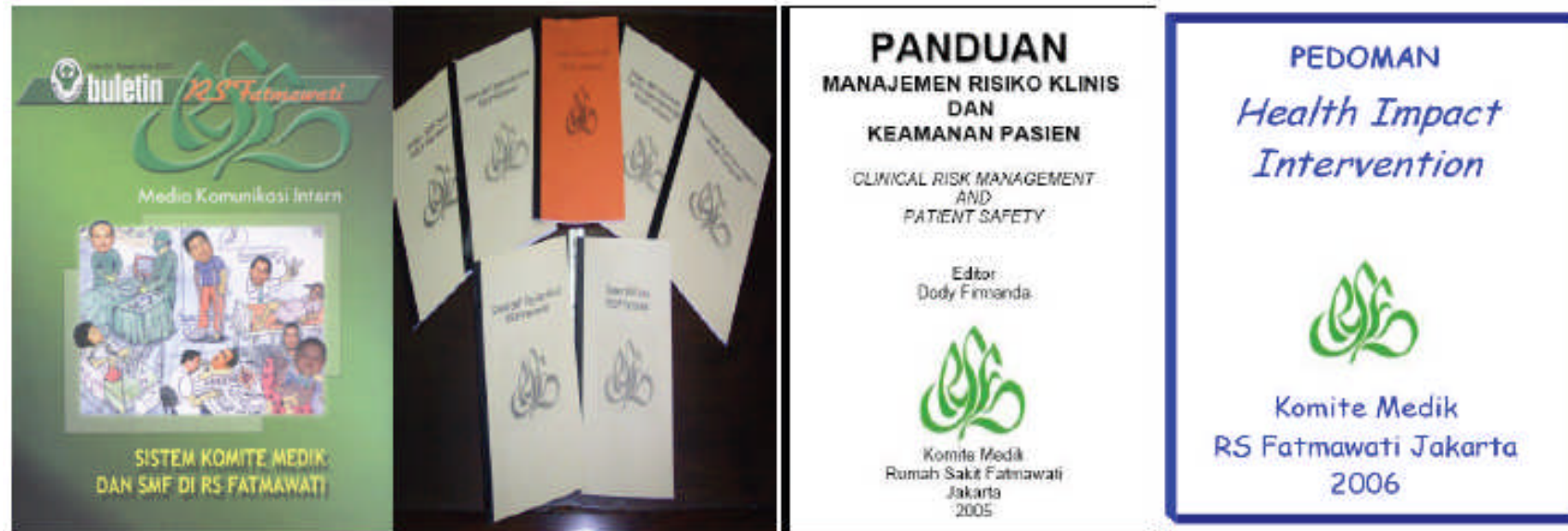
1. *Medical Staff Bylaws*
  - a. Sistem Komite Medik
  - b. Sistem SMF
2. Surat Tanda Registrasi (STR)
3. Sertifikat Kompetensi
4. Surat Izin Praktek (SIP)
5. Fasilitas/Standar Peralatan Medis
6. Sistem Pendidikan dan Penelitian (untuk RS pendidikan)
  - a. Standar Pendidikan Dokter & Dokter Spesialis
  - b. Standar Institusi Pendidikan Dokter & Dokter Spesialis
  - c. Kurikulum Pendidikan Dokter & Dokter Spesialis
  - d. Pedoman Pendidikan Dokter & Dokter Spesialis
  - e. Buku Kinerja (*Log Book*) Pendidikan Dokter & Dokter Spesialis
7. Standar Profesi
8. Standar Pelayanan Medis (SPM/SPO)
9. Daftar Formularium Obat & UDD
10. *Clinical Pathways*
11. Pedoman *Clinical Risks Management & Patient Safety*
12. Pedoman Audit Medis
13. Surveilens Infeksi Nosokomial
14. HII (*High Impact Interventions*)
15. Portfolio



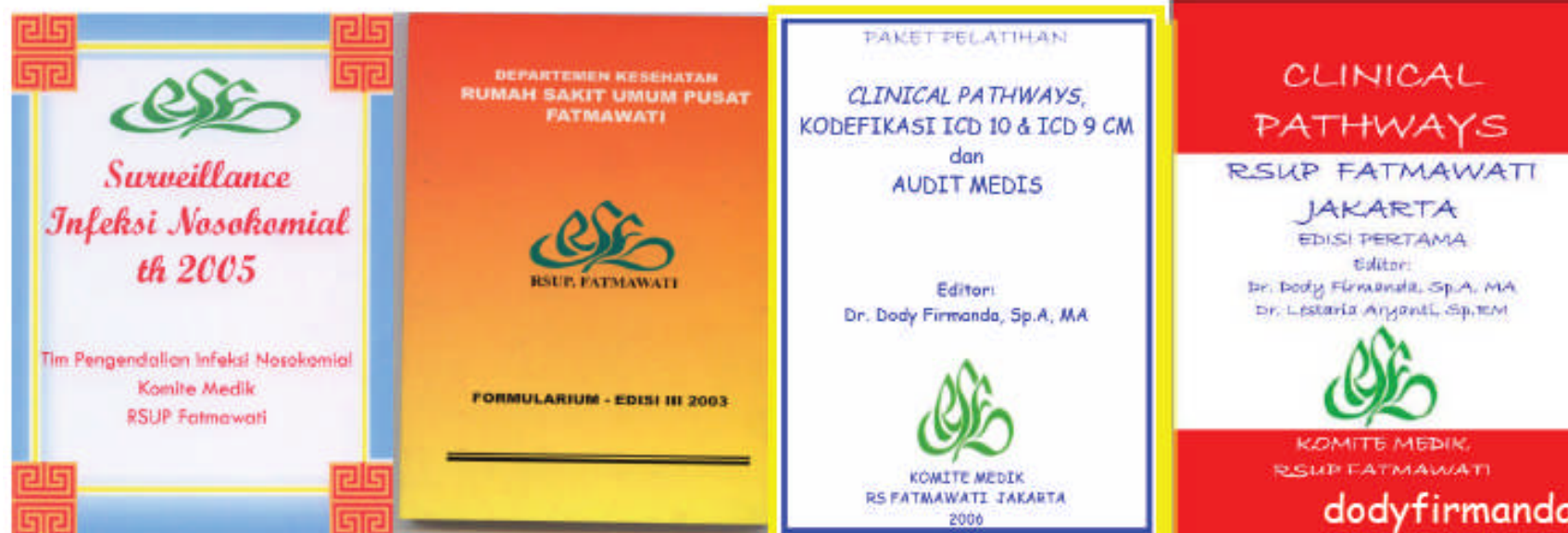
*Latent Errors*

1

dodyfirmanda



## KOMITE MEDIK: SISTEM CLINICAL GOVERNANCE, PATIENT SAFETY & CP



## Proses:

### 1. Jadwal

- a. Rawat Jalan
- b. Rawat Inap
- c. Operasi
- d. Konsultasi
- e. Jaga konsulen
- f. Pendidikan Mahasiswa, Dokter & Dokter Spesialis

### 2. *Compliance to Guidelines*



Active Errors

2

## Outcomes:

1. Sembuh
2. Meninggal
3. Komplikasi

3

## Impact: Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

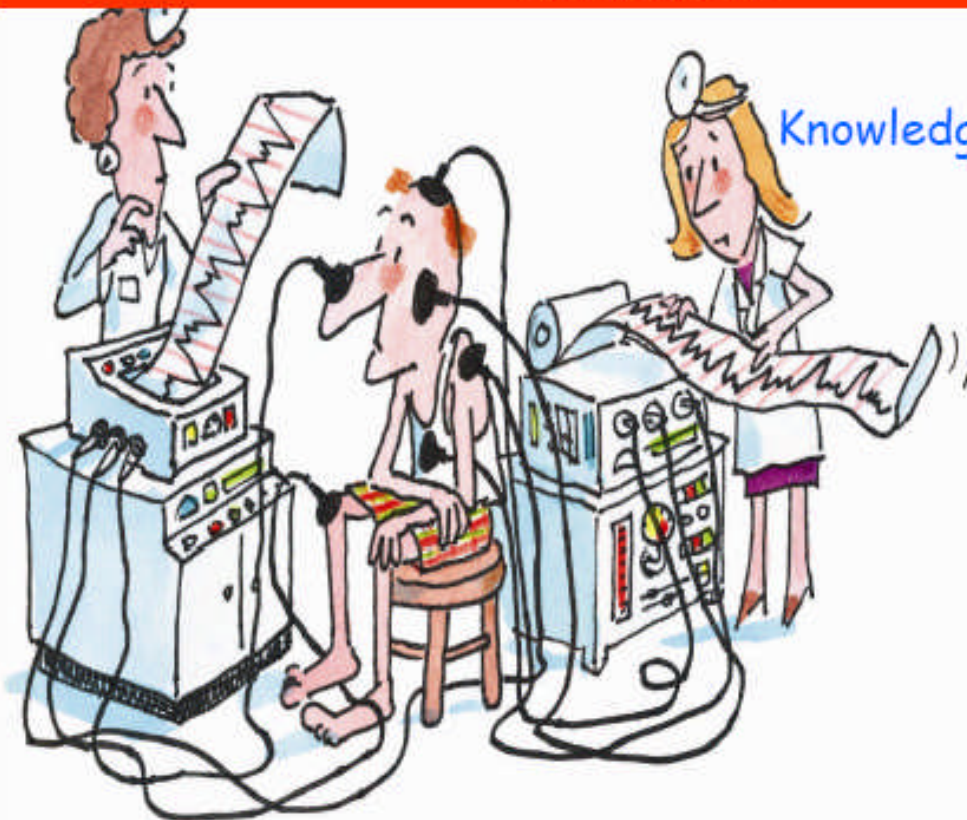
1. Cedera (Injury/Harm) / Adverse Events
2. Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection/HAI*)
3. Litigasi: Pidana, Perdata dan MKDKI

4

$$\text{PATIENT SAFETY} = \frac{1}{\text{RISIKO} \times \text{ERRORS}}$$

$$\text{RISIKO} = \frac{\text{BARRIERS}}{\text{KOMPETENSI} \times \text{MOTIVASI}}$$

$$\text{KINERJA} = \frac{\text{MOTIVASI} \times \text{KOMPETENSI}}{\text{BARRIERS}}$$



Knowledge-based

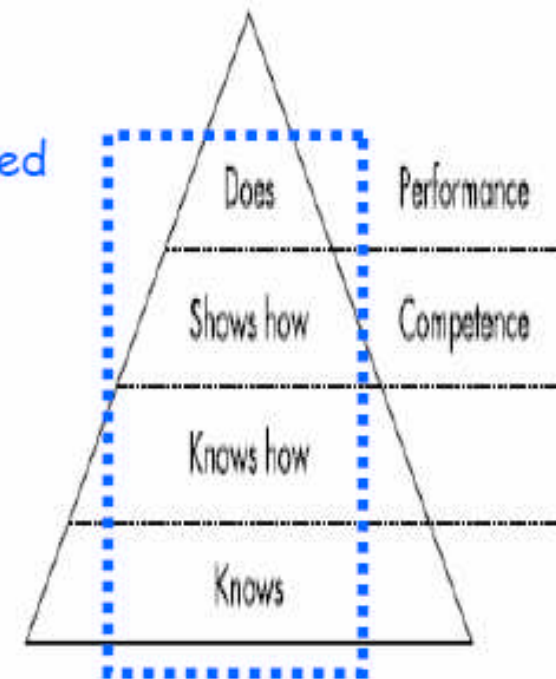




Figure 1 Miller's triangle (Miller<sup>7</sup>; published with permission).

dodyfirmanda

 RSUP FATMAWATI	KEBIJAKAN KOMITE MEDIK TENTANG PEDOMAN MEKANISME TATA KERJA TIM TIM KOMITE MEDIK RUMAH SAKIT FATMAWATI
	NOMOR DOKUMEN : HK.00.07.1.316 TANGGAL : 11-2-2004
REVISI KE : NOMOR REVISI : TANGGAL :	
<b>1. Latar Belakang :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dalam rangka meningkatkan kinerja dan mutu Tim Tim di Komite Medik di Rumah Sakit Fatmawati, maka perlu dibuat kebijakan tentang mekanisme tatakerja yang berlaku untuk seluruh kegiatan Tim Tim di Komite Medik di Rumah Sakit Fatmawati.</li> <li>b. Sesuai dengan:           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. SOTK RS Fatmawati.</li> <li>ii. Sistem Komite Medik RS Fatmawati.</li> <li>iii. Hasil Pleno Komite Medik RS Fatmawati tanggal 9 Februari 2004.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2. Konsep:</b> menjadi organisasi Tim Tim Komite Medik yang aktif, efektif, dan efisien serta bermanfaat dalam memberikan pelayanan yang <u>baik</u> dan <u>jelas</u> serta dapat <u>dipertanggung jawabkan</u> .	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Baik : ada Pedoman Kegiatan Tim yang meliputi:           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Struktur organisasi Tim</li> <li>ii. Uraian tugas dan wewenang setiap anggota Tim</li> <li>iii. Rencana Kegiatan Tim dan jadwal pelaksanaannya yang konsisten dan melibatkan lintas fungsi antar profesi, instalansi dan institusi.</li> <li>iv. Sarana peralatan dan anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang setiap pelaksanaan Kegiatan Tim.</li> </ul> </li> <li>b. Jelas: setiap kegiatan Tim dapat diukur secara individu dan kelompok Tim.</li> <li>c. Dapat dipertanggung jawabkan: proses pelaksanaan setiap kegiatan sesuai Pedoman Rencana Kerja Tim dan dilakukan evaluasi secara berkala untuk setiap kegiatan Tim tersebut.</li> </ul>	

## Kebijakan Komite Medik: Mekanisme Tata Kerja Tim Tim Klinis Komite Medik

<b>3. Struktur:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketua Tim membuat Pedoman Kerja Tim yang disetujui oleh Ketua Komite Medik dan disahkan oleh Direktur Utama RS Fatmawati. Pedoman tersebut terdiri dari:           <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Rencana Kegiatan Tim dan jadwal pelaksanaannya serta indikator setiap kegiatan tersebut dengan jelas meliputi nama, waktu dan tempatnya sesuai format.</li> <li>ii. Uraian tugas dan wewenang setiap anggota Tim sesuai dengan Rencana Kegiatan Tim.</li> <li>iii. Sarana informasi dan dokumentasi kegiatan Tim.</li> <li>iv. Sarana peralatan dan anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang setiap pelaksanaan Kegiatan Tim.</li> </ul> </li> <li>b. Ketua Tim membuat laporan Kegiatan Tim setiap bulan kepada Ketua Komite Medik melalui Panitia masing masing.</li> <li>c. Ketua Tim melakukan evaluasi kinerja Tim dan anggota Tim serta hasil kepuasan pelanggan eksternal (<i>survei</i>) yang menjadi objek kegiatan Tim secara berkala untuk disampaikan kepada Ketua Komite Medik melalui Panitia masing masing.</li> </ul>
<b>5. Lampiran:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Format Pedoman Kegiatan Tim.</li> <li>2. Format Laporan Bulanan Tim.</li> <li>3. Format Evaluasi Kinerja Tim.</li> </ul>
Dibuat oleh : Ketua Komite Medik  Dr. Dody Firmanda, SpA, MA NIP. 140 190 457

dodyfirmanda





Lampiran 2. Laporan Bulanan/Tahunan Tim .....

Tim:	.....			
Bulan:	.....			
Tahun:	.....			
Tgl Kegiatan	Jenis Kegiatan	Nama Pelaksana	Hasil	Keterangan
Kesimpulan:	.....			
Masalah:	1. ....			
	2. ....			
	3. ....			
	4. ....			
	5. ....			
Alternatif Pemecahan Masalah	1. ....			
	2. ....			
	3. ....			
	4. ....			
	5. ....			



Jakarta, .....  
Ketua Tim.....

(.....)

Lampiran 3. Format Evaluasi Kinerja TIM .....

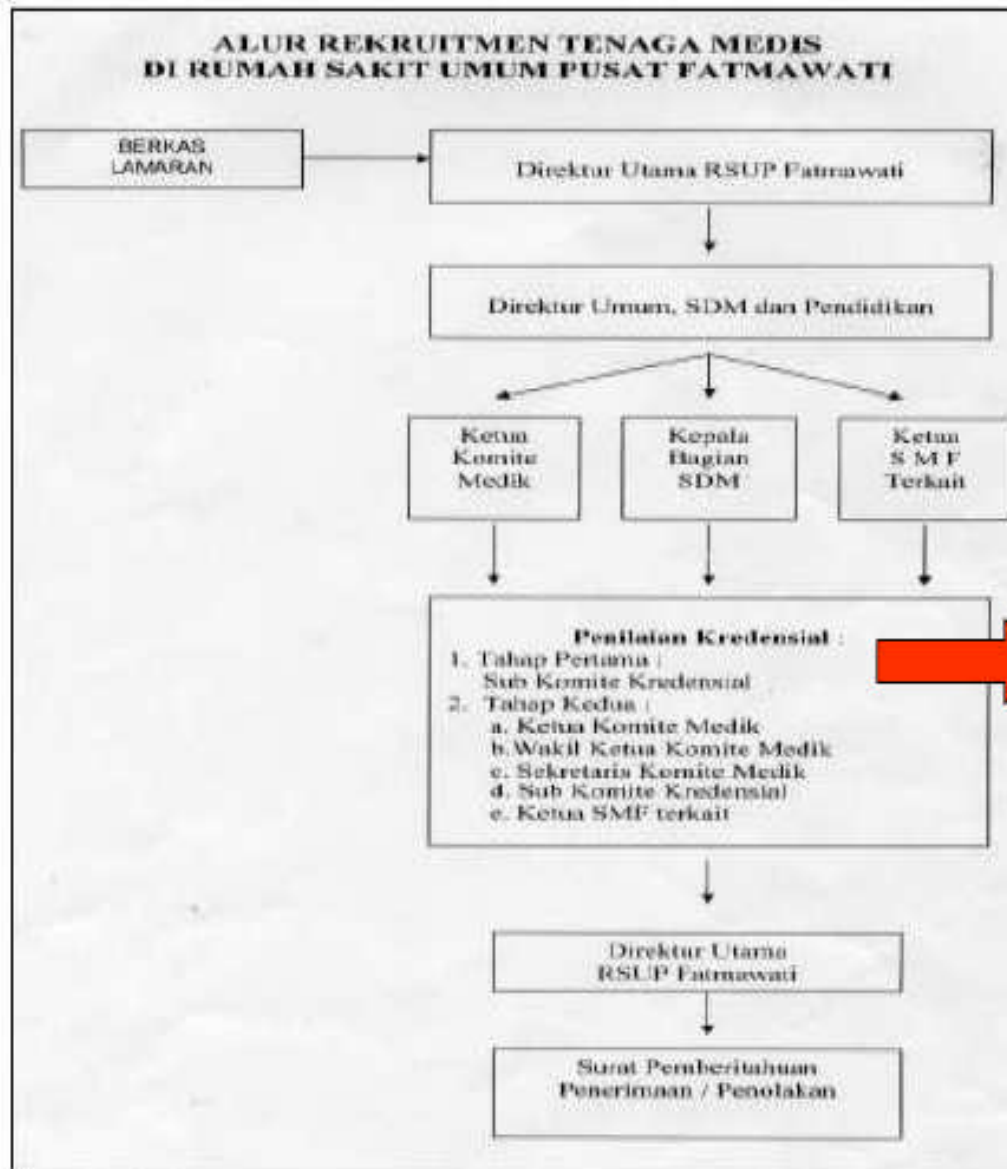
No.	Kegiatan	Proses Pelaksanaan Kegiatan Sesuai Rencana		Hasil (Output/Outcome) Kepuasan Pelanggan Eksternal	Partisipasi Anggota Tim
		Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)		
1	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)		Ketua:..... Sekretaris:..... Anggota:..... ..... .....
2	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)		Ketua:..... Sekretaris:..... Anggota:..... ..... .....
3	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)		Ketua:..... Sekretaris:..... Anggota:..... ..... .....



Jakarta, .....  
Ketua Tim.....

(.....)

# SUB KOMITE KREDENSIAL



#### Penilaian Kredensial

Penilaian Kredensial terdiri dari 2 tahap :

6.2.1 Tahap pertama terdiri dari Ujian

6.2.1.1 Test Psikonetrik MMPI-2

6.2.1.2 Test Kepribadian.

6.2.2 Tahap Kedua :

Penilaian Kompetensi Profesi dan Etika Profesi Kedokteran.

Gambar 7. Mekanisme alur rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

ANALISIS KETENAGAAN SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI MARET 2006 :

#	GS	DL	NIS	PA	TS	DR	DF	LP	AR	RW	SE	ES	HR	SR
☉	1957	1966	1963	1963	1962	1961	1959	1958	1954	1953	1951	1950	1949	1947
♣	49	40	43	43	44	45	47	48	52	53	55	56	57	59
☼	2017	2026	2023	2023	2022	2021	2019	2018	2014	2013	2011	2010	2009	2007

\* : Nama ☉: tahun lahir ♣: usia pada tahun 2005 ☼: tahun pensiun dengan usia 60 tahun

RENCANA KEBUTUHAN TENAGA SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI:			
Tahun	Baruh	Untuk:	Kriteria:
2006	1 Sp.A.	NICU/PICU	Laki laki dan usia < 40 tahun
2008	1 Sp.A.	Nefrologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2009	1 Sp.A.	Kardi-pulmonologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2010	1 Sp.A.	Endokrinologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2011	1 Sp.A.	Hemato-Onkologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2013	1 Sp.A.	Permatologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2014	1 Sp.A.	Neurologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2018	1 Sp.A.	PICU/NICU	Perempuan dan usia < 40 tahun

Gambar 8. Contoh analisis dan kriteria kebutuhan tenaga medis di salah satu SMF di RSUP Fatmawati untuk tahun 2006 sampai dengan tahun 2018.

## BERITA ACARA

Pada hari ini ..... Pukul ..... bertempat di ..... RSUP Fatmawati, telah dilakukan kredensial oleh Sub Komite Kredensial RSUP Fatmawati yang dihadiri oleh anggota Sub Komite Kredensial dan Ketua SMF Terkait, serta calon anggota Staf Medis Fungsional

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Dengan kesimpulan sebagai berikut :

.....  
.....

Jakarta, .....

Sub Komite Kredensial

Ketua

Sekretaris

Dr. Syafruddin, SpTHT

Dr. Mariyatul Chorish, SpKJ

Penilai :

1. Ketua Komite Medik .....
2. Wakil Ketua Komite Medik .....
3. Ketua Sub. Komite Etik .....
4. Dr. Dyah Sri Puspitaningsih, SpR .....
5. Dr. Bambang Nugroho, SpOT .....
5. Ketua SMF Terkait .....

Gambar 10. Berita Acara Penilaian Kredensial tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

**REKOMENDASI  
(RAHASIA)**

Berdasarkan hasil Kredensial hari ..... dengan ini Ketua Komite Medik RSUP Fatmawati menerangkan bahwa :

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Memenuhi syarat untuk **ditarima** sebagai tenaga medis dokter di SMF ..... di RSUP Fatmawati.

Yang bersangkutan diberi **wewenang** untuk melakukan kegiatan keprofesian yaitu :

- a. Mewawancara pasien
- b. Melakukan pemeriksaan fisik dan mental
- c. Menentukan pemeriksaan penunjang
- d. Menegakkan diagnosis
- e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan
- f. Melakukan tindakan kedokteran
- g. Menulis resep obat dan alat kesehatan
- h. Menyerbitkan surat keterangan dokter

Sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Medis Bidang Spesialis .....

Demikian rekomendasi ini agar dipergunakan sebagaimana mestinya .

Jakarta, .....  
Komite Medik RSUP Fatmawati  
Ketua,

Dr. Dody Firmanda, SpA, MA  
NIP. 140 190 457

Gambar II. Rekomendasi hasil penilaian kredensial tenaga medis.<sup>11</sup>

## Format Penilaian Risiko Medis Individu (*Individual Medical Risks Assesment*)

Nama: .....

SMF : .....

Tahun .....	SIP		SPM/SPO		Clinical Pathways		Audit Medis		HII		CRM				Medical Errors				
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	RCA	FMEA	PRA	AE	LE	NM			
Bulan	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	
Januari																			
Februari																			
Maret																			
April																			
Mei																			
Jun																			
Juli																			
Agustus																			
Oktober																			
November																			
Desember																			
JUMLAH																			
Compliance: $Y/(Y+T) \times 100\%$																			
Catatan:																			
Catatan:																			
Catatan:																			

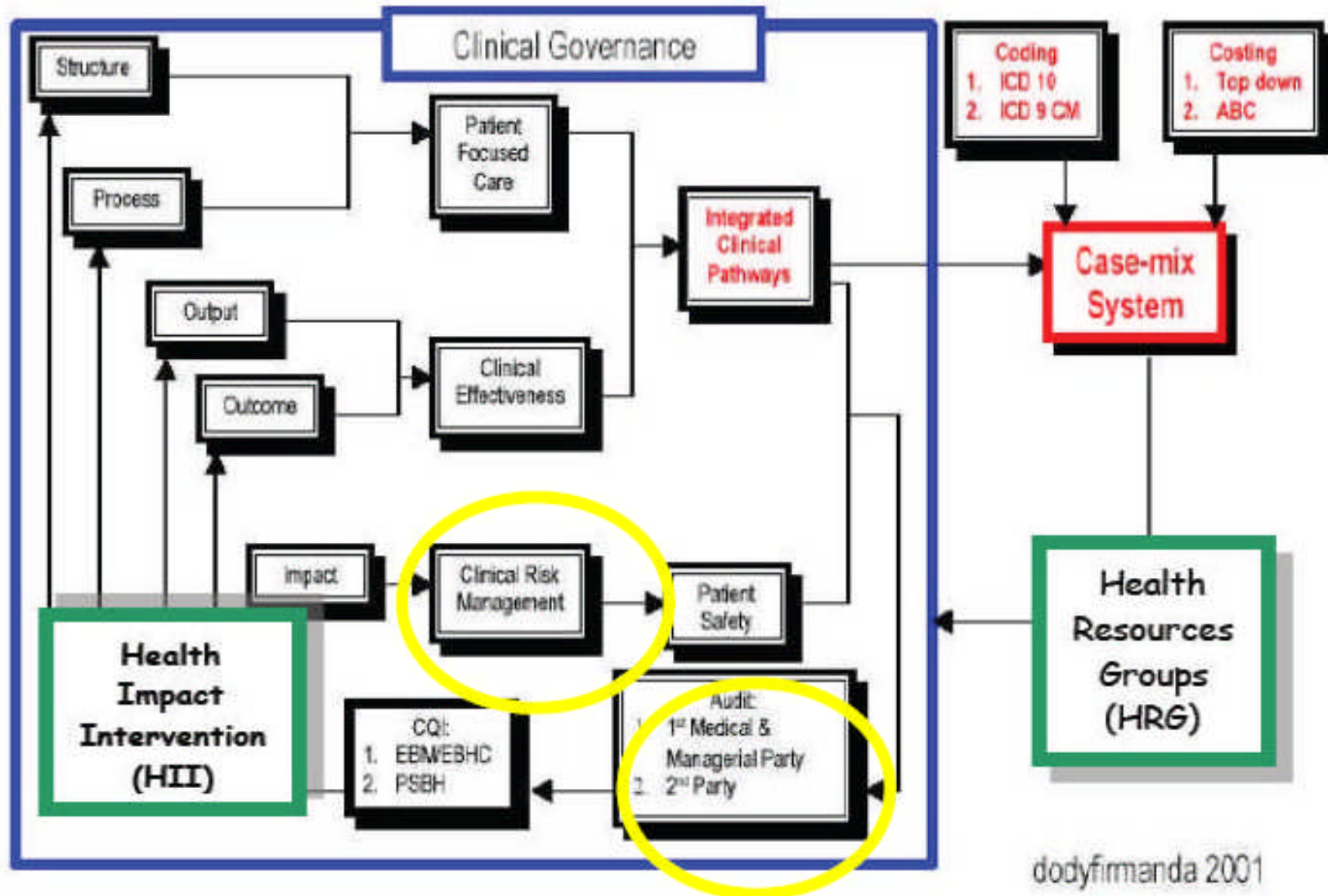
MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Gambar 15. Format Penilaian Risiko Medis Individu (*Individual Medical Risks Assessment*)

# SUB KOMITE ETIK & MUTU PROFESI



Skema: Pendekatan Komite Medik RS Fatmawati  
tentang Audit Medik dalam  
*Clinical Governance* dan Sistem Case-mix



### Pelaksanaan Audit Medik\*

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA,  
Ketua Komite Medik, RS Fatmawati, Jakarta

#### Latar Belakang

Salah satu peran utama suatu sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) adalah memberikan pelayanan medis. Sedangkan salah satu pasal dari 17 pasal dalam Kode Etik Kodokteran Indonesia (KODEKI) adalah seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Sedangkan yang dimaksud dengan ukuran 'tertinggi' adalah yang sesuai dengan perkembangan IPTEK kedokteran, sains umum, sains kolektif, hukum dan agama, sesuai tingkat/tingkat pelayanan kesehatan, serta kondisi dan situasi setempat.<sup>1,2</sup>

Bila merujuk kepada Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Perjan 18 Fatmawati Pasal 31 tentang Komite Medik dan Pasal 38 tentang Staf Medik Fungsional (SMF), bahwa secara default Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Staf Medik Fungsional (SMF). Sedangkan definisi SMF ini sendiri adalah kelompok dokter/dokter gigi, perawat dan ahli kesehatan berdasarkan tugas dan wewenang keahliannya. Bila kita tinjau Sistem Kesehatan Nasional yang baru, RS Fatmawati termasuk dalam zona tiga untuk Upaya Kesehatan Perawatan (UKP) yakni menyelenggarakan upaya kesehatan perawatan strata ketiga adalah "praktik dokter spesialis konsultasi, praktik dokter gigi spesialis konsultasi, konsultasi kefarmasi, rumah sakit kelas B pendidikan dan di milik pemerintah termasuk TROPOLI dan RUMAH sakit rumah sakit kelas dan rumah sakit swasta. Berbagai jenis pelayanan ini di samping memberikan pelayanan langsung juga membantu upaya upaya kesehatan perawatan strata kedua dalam bentuk pelayanan rujukan medis. Seperti juga strata kedua, upaya kesehatan perawatan strata ketiga ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik dan apotik. Untuk menghadapi persaingan global upaya kesehatan perawatan strata ketiga perlu dibentengi dengan akreditasi berbasis mutu pelayanan unggulan nasional, seperti pusat unggulan nasional, pusat unggulan dokter nasional, pusat penanggulangan stroke nasional dan sebagainya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan inovasi, kreasi dan inovasi.<sup>3</sup>

Fungsi dan wewenang Komite Medik adalah menetapkan etika profesi medis dan mutu pelayanan medis berbasis bukti. Adapun tugas dan fungsi dari SMF adalah melaksanakan kegiatan pelayanan medis, pendidikan, penelitian dan pengembangan kefarmasian yang berpedoman pada ketetapan Komite Medik atas etika profesi medis dan mutu kefarmasian medis. Jadi profesi medis akan melaksanakan profesinya berdasarkan standar mutunya etika, mutu dan evidence-based medicine.

\* Diadopsikan dalam Lembar Kerja Pelaksanaan Audit Medik di RS Fatmawati, November/Desember 2005 (1 Desember 2005).



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 496/MENKES/SK/IV/2005 TENTANG PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

### PAKET PELATIHAN

## CLINICAL PATHWAYS, KODEFIKASI ICD 10 & ICD 9 CM dan AUDIT MEDIS

Editor:  
Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA



KOMITE MEDIK  
RS FATMAWATI JAKARTA  
2006

dodyfirmanda

# Bahan Rujukan Pelaksanaan Audit Medik di Rumah Sakit

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 631/MENKES/SK/IV/2005  
TENTANG  
PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*) DI RUMAH SAKIT**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 496/MENKES/SK/IV/2005  
TENTANG  
PEDOMAN AUDIT MEDIS DI RUMAH SAKIT**

Dokter **wajib** menyelenggarakan  
kendali mutu<sup>[1]-[2]</sup> dan **kendali biaya** <sup>[1]</sup>  
melalui  
kegiatan **audit medis**<sup>[3]</sup>  
dilaksanakan oleh **organisasi profesi**<sup>[4]</sup>,  
untuk rumah sakit  
kelompok **seprofesi (SMF)** dan **Komite Medik.**<sup>[5]</sup>

---

<sup>[1]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 Ayat 1 dan penjelasannya.

<sup>[2]</sup> Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Bab IV Subsistem Upaya Kesehatan.

<sup>[3]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 Ayat 2 dan penjelasannya.

<sup>[4]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 Ayat 3 dan penjelasannya.

<sup>[5]</sup> Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

## Audit Medis:

Upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan dengan menggunakan **rekam medis**.<sup>[1]</sup>

## Rekam Medis:

Berkas berisikan catatan & dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien<sup>[2]</sup>, harus **dibuat**<sup>[3]</sup> dan **dilengkapi**<sup>[4]</sup> serta dijaga ke**rahasia**annya.<sup>[5],[6],[7]</sup>

---

<sup>[1]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 Ayat 2 dan penjelasannya.

<sup>[2]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 Ayat 1 dan penjelasannya.

<sup>[3]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 79 huruf b.

<sup>[4]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 Ayat 2 dan penjelasannya.

<sup>[5]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 47 Ayat 2.

<sup>[6]</sup> Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 48.

<sup>[7]</sup> Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Pasal 12.

# Rekam Medis: harus dibuat<sup>[1]</sup> dan dilengkapi<sup>[2]</sup>

## KIAT: Kaitkan dengan Jasa Dokter

**RSUP FATMAWATI JAKARTA** FORMULIR 10500 UMUM / ASKES

**BUKTI PELAYANAN DOKTER**

NAMA PASIEN: [REDACTED]  
 NO. RM: [REDACTED]  
 INSTALASI/UNIT: [REDACTED] RUANG POLI: [REDACTED]  
 NAMA DOKTER: [REDACTED] KODE DR: [REDACTED]

TANGGAL	PUKUL	JENIS PELAYANAN VISITE/KONSULTIND	TANDA TANGAN DOKTER
27/01-16	092	Waktu	[Signature]
28/01-08	082	Waktu	[Signature]
29/01-14	092	Waktu	[Signature]
30/01-16	082	Waktu	[Signature]

PELUGAS DATA ENTRY: [Signature] KA INSTALASI: [Signature]

Lembar 1 : Administrasi (Poli)  
 Lembar 2 : Dokter (Kuning)  
 Lembar 3 : Instalasi (Biru Muda)

**BritAma**

Cabang: 0501 KCP RI Fatmawati CIF: 8594446  
 No. Rekening: [REDACTED] 01/2007  
 Nama: [REDACTED]  
 Alamat: [REDACTED]  
 Tanda Pengenal: [REDACTED]

Buku ini adalah milik Bank, apabila dirombak harap dikembalikan kepada Kantor BRI

diakikan oleh,  
**Farida Spv**  
 Pejabat Bank

8594446

**BritAma**

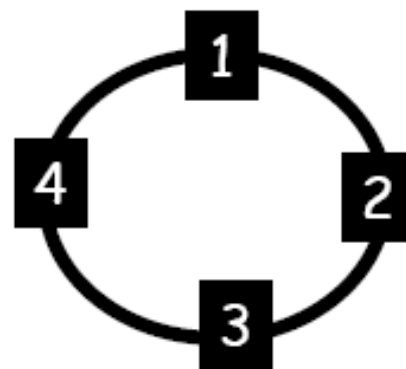
No. Transaksi	Debit	Kredit	Saldo
130407	407,500.00	01	21,428,902.00SAL000000
130407	704,300.00	02	22,719,211.00SAL000000
130407	352,700.00	03	22,366,511.00SAL000000
150407	337,800.00	04	22,028,711.00SAL000000
150407	181,300.00	05	21,847,411.00SAL000000
200407	53,407.00	06	21,793,004.00INT000000
200407	10,002.00	07	21,783,002.00TAX000000
200407	5,000.00	08	21,778,002.00CHG000000
230407	5,000,000.00	09	20,000,000.00SAL000000
300407	115,240.00	10	19,884,760.00SAL000000
010507	3,001,000.00	11	16,883,760.00SAL000000
010507	225,000.00	12	16,658,760.00SAL000000
010507	10,171,000.00	13	6,487,760.00SAL000000
010507	7,001,070.00	14	3,486,690.00SAL000000
010507	307,150.00	15	3,179,540.00SAL000000
010507	1,400,000.00	16	1,779,540.00SAL000000
030507	1,025,200.00	17	754,340.00SAL000000
040507	170,500.00	18	583,840.00SAL000000
140507	3,707,050.00	19	1,116,790.00SAL000000
150507	500,000.00	20	616,790.00SAL000000
150507	402,500.00	21	214,290.00SAL000000
150507	32,400.00	22	181,890.00SAL000000
200507	40,050.00	23	141,840.00INT000000
200507	8,171.00	24	133,669.00TAX000000
200507	7,500.00	25	126,169.00CHG000000
220507	216,797.00	26	104,472.00SAL000000
220507	102,000.00	27	2,472.00SAL000000
230507	357,000.00	28	2,115.00SAL000000

3

[1] Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 79 huruf b. **dodyfirmanda**  
 [2] Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 Ayat 2 dan penjelasannya.

# Pedoman Audit Medis

1. Desain
  - a. Tujuan : Apa yang ingin diketahui dari audit?  
*Aim: What do you want from the audit?*
  - b. Tentukan standar dan SPM/SPOnya.  
*Decide on a set of standards*
  - c. Cari literatur. *Carry out a literature search.*
  - d. Tentukan standar yang dapat diukur.  
*Ensure you can measure practice concerned.*
  - e. Tentukan strategi mencari data.
2. Koleksi Data
3. Hasil
4. Re-audit



# Tujuan Audit Medis:

- Meningkatkan pelayanan pasien  
*(to improve patient care)*
- Menuju perubahan lebih baik dalam penatalaksanaan pasien.
  - Perbaikan dan peningkatan Standar Pelayanan Medis (SPM/SPO)
  - *Clinical Risks Management and Patient Safety*
  - Perbaikan dan peningkatan *Clinical Pathways*



## Pelaksanaan Audit Medis

Beberapa **persyaratan** sebelum dilakukan audit medis:

1. Tetapkan **tujuan (objektif)** audit medis yang akan dilakukan.
2. Tetapkan **ruang lingkup** audit medis yang akan dilakukan, antara lain meliputi:
  - a. **Topik/Judul kasus** yang akan dilakukan audit medis.
  - b. **Periode kasus** - misalnya 3 bulan yang lalu (**retrospektif**) atau 3 bulan yang akan datang (**prospektif**) atau konkuren (**cross sectional**) atau sepanjang tahun 2006 lalu.
  - c. **Tempat kasus** - misalkan ruang rawat inap atau rawat jalan atau, rawat intensif atau kamar operasi atau secara keseluruhan dari mulai dari ruang emergensi/poliklinik sampai pasien pulang/meninggal (*continuous of care*).
3. Tetapkan **tingkat** audit medis: tingkat pertama SMF (*First Party Medical Audit*) atau tingkat kedua Komite Medik (*Second Party Medical Audit*)
4. Tetapkan **standar pelayanan medis (SPM)** atau **standar prosedur operasional (SPO)** yang digunakan.
5. Tetapkan **format** audit medis yang digunakan.

### Contoh:

1. Akan dilakukan audit medis **seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006** untuk mengetahui **tingkat kepatuhan dokter dengan SPM/SPO** di **Instalasi Bedah Sentral** atau
2. Akan dilakukan audit medis **seluruh kasus apendiktomi** bulan **Oktober sampai dengan Desember 2006** dan **Juni sampai Agustus 2007** untuk mengetahui *response time* di **Ruang Emergensi** atau
3. Akan dilakukan audit medis **seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006** untuk mengetahui **penggunaan antibiotik profilaksis** atau
4. Akan dilakukan audit medis **seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006** untuk mengetahui **infeksi luka operasi** atau
5. Akan dilakukan audit medis **seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006** untuk mengetahui **tingkat ketepatan diagnosis dan indikasinya** dngan hasil pemeriksaan **patologi anatomi** atau

6. Akan dilakukan audit medis seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006 untuk mengetahui tingkat pembatalan operasi karena .....atau
7. Akan dilakukan audit medis seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006 untuk evaluasi kinerja individu dokter atau tim
8. Akan dilakukan audit medis seluruh kasus apendiktomi sepanjang tahun 2006 untuk mengetahui utilisasi kamar operasi atau instumen
9. Akan dilakukan audit medis kasus apendiktomi atas Tuan X pada tanggal ..... karena ada pengaduan
10. dan sebagainya

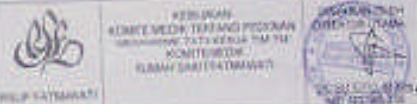
# Pedoman Pelaksanaan Audit Medis

## Pedoman Pelaksanaan Standar Keperawatan Pasien (Patient Safety Standard) RS Fatmahanik

1. Tujuan Standar Keperawatan Pasien (SKPP) adalah memastikan terdapatnya standar keperawatan yang efektif untuk menjamin keselamatan dan kualitas perawatan pasien Fatmahanik Surabaya. Tujuan dari standar ini adalah memastikan bahwa standar keperawatan pasien yang ditetapkan dalam standar ini telah dilaksanakan secara konsisten dan berkelanjutan.
2. Ruang Lingkup Standar Keperawatan Pasien (SKPP) meliputi:
  1. Ruang Rawat Inap RS Fatmahanik
  2. Ruang Rawat Gawat Darurat RS Fatmahanik
  3. Ruang Rawat Jalan RS Fatmahanik
  4. Ruang Rawat Gawat Darurat RS Fatmahanik
  5. Ruang Rawat Gawat Darurat RS Fatmahanik
  6. Ruang Rawat Gawat Darurat RS Fatmahanik
3. Sasaran Standar Keperawatan Pasien (SKPP) meliputi:
  1. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  2. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  3. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  4. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  5. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  6. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.

## Pedoman Pelaksanaan Patients' Safety

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
KOMITE MEDIS TERANG PUSKAS  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
KOMITE MEDIS TERANG PUSKAS



KONDISI KESEHATAN PASIEN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
KOMITE MEDIS TERANG PUSKAS

1. Latar Belakang  
a. Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas, Komite Medis Terang Puskesmas (KMT) dibentuk sebagai wadah koordinasi dan komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas.  
b. Tujuan KMT adalah:
  1. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  2. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
2. Maksud dan Tujuan  
a. Maksud KMT adalah sebagai wadah koordinasi dan komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas.  
b. Tujuan KMT adalah:
  1. Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan pasien melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.
  2. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui standar keperawatan yang efektif dan berkelanjutan.

## Pedoman Mekanisme Kerja Tim Klinis Komite Medis

# P E D O M A N A A U D I T M E D I K

## Pelaksanaan Audit Medik\*

Dr. Dody Firmanda, SpA, MA,  
Ketua Komite Medik, RS Fatmawati, Jakarta.

### Latar Belakang

Salah satu peran utama suatu sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) adalah memberikan pelayanan medis. Sedangkan salah satu pasal dari 17 pasal dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) adalah seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Sedangkan yang dimaksud dengan ukuran "tertinggi" adalah yang sesuai dengan perkembangan IPTEK kedokteran, etika umum, etika kedokteran, hukum dan agama, sesuai tingkat/jenjang pelayanan kesehatan, serta kondisi dan situasi setempat.<sup>1,2</sup>

Bila merujuk kepada Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Perjan RS Fatmawati Pasal 33 tentang Komite Medik dan Pasal 38 tentang Staf Medik Fungsional (SMF), bahwa secara definisi Komite Medik adalah wadah profesional medik yang keanggotaannya terdiri dari Ketua Staf Medik Fungsional (SMF). Sedangkan definisi SMF itu sendiri adalah kelompok dokter/dokter gigi, spesialis dan subspesialis berdasarkan tugas dan wewenang keahliannya. Bila kita tinjau Sistem Kesehatan Nasional yang baru, RS Fatmawati termasuk dalam strata tiga untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yakni menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan strata ketiga adalah "praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan A milik pemerintah termasuk TNI/POLRI dan BUMN) serta rumah sakit khusus dan rumah sakit swasta. Berbagai sarana pelayanan ini di samping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana upaya kesehatan perorangan strata kedua dalam bentuk pelayanan rujukan medik. Seperti juga strata kedua, upaya kesehatan perorangan strata ketiga ini juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik dan optik. Untuk menghadapi persaingan global upaya kesehatan perorangan strata ketiga perlu dilengkapi dengan dilirikannya beberapa pusat pelayanan unggulan nasional, seperti pusat unggulan jantung nasional, pusat unggulan kanker nasional, pusat penanggulangan stroke nasional, dan sebagainya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan lisensi, sertifikasi dan akreditasi."

Fungsi dan wewenang Komite Medik adalah menegakkan etika profesi medik dan mutu pelayanan medik berbasis bukti. Adapun tugas dan fungsi dari SMF adalah melaksanakan kegiatan pelayanan medik, pendidikan, penelitian dan pengembangan kefarmasiannya yang berpedoman pada ketetapan Komite Medik atas etika profesi medik dan mutu keprofesian medik. Jadi profesi medik dalam melaksanakan profesinya berdasarkan falsafah meliputi etika, mutu dan *evidence-based medicine*.

\* Ditampilkan dalam Brosura Pelaksanaan Audit Medik di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya pada tanggal 11 Desember 2003.

Contoh Format  
1<sup>st</sup> Party  
Medical Audit

Form 1

1<sup>st</sup> PARTY AUDIT

SMF : .....  
 Tanggal : .....  
 Waktu : Pukul ..... sampai pukul .....  
 Yang hadir : ..... orang ( daftar hadir terlampir )  
 Kasus : .....

Identitas pasien : .....  
 No. RM : .....  
 Kronologis : .....

Masalah : .....

Evaluasi

No		Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Pelaksanaan SOP kasus tsb			SOP ada / tidak ada
2.	Diagnosis Kerja			
3.	Rencana tindakan ( penunjang )			
4.	Diagnosis pasti			
5.	Terapi			

Kesimpulan :

Saran :

Contoh Format  
1<sup>st</sup> Party  
Managerial Audit

Form 2

1<sup>st</sup> PARTY AUDIT

Instalasi : .....  
 Tanggal : .....  
 Waktu : Pukul ..... sampai pukul .....  
 Yang hadir : ..... orang ( daftar hadir terlampir )  
 Kasus : .....

Identitas pasien : .....  
 No. RM : .....  
 Kronologis : .....

Masalah : .....

Evaluasi

NO	URAIAN	PETUGAS PJ / PELAKSANA	WAKTU		KET
			Tgl	Jam	
1.	Ekspedisi - Pasien - Berkas Rekam Medis * ..... * .....				
2.	Penatalaksanaan di ruang pelayanan : * ..... * ..... * .....				

Kesimpulan :

Saran :

Contoh  
Format  
2<sup>nd</sup> Party  
Medical  
Audit

2nd PARTY AUDIT			
TANGGAL : .....			
I. IDENTITAS KASUS			
- Diagnosis Kasus : .....			
- Nama : .....			
- Umur : .....			
- Jenis kelamin : .....			
- No. RM : .....			
II. PEMBAHASAN			
DIAGNOSIS			
URAIAN	MASALAH	SOP/SPM	
PENATALAKSANAAN			
URAIAN	MASALAH	SOP/SPM	
III. KESIMPULAN : .....			
IV. SARAN – SARAN : .....			
Mengetahui, Ketua Komite Medis		Jakarta, ..... Notulis	
{	}	{	}



C  
O  
N  
T  
R  
O  
L  
H  
A  
U  
D  
I  
T  
M  
E  
D  
I  
K  
1<sup>ST</sup>  
P  
A  
R  
T  
Y

Form 1

### 1<sup>ST</sup> PARTY AUDIT

SMF : Gawat Darurat  
 Tanggal : 17-6-2004  
 Waktu : Pukul 11<sup>00</sup> sampai pukul 13<sup>00</sup>  
 Yang hadir : 10 orang (daftar hadir terlampir)  
 Kasus :

Identitas pasien : No. RM :  
 Kronologis : 4/04 tabrakan mobil ke RSE (MC 990)  
 Kesimp. Head injuri dr I frontolobatum + kontusio ga.  
 → Nausea → Pulang b/w  
 2/4 → Kontrol p. syaraf (dr. vawer) 2/4 → kontrol p. syaraf (dr. gi) 20/4 tanggal  
 → tdk ada keluhan lateralisa.  
 4/04 → Berkeinginan kematian 9/04.  
 9/04 7% Agg. Badan kiri + bisa jalan + 10% Nausea Subjektif kejutannya ppg. 10/04  
 2/4 kardiak kardiak kiri + tdk ada keluhan kardiak → kardiak → pulang 20/04  
 Masalah : Bagaimana defleksi dari RSE Subjektif kejutannya

C  
O  
N  
T  
R  
O  
L  
2<sup>nd</sup>  
P  
A  
R  
T  
Y  
A  
U  
D  
I  
T  
M  
E  
D  
I  
K

SECOND PARTY AUDIT  
TANGGAL : 17-6-2024

I. IDENTITAS KASUS

- Diagnosis Kasus : Sindrom hematom kronis kea parietalis dx dg hematom
- Nama : [redacted] is contoh kiri + udan dextra hemisphere kiri
- Umur : 28 th
- Jenis kelamin : laki
- No. RM : [redacted]

II. PEMBAHASAN

DIAGNOSIS

URAIAN	MASALAH	SOP
Hematom subdural kronis kea parietalis dx dg hematom ke contoh kiri + udan dextra hemisphere kiri	Deteksi dini terjadinya hematom subdural pda pinda dg head injury dr I	Penyempurnaan SOP trauma kepala

EVALUASI PELANGGARAN KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA (KODEKI) TAHUN 2006

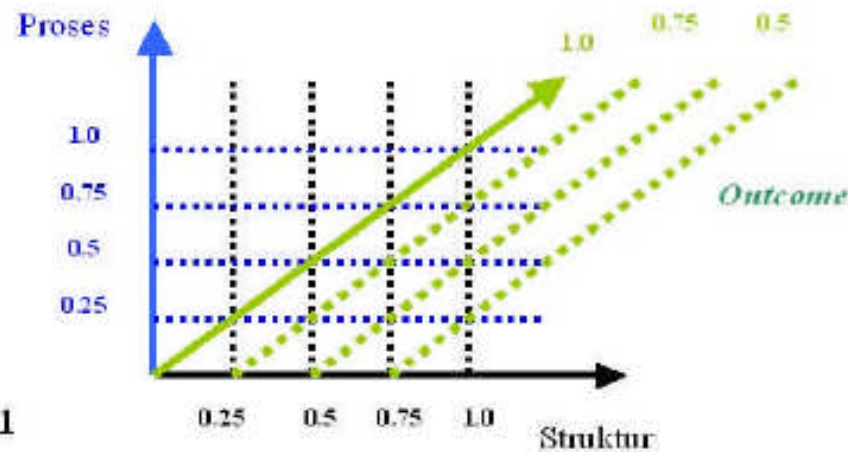
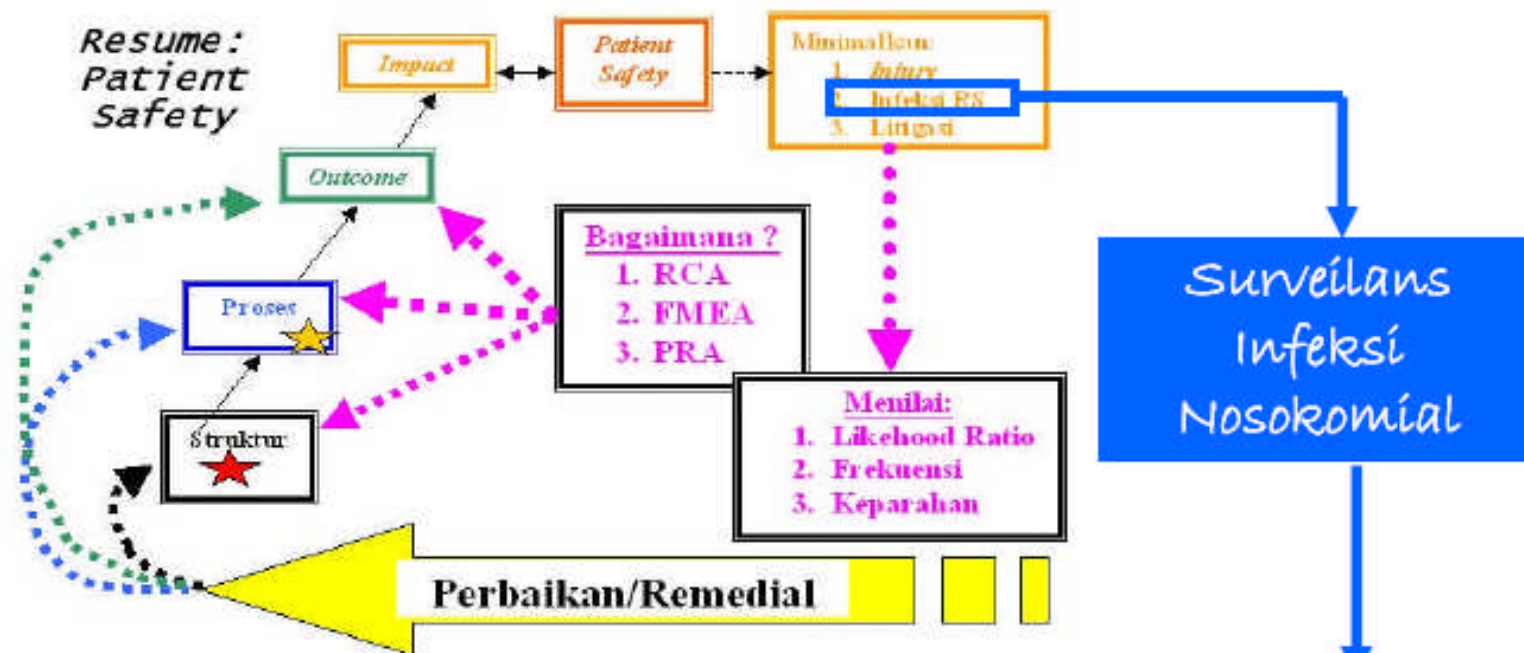
PASAL		1	2	3	4	5	6	7				8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nb	KODE DOKTER							7a	7b	7c	7d										
1.	01 AR 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
2.	01 DF 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
3.	01 ES 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
4.	01 LP 07	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
5.	01 NI 09	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
6.	01 PA 10	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
7.	01 RW 11	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
8.	01 SR 12	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
9.	01 SE 13	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
10.	01 TS 14	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
11.	01 DR 15	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
12.	01 DL 16	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
13.	01 GS 17	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
14.	01 EN 18	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
15.	02 AG 01	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
16.	02 AT 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
17.	02 AS 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
18.	02 BS 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

KETERANGAN: Y = ada melakukan pelanggaran T = Tidak ada pelanggaran

Gambar 17. Contoh hasil evaluasi dari *Individual Portfolio* tentang Kode Etik Kedokteran Indonesia untuk periode tahun 2006.

# SUB KOMITE PENGENDALIAN INFEKSI

dodyfirmanda



DF 20/02/2001


dodyfirmanda



**Surveillance**  
**Infeksi Nosokomial**  
**th 2005**

Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial  
 Komite Medik  
 RSUP Fatmawati

MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI



**RSUP FATMAWATI**  
 J. RS FATMAWATI – CILANDAK  
 TELP. (021) 7501524 & 7560552 (Hunting)  
 JAKARTA 12430

NO. RM / PIN : / LP  
 NAMA : /  
 TGL LAHIR/UMUR : /  
 TB / BB : /  
 Tanggal masuk RS : /  
 Cara masuk RS : UER / RJ / Langsung / Rujukan  
 Keluar RS : Tgl. .... / Hidup/Meninggal/Pindah RS  
 Diagnosis :

---

**SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL**

Nama Dokter :  
 S M F terkait :  
 Nama ICN :

Tempat dirawat :

1. Ruang .....	Tgl. .... s.d. tgl. ....	Lama .....	hari
2. Ruang .....	Tgl. .... s.d. tgl. ....	Lama .....	hari
3. Ruang .....	Tgl. .... s.d. tgl. ....	Lama .....	hari
4. Ruang .....	Tgl. .... s.d. tgl. ....	Lama .....	hari
5. Ruang .....	Tgl. .... s.d. tgl. ....	Lama .....	hari

**FAKTOR RISIKO**

Diabetes Mellitus       Obesitas       Trauma  
 Gangguan kekebalan       Stomatitis       Bayi Prematur (T/Y)  
 Gangguan sistem pernapasan       Sepsis       Lansia

**IADP & PHLEBITIS**

Infus Vena Perifer (T/Y)      CVP (T/Y)      Kateter umbilikal (T/Y)  
 Pasien usia > 1 tahun

Lokasi	Mulai tgl. .... s.d. tgl. ....	Nyeri	Merah	Bengkak	Warna	Suhu > 38°C	Harus ke
1. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Pasien usia < 1 tahun      Riwayat peritus :  Normal       Patologis

Ke-	Mulai tgl. .... s.d. tgl. ....	Demam > 38°C	Anyang-anyangan	Nyeri supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pus	Harus ke
1. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Tujuan Pemasangan Infus Vena Perifer CVP/UC

Pemberian Antibiotik / Glukosa / Obat ....., Kultur darah Ke 1. Hasil .....,  
 Transfus : WB/ PRG/FFPI Trombolis      2. Hasil .....,  
 Nutrisi Parenteral

**INFEKSI SALURAN KEMIH**

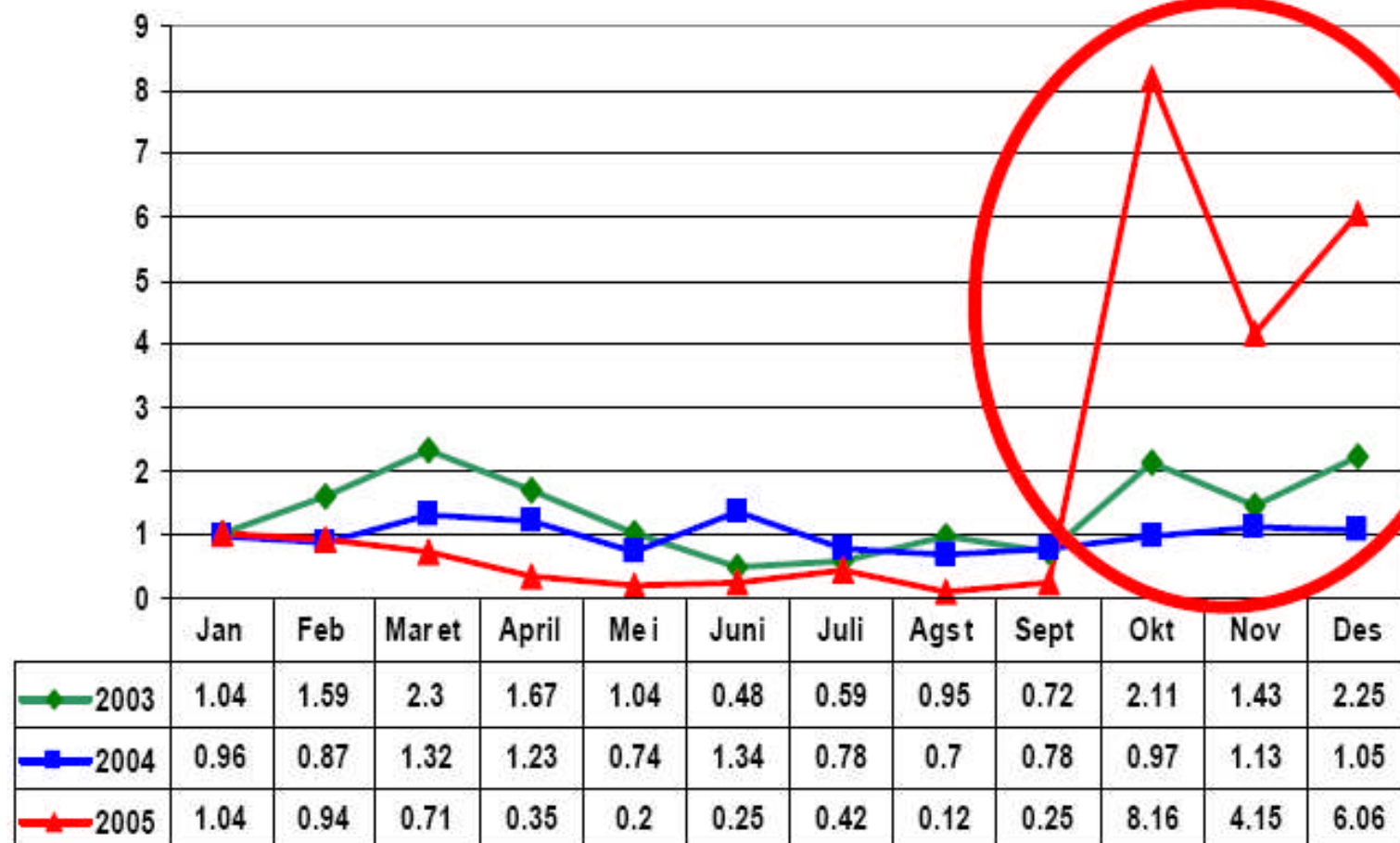
Kateter Urin (T/Y)       Douer       Intermittan       SPP       Kondom  
 Pasien usia > 1 tahun

Pasang Ke-	Mulai tgl. .... s.d. tgl. ....	Demam > 38°C	Anyang-anyangan	Nyeri supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pus	Harus ke
1. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ....	..... s.d. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Hasil Pemeriksaan Urin :      Sediaan Urin :  
 1. Tgl. .... Leukosit urin : .....      1. Tgl. .... Hasil : .....

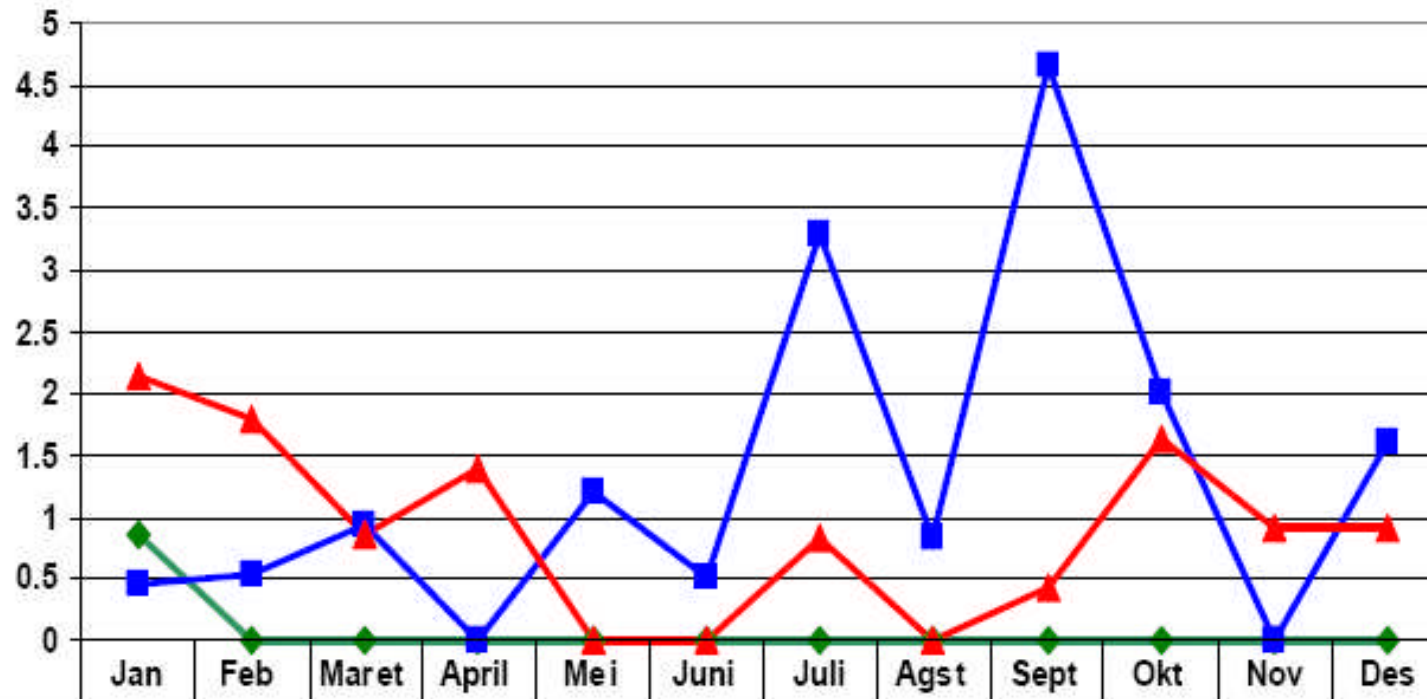
dodyfirmanda

## Trend Kejadian Plebitis RSUP Fatmawati Jakarta 2003-2005



dodyfirmanda

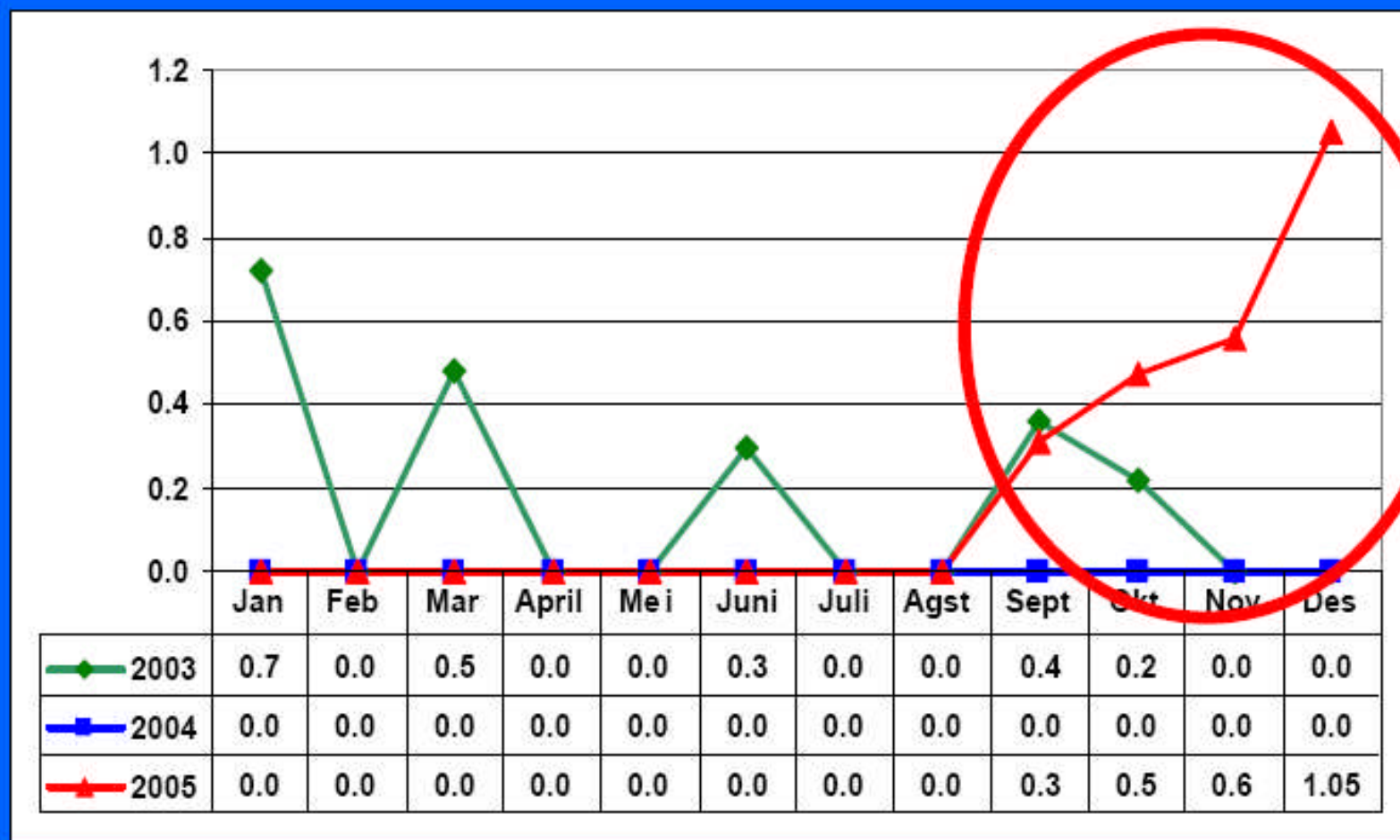
## Trend Kejadian ILO RSUP Fatmawati Jakarta 2003-2005



◆ 2003	0.86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
■ 2004	0.46	0.54	0.94	0	1.19	0.5	3.3	0.82	4.66	2	0	1.61
▲ 2005	2.13	1.78	0.86	1.4	0	0	0.84	0	0.44	1.63	0.92	0.92



## Trend Kejadian ISK RSUP Fatmawati Jakarta 2003-2005



## INSIDENS

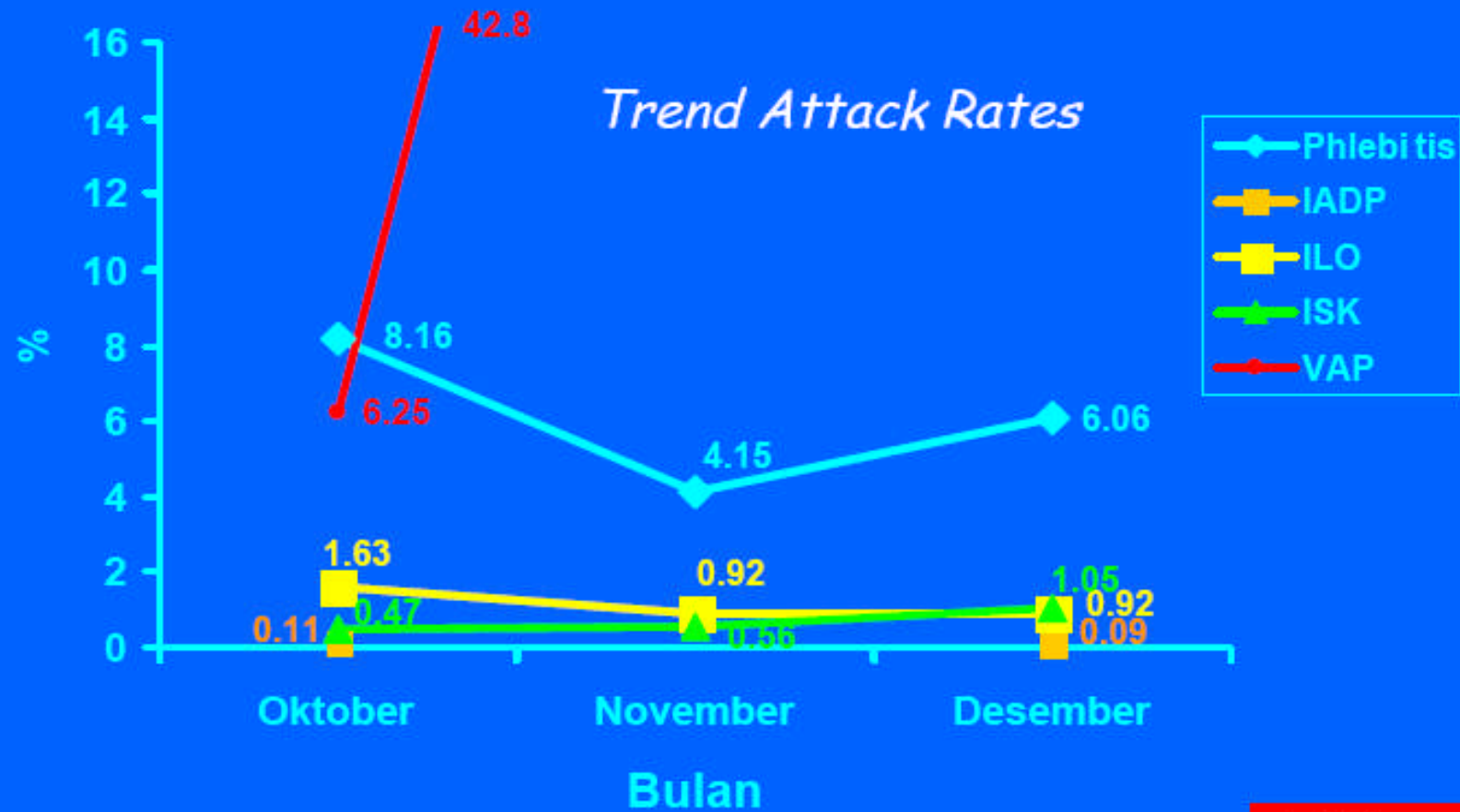
- Plebitis :  $184/3069 \times 1000/16215 = 0.0037/1000$  hari
- IADP:  $2/3069 \times 1000/16215 = 0,000004/1000$  hari
- ILO:  $7/618 \times 1000/3832 = 0.0030/1000$  hari
- VAP:  $1/35 \times 1000/267 = 0.1070/1000$  hari
- ISK :  $4/582 \times 1000/4591 = 0.0015/1000$  hari

## Attack Rates:

- Plebitis :  $184/3069 \times 100 = 5.99 \%$
- IADP :  $2/3069 \times 100 = 0.07 \%$
- ILO :  $7/618 \times 100 = 1.13 \%$
- VAP :  $4/35 \times 100 = 11.43 \%$
- ISK :  $4/582 \times 100 = 0.69 \%$

# Attack Rates:

- Plebitis :  $184/3069 \times 100 = 5.99 \%$
- IADP :  $2/3069 \times 100 = 0.07 \%$
- ILO :  $7/618 \times 100 = 1.13 \%$
- VAP :  $4/35 \times 100 = 11.43 \%$
- ISK :  $4/582 \times 100 = 0.69 \%$



HASIL SURVEILANS INFEKSI NOSOKOMIAL  
DI RSUP FATMAWATI

OKTOBER - DESEMBER 2005

- Penggunaan alat invasif
- Insidens : Phlebitis, IADP, ILO, VAP, ISK
- Attack rate: Plebitis, IADP, ILO, VAP, ISK

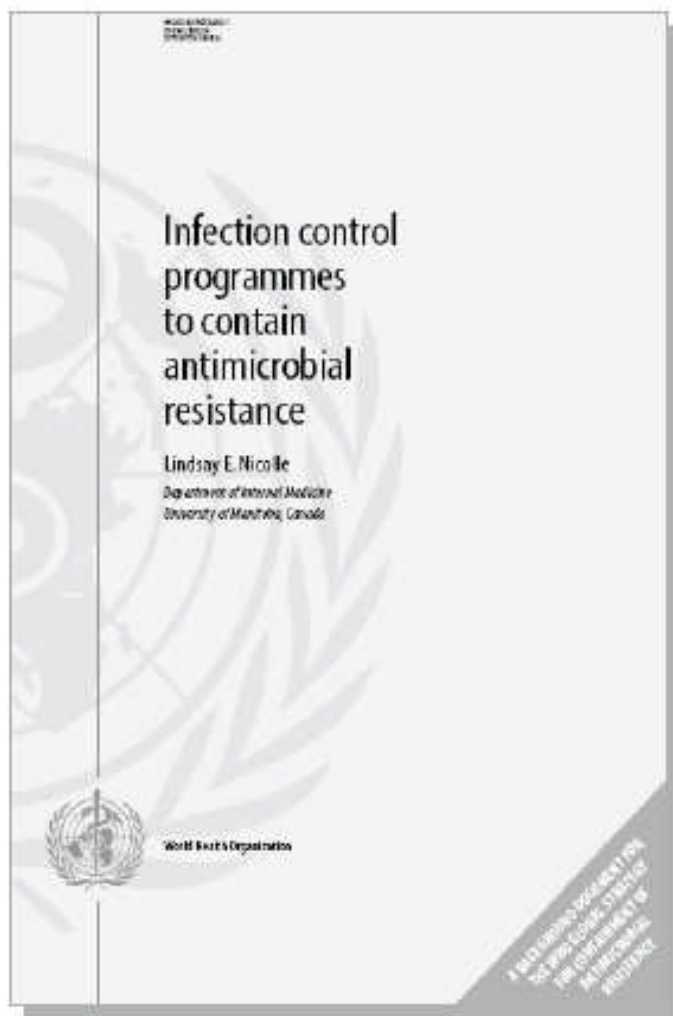
- IVFD : 3069 (84.7%)
- Kateter urin : 582 (16.1%)
- Ventilator : 35 (1%)
- Tindakan bedah : 618 (17.1%)

SMF	N	TINDAKAN INVASIF			
		IVFD	KATETER	VENTILATOR	OPERASI
Penyakit Dalam	931	99.4	7.2	0.3	1.1
Anak	880	72.4	1.7	0.6	0.6
Kebidanan	706	64.2	38.0	0.7	33.3
Bedah	277	98.3	23.9	2.0	77.8
UE	250	99.2	0.4	0	0
Syaraf	153	100	34.6	3.9	0
Jantung	119	100	33.6	2.5	0
Paru	88	100	11.4	1.1	0
Orthopedi	86	97.7	37.2	0.0	80.2
Bedah Syaraf	55	100	43.6	10.9	29.1
Mata	29	0	0	0	100
THT	23	47.8	0	0	91.3
Gigi dan Mulut	4	100	0	0	100
Rehab Medik	2	0	100	0	50
Total	3623	84.7	16.1	1.0	17.1

dodyfirmanda

EXECUTE & ACTIONS

TINDAK LANJUT  
HASIL SURVEILANS



dodyfirmanda

Jakarta, 18 September 2006

Nomor : 04/Komite Medik RSF/IX/2006

Lampiran : 6 (Enam) halaman

Perihal : Rekomendasi hasil Sidang Pleno Komite Medik

Tanggal 4 September 2006 tentang Hasil Surveillance Sub Komite Pengendalian Infeksi.

Kepada

Yth. Direktur Medik dan Keperawatan

RS Fatmawati

Di

Tempat

Berdasarkan presentasi hasil surveillance Sub Komite Pengendalian Infeksi sepanjang tahun 2006 lalu dalam sidang Pleno Komite Medik tanggal 4 September 2006, serta dalam rangka upaya menjaga keamanan/keselamatan pasien (*patient safety*); bersama ini kami lampirkan rekomendasi hasil Sidang Pleno Komite Medik tentang Program *High Impact Intervention (HII)* dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan serta menekan angka kejadian dan prevalensi infeksi nosokomial.

Program HII tersebut dapat dilaksanakan melalui kegiatan lintas fungsi di tingkat instalasi rawat inap, rawat jalan, unit emergensi, Instalasi Rawat Intensif (ICU, NICU/PICU, OEU) dan Instalasi Bedah dengan dikoordinasikan oleh Kepala Instalasi masing masing dengan Sub Komite Pengendalian Infeksi dari Komite Medik.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Komite Medik,

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, M.A.

**Rekomendasi hasil sidang Pleno  
Komite Medik tentang tindak lanjut  
hasil surveilans untuk kegiatan  
*High Impact Interventions***



dodyfirmanda

# *HIGH IMPACT INTERVENTIONS*

1. HII 1 : PENCEGAHAN KONTAMINASI MIKROBA DALAM PRAKTIK KEDOKTERAN & KEPERAWATAN
2. HII 2 : PENCEGAHAN INSIDENS INFEKSI KARENA PEMASANGAN INTRAVENA
3. HII 3 : PENCEGAHAN INSIDENS ILO
4. HII 4 ; PENCEGAHAN INSIDENS PNEUMONIA KARENA VENTILATOR
5. HII 5 : PENCEGAHAN INSIDENS ISK KARENA KATETER URIN
6. HII 6 : PENCEGAHAN INSIDENS DIARE PADA PASIEN RAWAT INAP
7. HII 7 : PENCEGAHAN INSIDENS INSTRUMEN OPERASI
8. HII 8 : PENCEGAHAN INSIDENS OBAT OBATAN DAN GAS ANESTESI
9. HII 9 : PENCEGAHAN INSIDENS REAKSI OBAT
10. DLL





## High Impact Intervention (HII) 1

Tujuan: Pencegahan kontaminasi mikroba dalam praktik kedokteran dan keperawatan

Tanggal: .....	Jam: .....				Ruang: .....				Pelaksana: .....			
Elemen	Cuci tangan sebelum tindakan		Menggunakan alat proteksi		Melakukan teknik antiseptik		Menaruh/membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan		Cuci tangan sesudah tindakan		Semua elemen dilakukan (1) s/d (5)	
	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(5)	(1) s/d (5)	(1) s/d (5)
Observasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.												
2.												
3.												
4.												
<b>MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI</b>												
7.												
8.												
9.												
10.												
Jumlah												
% Compliance: (Y) : (Y + T) x 100%												



## High Impact Intervention (HII) 2

Tujuan: Menurunkan insiden infeksi karena pemasangan kateter vena

Tanggal: .....	Jam: .....	Ruang: .....	Pelaksana: .....							
Elemen	Pemakaian ukuran dan jenis kateter sesuai (1)		Lokasi pemasangan kateter vena tepat (2)		Pemakaian Chlorhexidine alkohol (3)		Melaksanakan pencegahan kontaminasi mikroba (HII 1) (4)		Semua elemen dilakukan (1) s/d (4)	
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
Jumlah										
% Compliance: (Y): $(Y + T) \times 100\%$										

MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI



High Impact Intervention (HII) 3

Tujuan: Menurunkan insiden infeksi luka operasi  
 Ruang Operasi: Emergensi/IBS

Tanggal: ..... Jam: .....	Pra Operasi								Durante Operasi							
	Tindakan	Skining (penapisan) MRSA		Dekontaminasi MRSA		Pembersihan dan pencukuran rambut		Jumlah		Profilaksis Antibiotik		Gula Darah $\leq 11$ mmol/l		Suhu Normothermia $> 36^{\circ}\text{C}$		Jumlah
Operasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1. ....																
2. ....																
3. ....																
<b>MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI</b>																
6. ....																
7. ....																
8. ....																
9. ....																
10. ....																
Jumlah																
% Compliance: (Y): $(Y + T) \times 100\%$																



High Impact Intervention (HII) 4

Tujuan: Menurunkan insiden pneumonia pemasangan ventilator

Tanggal: .....		Jam: .....				Ruang: .....				Pelaksana: .....														
Elemen	Elevasi bagian kepala tempat tidur 30° - 45° (1)		Pemberian Bedas (2)		Profilaksis DVT (3)		Profilaksis Ulkus Gaster (4)		Humidifikasi (5)		Peranganan tube (6)		Cuci tangan sebelum tindakan (7)		Menggunakan alat proteksi (8)		Melakukan teknik antiseptik (9)		Membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan (10)		Cuci tangan sesudah tindakan (11)		Semua elemen dilakukan (1) s.d (11)	
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T		
1.																								
2.																								
3.																								
4.																								
5.																								
6.																								
7.																								
8.																								
9.																								
10.																								
% Compliance: (Y: (Y + T) x 100%																								

MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

dodyfirmanda

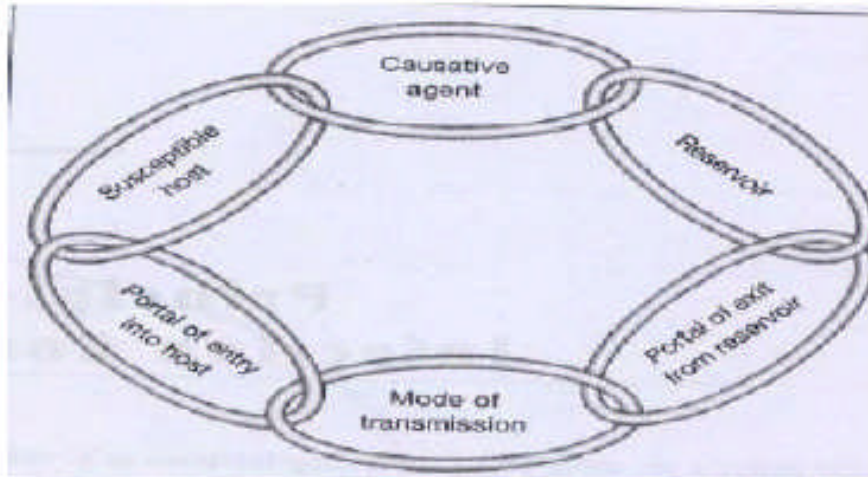


High Impact Intervention (HII) 5

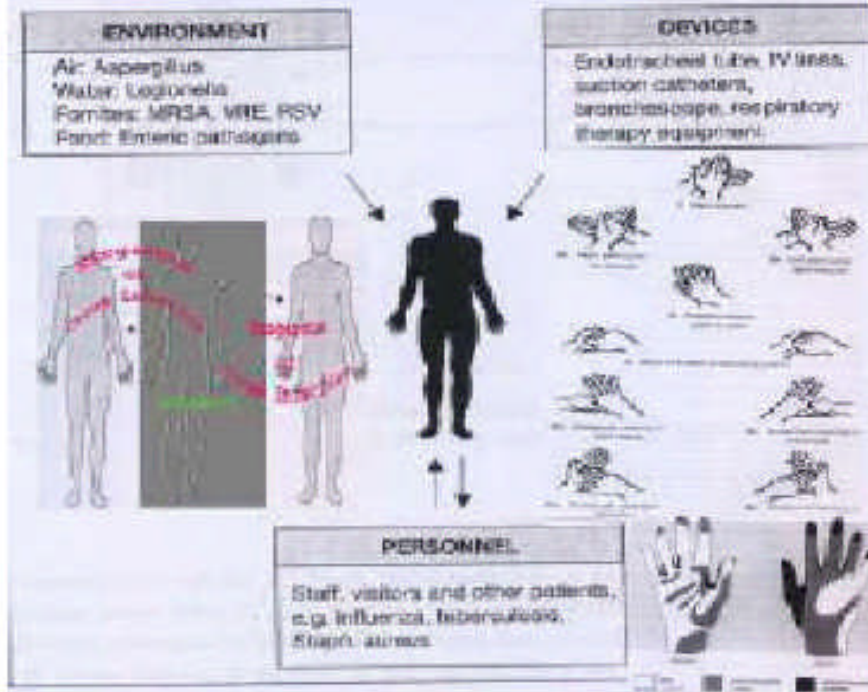
Tujuan: Menurunkan insiden infeksi saluran kemih karena pemakaian kateter urin

Elemen	Indikasi pemasangan kateter urin		Pembersihan lubang urin		Sistem drainage steril		Cuci tangan sebelum tindakan		Menggunakan alat proteksi		Melakukan teknik antisepik		Membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan		Cuci tangan sesudah tindakan		Pengambilan bahan urin secara steril		Kantong urin diletakkan dengan ener		Serung tangan digunakan saat memeriksa dan tindakan		Semua elemen dilakukan	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(11)	(1) s/d (11)		
Observasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.																								
2.																								
3.																								
<b>MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI</b>																								
7.																								
8.																								
9.																								
10.																								
Jumlah																								
% Compliance: (Y): (Y + T) x 100%																								

dodyfirmanda



**SOURCES OF INFECTION**



#### PENDAHULUAN

Cuci tangan merupakan tindakan utama dalam mencegah terjadinya infeksi silang antara petugas kesehatan dengan pasien atau dari kesehatan dengan pasien atau dari pasien ke petugas kesehatan.

Cuci tangan sesuai standar sangat penting dalam rangka menjaga keselamatan pasien (patient safety) dari terjadinya infeksi nosokomial selama berada di rumah sakit atau sarana kesehatan.

#### PENGERTIAN

Cuci tangan adalah proses membersihkan tangan dari kotoran dan membuang mikroorganisme transient yang menempel pada kulit tangan.

#### TUJUAN

1. Menghilangkan atau meminimalkan mikroorganisme di tangan
2. Mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan
3. Tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial dengan cara memutus mata rantai penularan penyakit infeksi.

#### SIAPA YANG WAJIB CUCI TANGAN ?

Semua personil yang bekerja di rumah sakit : Dokter, Perawat, Pekarya kesehatan, Cleaning Service, petugas Gizi, Laboratorium, Farmasi dll. Serta personil yang berada di rumah sakit atau sarana kesehatan sebagai pengunjung atau pasien.

#### KAPAN WAJIB MELAKUKAN CUCI TANGAN?

1. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien.
2. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik
3. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan dan perawatan luka.
4. Sebelum dan sesudah menyentuh bahan pemeriksaan laboratorium
5. Jika tangan diduga kotor
6. Diantara dua tindakan atau melakukan pemeriksaan fisik pasien
7. Segera setelah masuk atau meninggalkan ruangan/rumah sakit
8. Segera setelah melepaskan sarung tangan
9. Sebelum dan sesudah makan
10. Segera setelah keluar dari toilet atau membersihkan sekresi hidung.



**Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik**

Jl. RS. Fatmawati Cilandak  
Jakarta Selatan 12430  
Telp. 7801524, 7660552  
Fax. (021) 7690123



## 7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Telapak tangan telapak



Telapak kanan ditekan punggung jari-jari dan telapak kiri ditekan punggung tangan kanan



Telapak Jempol telapak & jari saling terkait



Lakukan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci



Jempol kanan ditekan, memutar oleh telapak kiri, & sebaliknya



Jari kiri menguncup, gosok, memutar, kekanan & ke kiri pada telapak kanan, & sebaliknya



Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan & sebaliknya, gerakan memutar

**\* CUCI TANGAN MERUPAKAN TINDAKAN UTAMA DALAM MENCEGAH TERJADINYA ANTARA PETUGAS KESEHATAN DENGAN PASIEN ATAU DARI PASIEN KE PETUGAS**

TIM PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL - KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

dodyfirmanda

# HASIL SURVEILANS INFEKSI NOSOKOMIAL PADA TINDAKAN SC

**5 DARI 141 SC**

PASIEEN DENGAN TINDAKAN OPERASI SC  
SURVEILANS INFEKSI NOSOKOMIAL OKTOBER - DESEMBER 2005

NO	DOKTER	RMPIN	PASIEEN	UMUR	LAMA RAWAT	DIAGNOSIS	TINDAKAN OPERASI	TGLOP	NOSO
1	Yucca R	684689	SRI HARTIAH	32	5	TUBECTOMI + SC	SC	04-Oct-05	
2	Taufik Z	351574	ENY SETYARINI	33	6	SC	SC	06-Oct-05	
3	Taufik Z	6851144	LIA SUJUDI	17	1	SC	SC	04-Oct-05	
4	Taufik Z	685583	ZILA	29	5	SC	SC	07-Oct-05	
5	Taufik Z	685610	IDA ROYANI	27	4	HAMIL+PK II LAMA+PKD	SC	08-Oct-05	
6	Taufik Z	685840	DESI	23	32	POST SC+OEDEM PARU	SC	09-Nov-05	
7	Taufik Z	685885	JIAH	29	12	POST SC	SC	08-Oct-05	
8	Winny	56324	NETTY	32	5	PSC	SC	11-Oct-05	
9	Taufik Z	686228	ASIH	21	4	PEB	SC	11-Oct-05	
10	Winny	189043	UFYANTI	35	6	POST SC	SC	11-Oct-05	
11	Febr	522374	HENDRIKUS	32	3	AFF K-NAIL	SC		
12	Nina M	404487	NINA	34	6	SCTPP	SC	12-Oct-05	
13	Taufik Z	363096	FARIDA BP	31	5	HAMIL - PPT	SC	15-Oct-05	
14	Taufik Z	687114	SUNARSIH	32	4	POST SC	SC	16-Oct-05	
15	Taufik Z	675337	RINA SUHAERI	28	4	POST SC	SC	19-Oct-05	
16	Taufik Z	433463	SITI FATIMAH	32	4	PSC	SC	19-Oct-05	
17	Taufik Z	687468	SUMILAH	31	3	SCTP	SC	19-Oct-05	
18	Yucca R	687491	SAURLIN	34	6	SC	SC	19-Oct-05	
19	Djoko S	6875933	SUMI ASIH	24	6	HAP	SC	21-Oct-05	
20	Agus S	580344	Rahma D	28	4	HAMIL,bekas SC krg 1 th	SC	24-Oct-05	
21	Harry S	61431	Dwi agustinawati	29	4	HAMIL,let lintang,post SC	SC	26-Oct-05	
22	Taufik Z	687293	IIS SURYANI	27	7	PEB POST SC	SC	21-Oct-05	
23	Setyo H	135281	Rahayu	31	4	G1,P0,A0,H aterm,SC	SC	18-Oct-05	
24	Setyo H	256239	Sulastri	39	5	G2,P1,A0,H aterm,bekas SC	SC	06-Oct-05	
25	Harry S	74652	Eva	28	4	SC	SC	24-Oct-05	
26	Nina M	6889999	SITI FATIMAH	33	3	POST SC	SC	23-Oct-05	
27	Taufik Z	688293	HARIYANTI	30	15	POST SC	SC	24-Oct-05	
28	Taufik Z	164805	IRAWAYATI	40	3	G3P2Ao H40mgg + PK I AKTIF	SC	24-Oct-05	
29	Taufik Z	6854200	WARSAHLINA	27	3	G2P1Ao H34mgg - PPT	SC	24-Oct-05	
30	Setyo H	209916	NURBANI	33	4	POST SC	SC	25-Oct-05	
31	Harry S	173894	Nina kencana	29	4	G2,P1,A0,H39mgg,bekas SC	SC	17-Oct-05	
32	Chamim	65591	Aminah	30	4	G2,P1,A0,H aterm,bekas SC,SC,herniato	SC	17-Oct-05	
33	Taufik Z	688632	MILA	30	7	POST PARTUM	SC	26-Oct-05	
34	Taufik Z	688585	RETNO SARI	37	20	PSC	SC	26-Oct-05	
35	Setyo H	483538	Febriyanti	28	3	POST SC	SC	21-Oct-05	
36	Harry S	647220	Nurita andayani	26	4	G1,P0,H aterm,KP	SC	28-Oct-05	
37	Supardi	681767	Elizabeth	32	5	G1,P0,A0,H37mgg,SC	SC	18-Oct-05	
38	Djoko S	558632	ERNE KENEDI	28	6	SECTIO CAESARIA	SC	31-Oct-05	
39	Taufik Z	688856	PARTI	30	4	PEB	SC	28-Oct-05	
40	Supardi	424788	Ida s	28	4	post SC,G2,P1,A0	SC	11-Oct-05	
41	Djoko S	30947	YEYEN	36	4	G2P1Ao H37mgg BEKAS SC 1x	SC	31-Oct-05	
42	Taufik Z	689048	RINI ANITA	27	16	PEB	SC	30-Oct-05	
43	Nina M	615931	Eli rohaeti	28	3	G2,P1,A0, post SC	SC		
44	Taufik Z	876831	YARSITI	34	5	POST PARTUM	SC		

dodyfirmanda



NO	DOKTER	RMPIN	PASIE	UMUR	LAMA RAWAT	DIAGNOSIS	TINDAKAN OPERASI	TGLOP	NOSO
45	Taufik Z	889176	SUPINI	32	5	G1 H05mgg PEB - PSC	SC	31-Oct-05	
46	Taufik Z	676198	AGINSIE J	27	6	POST SC	SC	02-Nov-05	
47	Doko S	5201151	Utik riarti	24	3	G1.P0.A0.H aterm.SC	SC	26-Oct-05	
48	Taufik Z	689478	SAKIYATIN	29	7	PSC - BEKAS SC 1x	SC	03-Nov-05	
49	Taufik Z	889488	VITA P	24	5	PSC	SC	03-Nov-05	
50	Harry S	689347	ISTIDENA SSALEH	38	3	G2P1A0 H ATTERM BEKAS SC 1x	SC	04-Nov-05	
51	Taufik Z	889684	TITIK	34	5	PSC	SC	06-Nov-05	
52	Taufik Z	689675	SUSAN	23	6	PSC	SC	07-Nov-05	
53	Taufik Z	689650	SUHEM	26	10	ACLIPUT POSTERIOR	SC	05-Nov-05	
54	Setyo H	140815	IVY DOOMIYAH	28	7	POST OP SC	SC	09-Nov-05	
55	Taufik Z	689813	RATU A	25	4	POST SC	SC	08-Nov-05	
56	Setyo H	529156	NURROHMAH	29	4	POST SC	SC	06-Nov-05	LD
57	Setyo H	10004	INDAH M	22	10	G1PoAo H29mg+RESP SC PPT	SC	14-Nov-05	
58	Yucca R	690240	ERNA I	34	6	G1P3A0	SC	08-Nov-05	
59	Setyo H	522727	WINDARI	25	4	G1PoH42mggrCPD	SC	10-Nov-05	
60	Taufik Z	680275	ASANI	23	8	PSC	SC	09-Nov-05	
61	Chamim	322463	REPELITA SITUMPANG	36	6	G2P1H39mgg LET LUNTANG	SC	10-Nov-05	
62	Taufik Z	680461	RUMY	19	11	PSC	SC	10-Nov-05	
63	Agus S	76715	RUSMIYATI	29	4	G2P1A0 GAWAT JAMN	SC	10-Nov-05	
64	Taufik Z	680686	SURYANI	25	4	LETAK SUNGSANG / KPP	SC	10-Nov-05	
65	Aretta	690964	MASRIPAH	28	6	PSC	SC	10-Nov-05	
66	Taufik Z	689452	WAPSAH	24	9	PSC	SC	18-Nov-05	
67	Yucca R	891033	YULIANTI	33	5	PSC	SC	13-Nov-05	
68	Eva Daniel	6781866	DESI Y	29	4	G3P1A1 H 36mg	SC	15-Nov-05	
69	Harry S	691375	CYNDA	39	5	POST SC	SC	14-Nov-05	
70	Taufik Z	690546	EROM R	26	4	G2P1A0 H ATTERM 36mg BEKAS SC	SC	16-Nov-05	
71	Setyo H	691516	CHRISTIN	31	4	G2P1A0 H ATTERM BEKAS SC 1x	SC	15-Nov-05	
72	Taufik Z	439444	ROSDIANA	28	4	SC	SC	14-Nov-05	
73	Taufik Z	691102	SUPRIATIN	46	4	POST SC	SC	14-Nov-05	
74	Arvid T	891418	MURNAENI	26	5	HAMIL, PPT	SC	15-Nov-05	
75	Taufik Z	691842	SRIYATI	32	4	POST SC	SC	16-Nov-05	
76	Eva Daniel	374927	RAMAJLI SAGALA	29	4	POST SC	SC	18-Nov-05	
77	Taufik Z	549125	NANI	34	8	G1PoAo H36mgg PEB	SC	18-Nov-05	
78	Taufik Z	203843	SERTIARINA	30	6	G3P2A0 - BEKAS SC	SC	18-Nov-05	
79	Taufik Z	170737	LUNDA	24	12	G3P1A1 HAETRM BEKAS SC 1x	SC	21-Nov-05	
80	Taufik Z	692500	WATI	28	9	SC	SC	25-Nov-05	
81	Taufik Z	6900082	WIKI R	26	3	HAMIL, GAWAT JANIN	SC	21-Nov-05	
82	Harry S	692537	EUS R	30	4	G2P1A0 H 36mg	SC	23-Nov-05	
83	Taufik Z	105200	ALIN R	31	6	PSC - BEKAS SC 1x SUSP CPD	SC	24-Nov-05	
84	Taufik Z	692999	MARMINAH	30	6	G3P2A0 HATERM PPT BEKAS SC 1x	SC	23-Nov-05	
85	Taufik Z	693586	TETI SUHARTI	28	3	SC	SC	25-Nov-05	
86	Taufik Z	693593	EVA M	22	7	PSC	SC	29-Nov-05	
87	Taufik Z	693809	MARYATIN	32	5	G1PoH35-36mgg KPD KONTRAKSI	SC	29-Nov-05	
88	Taufik Z	689452	WARISIAH	24	18	LUKA TERBUKA	SC	17-Nov-05	LD
89	Setyo H	7601105	ERNA RESNAWATI	36	3	SC	SC	30-Nov-05	
90	Taufik Z	222399	DIAN HANDAYANI	35	14	PSC	SC	30-Nov-05	
91	Bambang S	76019	ZR ENDANG R	36	2	POST SC	SC	01-Dec-05	

**INFEKSI  
LUKA  
OPERASI  
(ILO)  
PASCA SC**

**Tindak Lanjut:**  
1. Audit Medis  
2. High Impact Intervention

**dodyfirmanda**

NO	DOKTER	RMPIN	PASIE	UMUR	LAMA RAWAT	DIAGNOSIS	TINDAKAN OPERASI	TGLOP	NOSO
92	Eva Daniel	682371	TRI W	29	5	G2P1A0H ATERM SC 1x	SC	01-Dec-05	
93	Taufik Z	252821	IDA FARIDA	27	12	G2P1 A0o H 33mg + PEI	SC	04-Dec-05	
94	Hary S	695957	SUKATINI	34	12	POST SC	SC	30-Nov-05	
95	Djoko S	695152	TITIK P.	35	20	G1PoAo H30mg KPD + HDK	SC	16-Dec-05	
96	Safes H	500871	TATK HANDAYANI	25	5	G1PO H 40mg + CPO (SC)	SC	26-Dec-05	
97	Taufik Z	618551	TRI KURNASHI	34	11	POST SC	SC	04-Dec-05	
98	Taufik Z	695196	SOFA	33	16	G1PorD1mgg KONTRAKSI + KPD E JAM	SC	08-Dec-05	ILO
99	Rovir	695272	YUGNELLA	22	7	G1 H41mgg	SC	07-Dec-05	
100	Hary S	13414	MEDIA P	34	3	G2PHPOST BC	SC	07-Dec-05	
101	Taufik Z	695716	CORY	29	3	KPP	SC	07-Dec-05	
102	Eva Daniel	434470	WINARTI	39	5	HMMI ATERUM BEKAS SC 2x	SC	08-Dec-05	
103	Taufik Z	696218	ROSAH	27	4	PSC	SC	08-Dec-05	
104	Taufik Z	399208	RKA SUSANTI	26	4	PSC	SC	09-Dec-05	
105	Taufik Z	696414	HARYANI	32	5	G2P1A0 HATERM	SC	09-Dec-05	
106	Taufik Z	696671	ACCBIA	32	5	HAP	SC	11-Dec-05	
107	Djoko S	275712	ETY S	39	5	G1PoAo HATERM PPT LET LINTANG	SC	12-Dec-05	
108	Taufik Z	20784	MELAWATI	48	4	G2P1A1 H38mgg LIUTAN TALU PUSAT	SC	13-Dec-05	
109	Taufik Z	697356	ELFAWATI	25	3	OLIGO HYDRATION	SC	14-Dec-05	
110	Taufik Z	688466	LILA LAYANGSARI	33	4	DECOMPODIS	SC	21-Dec-05	ILO
111	Taufik Z	607949	SUWARNI	37	12	G4P3A0 HATERM PKI AKTIF + HDK	SC	16-Dec-05	
112	Agus S	366734	WARNAH	33	4	G2P2H38mg BSC 2x	SC	19-Dec-05	
113	Taufik Z	697980	TITI	38	9	G4P3A0HATERM JPKTH HDK KPD	SC	20-Dec-05	
114	Taufik Z	696275	DASNI	35	11	PEI	SC	16-Dec-05	
115	Taufik Z	424265	ANDRIANI	27	4	PEI	SC	20-Dec-05	
116	Agus S	698113	IRMA SANTI	27	4	PRO SC	SC	21-Dec-05	
117	Taufik Z	692729	AISYAH	27	5	POST SC	SC	22-Dec-05	
118	Taufik Z	690130	LYNKE DENTOE	27	5	G1PoAo H40mg	SC	21-Dec-05	
119	Taufik Z	686940	ENI	35	6	G1PoAo H38mgg + GAWAT JANIN	SC	21-Dec-05	
120	Taufik Z	686670	NENENG	23	9	G2P1A0GEMELI	SC	27-Dec-05	
121	Hary S	209807	MAISAROH	35	4	G2 P1A0 H 39mg ATERM	SC	23-Dec-05	
122	Taufik Z	696946	ROMLAH	21	4	G1Po H 19mgg PRRID	SC	25-Dec-05	
123	Eva Daniel	660337	MURSIH	33	5	G2B1A0 H ATERM-LETSU+BEKAS SC	SC	25-Dec-05	
124	Taufik Z	686074	SURYANI	23	5	G1PoAo H 41mgg	SC	24-Dec-05	
125	Taufik Z	696089	SULASTRI	38	5	G2P2A0 HATERM KPD	SC	25-Dec-05	
126	Taufik Z	696131	HAPLAH S	26	7	G1PoH38mgg+EK LAMPPIA	SC	25-Dec-05	
127	Agus S	696230	MARDANAH	26	5	G1PoAo H ATERM LET BU	SC	26-Dec-05	
128	Taufik Z	696319	YATNI	26	5	G2P1A0 H 41mgg PSC	SC	26-Dec-05	
129	Hary S	686666	NURLAN	25	5	SC	SC	26-Dec-05	
130	Eva Daniel	452886	SUMARNI	31	4	LET LINTANG (SC)	SC	27-Dec-05	
131	Taufik Z	686670	ICEH	43	7	G13P1042 H ATERM + LET BU	SC	26-Dec-05	
132	Taufik Z	686624	HENNY A	25	7	PSC	SC	26-Dec-05	
133	Taufik Z	425836	TIRAM	25	5	G2P1A0 BKS SC 1* (3TH)	SC	29-Dec-05	
134	Eva Daniel	686032	NURCHAYATI	34	7	PPT	SC	25-Dec-05	
135	Taufik Z	2423	RATNAWATI	33	4	G2P1A0 H38MGG, CPO BKS SC 1X	SC	30-Dec-05	
136	Taufik Z	690744	MARAWATI	32	4	KPD 2 HARI PSC	SC	12-Dec-05	
137	Taufik Z	486746	YATI SURYATI	37		PSC	SC + STERIL	06-Nov-05	
138	Agus S	677948	Rosetti	38		G4 P5A0 bekas SC&beklort	SC + TUBEKTOMI	24-Oct-05	

## INFEKSI NOSOKOMIAL PASCA SC

ILO

## ISK ec KATETER URIN


Tindak Lanjut:

1. Audit Medis
2. High Impact Intervention

NO	DOKTER	RMPIN	PASIE	UMUR	LAMA RAWAT	DIAGNOSIS	TINDAKAN OPERASI	TGLOP	NOSO
139	Hary S	413883	HENNY K	34		PRO SC ELEKTIF	SC + KISTECTOMI	21-Dec-05	
140	Taufik Z	696661	ELIYANTI	28		GAPDO PES DECOMP ARINYA	SC + POMOROY	13-Dec-05	ILO
141	Taufik Z	688569	DESSY P.	23		G1PoAo H 41mg	SC	11-Nov-05	

ILO

dodyfirmanda


  
**RSUP FATMAWATI**  
 J. RS FATMAWATI - CLANDAK  
 TELP. (021) 7501524 & 7505552 (Hunting)  
 JAKARTA 12430

NO. RM / FIN : 00551-1-  
 NAMA : *[Handwritten Name]* U5  
 TGL LAHIR/UMUR : *[Handwritten]*  
 TB / BB : *[Handwritten]*  
 Tanggal masuk RS : 12-12-2005  
 Cara masuk RS : UCI/RI/Langsung/Puskesmas  
 Keluar RS : Tgl. 13/12/2005  
 Diagnosis : *[Handwritten]*

**SURVEL INFEKSI NOSOKOMIAL**  
 Nama Dokter : *[Handwritten]*  
 SM F. No. : *[Handwritten]*  
 Nama ICN : *[Handwritten]*

**Tempat dirawat :**  
 1. Ruang : *[Handwritten]* Tgl. *[Handwritten]* s.d. tgl. *[Handwritten]* Lama : *[Handwritten]* hari  
 2. Ruang : *[Handwritten]* Tgl. *[Handwritten]* s.d. tgl. *[Handwritten]* Lama : *[Handwritten]* hari  
 3. Ruang : *[Handwritten]* Tgl. *[Handwritten]* s.d. tgl. *[Handwritten]* Lama : *[Handwritten]* hari  
 4. Ruang : *[Handwritten]* Tgl. *[Handwritten]* s.d. tgl. *[Handwritten]* Lama : *[Handwritten]* hari

**FAKTOR RISIKO**  
 Diabetes mellitus  Obesitas  Gangguan hati ginjal  
 Gangguan hati hati  Gizi buruk  Bayi/Pasien normal (TY)  
 Gangguan sistem kekebalan tubuh  Keganasan  Lanjut usia

**INFEKSI DAN PHLEBITIS**  
 Infus Vena Perifer (T/Y) CVP (T/Y) Kateter umbilikal (T/Y)  
 Pasien usia > 1 tahun

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Nyeri	Merah	Bengkak	Pus	Menggigit	Suhu > 38°C	Hari ke
1. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							
2. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							
3. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							
4. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							

Pasien usia < 1 tahun Rwayat partus :  Normal  Patologik

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Darah > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi < 100/menit	Aonea	Menggigit	Merah	Bengkak	Hari ke
1. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>								
2. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>								
3. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>								
4. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>								

Riwayat Pemasangan Inta Vena Perifer / CVP / UC : *[Handwritten]* Kultur darah :  
 Pemberian Antibiotika / antibiotika / obat : *[Handwritten]* Ke 1. Hasil : *[Handwritten]*  
 Ke 2. Hasil : *[Handwritten]*

Transfus. YG / PRG / PPP / Trombosit  
 Nutrisi Parenteral

**INFEKSI SALURAN KEMIH**  
 Kateter Urin (T/Y)  Oover  Intermiten  SPP  Kandungan  
 Pasien Usia > 1 Tahun

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Anyang-anyangan	Iyeri Supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pus	Hari ke
1. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>						
2. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>						
3. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>						

Pasien usia < 1 th

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi	Apnea	Letargi	Muntah	Hari ke
1. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							
2. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>							

Bakteri Urin  
 1. Tgl. Hasil : *[Handwritten]*  
 2. Tgl. Hasil : *[Handwritten]*

dodyfirmanda

**PNEUMONIA**  
 Ventilator (T/Y) No. Ventilator : \_\_\_\_\_ Tanggal pasang \_\_\_\_\_ s.d. \_\_\_\_\_  
 Demam :  > 38°C (T/Y) Hari ke \_\_\_\_\_ setelah pemasangan Ventilator  
 Sekresi dahak :  Purulen (T/Y)  
 FiO2 / PO2 (mmHg) :  > 240 Hari ke \_\_\_\_\_ setelah pemasangan Ventilator  
 < 240 Hari ke \_\_\_\_\_ setelah pemasangan Ventilator  
 Rontgen Paru :  Infiltrat  Merata / Patchy  Terlokalisir  
 Kultur Aspirat / Biopsi : \_\_\_\_\_

**INFEKSI LUKA OPERASI (ILO)**  
 Tindakan Operasi : *[Handwritten]* Tanggal : *[Handwritten]* SMF : *[Handwritten]*  
 Emergensi (T/Y)  Anestesi umum (T/Y) *[Handwritten]*  
 Jenis Operasi :  Bersih  Bersih terkontaminasi  Kontaminasi  Kotor  
 kamar Operasi : *[Handwritten]* Ronda ke : \_\_\_\_\_  
 Implan (T/Y)  Trauma (T/Y)   
 Pendekatan Endoskopik (T/Y)  Prosedur Multiple (T/Y)   
 Lama operasi : \_\_\_\_\_ jam *[Handwritten]* menit  
 ASA Score :  1  2  3  4  5  
 Kultur (T/Y)  Hasil : \_\_\_\_\_

**Pasca Operasi**  
 Infeksi (T/Y)  Perforasi (T/Y)  Fistula (T/Y)  Drainage (T/Y)   
 Kultur : \_\_\_\_\_

**INFEKSI LUKA OPERASI**

**PEMAKAIAN ANTIBIOTIK**  
 Ada  Tidak Indikasi :  Profilaksis  Pengobatan

Nama obat	Mulai tgl. s.d tgl.	Dosis
1. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
2. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
3. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
4. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
5. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>

Mengetahui  
 Dokter yang merawat  
*[Handwritten Signature]*  
*[Handwritten Name]*

Jakarta, 13-12-2005, 200.5  
 Perawat / Bidan  
*[Handwritten Signature]*  
*[Handwritten Name]*

**RSUP FATMAWATI**  
 Jl. RS FATMAWATI - CILANDAK  
 TELP. (021) 7501524 & 7880562 (Hunting)  
 JAKARTA 12430

**SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL**

Nama Dokter: Dr. T. Z.  
 C. M. F. terakreditasi: Levi, Daman  
 Nama ICN:

NO. RM / PIN: 89 04 94 / 1  
 NAMA: Mg. Lita Widyandani  
 TGL LAHIRMUMUR: 23 t.  
 TB / BB: 17 - 55  
 Tanggal masuk RS: 17-12-07  
 Cara masuk RS: UEHRA Langsung / Ruangan  
 Keluar RS: Tgl. 24/12 2007 Meninggal / Ruangan  
 Diagnosis: 62 P. M. 11.21 yg + Deamg. only  
DECOMP. CORDIS

**PNEUMONIA** EVITA 3.4

Ventilator (T/Y) No. Ventilator: 31/12 Tanggal pasang: 31/12 s.d. 31/12  
 Demam: > 38°C (T/Y) Hari ke: 1 setelah pemasangan Ventilator  
 Sekresi dahak: Purulen (T/Y)  
 FiO2 / PO2 (mmHg)  > 240 Hari ke: 1 setelah pemasangan Ventilator  
 < 240 Hari ke: 1 setelah pemasangan Ventilator  
 Rontgen Paru:  Infiltar  Menara / Patchy  Terlokalisir  
 Kultur Aspirat / Biopsi:

Tempat dirawat:

1. Ruang: 1011 Tgl: 17/12/07 s.d. tgl: 18/12/07 Lama: 2 hari Tempat 2  
 2. Ruang: 1011 Tgl: 18/12/07 s.d. tgl: 19/12/07 Lama: 1 hari  
 3. Ruang: Tgl: s.d. tgl Lama: hari  
 4. Ruang: Tgl: s.d. tgl Lama: hari

**FAKTOR RISIKO**

Diabetes mellitus  Obesitas  Gangguan feal ginjal  
 Gangguan feal hat  Gci bunik  Bayi. Patus normal (T/Y)  
 Gangguan sistem kekebalan tubuh  Kegemukan  Lempit sisa

**INFEKSI LUKA OPERASI (ILO)**

Tindakan Operasi: Ca Tanggal: 24/12 SMF: Kewan  
 Emergensi (T/Y) Anestesi umum (T/Y)  
 Jenis Operasi:  Bersih  Bersih terkontaminasi  Kontaminasi  Kotor  
 kamar Operasi: 1011 Ronda ke: ?  
 Implan (T/Y) Trauma (T/Y)  
 Pendekatan Endoskopi (T/Y) Prosedur Multiple (T/Y)  
 Lama operasi: 1 jam 0 menit  
 ASA Score:  1  2  3  4  5  
 Kultur (T/Y) Hasil:

**IADP & PHLEBITIS**

Infus Vena Perifer (T/Y) CVP (T/Y) Kateter umbilikal (T/Y)  
 Pasien usia > 1 tahun

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Nyeri	Merah	Bengkak	Pus	Menggigit	Bulu > 30°C	Hari ke
1. Tengg. 1011	18/12 s.d. 19/12							
2. Tengg. 1011	18/12 s.d. 19/12							
3. Tengg. 1011	19/12 s.d. 20/12							
4. Tengg. 1011	20/12 s.d. 21/12							

Pasien usia < 1 tahun Rawat pertus  Normal  Patologik

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi < 100/m	Apnea	Menggigit	Merah	Beng. kak	Har. ke
1	s.d.								
2	s.d.								
3	s.d.								
4	s.d.								

**Pasca Operasi**

Infeksi (T/Y) Perforasi (T/Y) Fistula (T/Y) Drainage (T/Y)  
 Kultur:

Puan Pemasangan infus Vena Perifer / CVP / UC  
 Pemberian Antibiotika / sitostatika / obat  
 Transkurl / WB / PRC / FFP / Tromboet

**ISK ec Kateter Urin**

**PEMAKAIAN ANTIBIOTIK**

Ada  Tidak Indikasi:  Profilaksis  Pengobatan

Nama obat	Mulai tgl. s.d. tgl.	Dosis
1.	s.d.	
2.	s.d.	
3.	s.d.	
4.	s.d.	
5.	s.d.	

**INFEKSI SALURAN KEMIH**

Kateter Urin (T/Y)  Doube  Intermittent  SPP  Kurunum  
 Pasien Usia > 1 Tahun

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Anyang-anyangan	Byen Supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pus	Hari ke
1	17/12 s.d. 18/12		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		3
2	s.d.						
3	s.d.						

Pasien usia < 1 th

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi	Apnea	Latang	Muntah	Har. ke
1	s.d.							


Bahan Urin  
 1. Tgl. Hasil

**dodyfirmanda**

Jakarta, 19-12-2007  
 Perawat: Bitan

Mengetahui Dokter yang merawat  
Prima  
 dr. Prima

Amir


**RSUP FATMAWATI**  
 J. RS FATMAWATI - CEANDAK  
 Telp. (021) 7501524 & 7660552 (Hunting)  
 JAKARTA 12430

NO. RM / PIN : 52 9156  
 NAMA : NY NURROHMATI  
 TGL LAHIR/UMUR : 14/2 1961  
 TB / BB : 142 52  
 Tanggal masuk RS : 3-11-05  
 Cara masuk RS : UE/IRJ (Langsung/Rujukan)  
 Keluar RS : Tgl. Hidup/Meninggal/Pindah RS  
 Diagnosis : Pneu

**SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL**  
 Nama Dokter : dr. Achyo H. P. P. P.  
 S M F terkait : Kebidanan  
 Nama ICN :

**Tempat dirawat :**  
 1. Ruang : LT 2/11 Tgl 3/11 s.d tgl 11/11 Lama : hari  
 2. Ruang : Tgl s.d tgl Lama : hari  
 3. Ruang : Tgl s.d tgl Lama : hari  
 4. Ruang : Tgl s.d tgl Lama : hari  
 5. Ruang : Tgl s.d tgl Lama : hari

**FAKTOR RISIKO**  
 Diabetes mellitus  Obesitas  Gangguan las (janggal)  
 Jantung gagal hati  Otot buruk  Bayi, Partus normal (T/Y)  
 Gangguan sistem kekebalan tubuh  Keparasan  Lanjut usia

**IADP & PHLEBITIS**  
 Infus Vena Perifer (T/Y) CVP (T/Y) kateter umbilikal (T/Y)  
 Pasien usia > 1 tahun  

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Nyeri	Merah	Bengkak	Pur	Menggigit	Suhu > 39 °C	Hari ke
1	3/11 s.d 11/11							
2								
3								
4								

Pasien usia < 1 tahun Riwayat partus :  Normal  Patologis  

Lokasi	Mula tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi < 100/m	Apnea	Menggigit	Merah	Bengkak	Hari ke
1									
2									

Tujuan Pemasangan Infus Vena Perifer/ CVP/ UC  
 Pemberian Antibiotika / Sitostatika / Obat. : Pains  
 Transfus : WB/ PRG/ FFP/ Trombosit  
 Nutrisi Parenteral

Kultur darah :  
 Ke 1. Hasil :  
 2. Hasil :

**INFEKSI SALURAN KEMIH**  
 Kateter Urin (T/Y) Douer  Infeksiem  SPP  Kondisi  
 Pasien usia > 1 tahun  

Pasang Ke	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Anyang-anyangan	Nyeri supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pur	Hari ke
1	3/11 s.d 11/11						
2							
3							

Pasien usia < 1 th  

Pasang Ke	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38°C	Hipotermi < 37°C	Bradikardi	Apnea	Letargi	Muntah	Hari ke
1								

dodyfirmanda

**PNEUMONIA**  
 Ventilator (T/Y) No. Ventilator : Tanggal pasang : s.d :  
 Demam :  $\geq 38^\circ\text{C}$  (T/Y) Hari ke : setelah pemasangan Ventilator  
 Sekresi dahak : Purulen (T/Y)  
 RDE/PO2 (mmHg) :  $\geq 240$  Hari ke : setelah pemasangan Ventilator  
 :  $\leq 240$  Hari ke : setelah pemasangan Ventilator  
 Rontgen Paru :  infiltrat  Meralis / Patchy  Terlokalisir  
 Kultur Aspirat/ Biopsi :

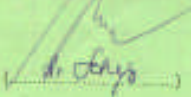
**INFEKSI LUKA OPERASI (ILO)**  
 Tindakan Operasi : Tanggal : 3/11 SMF : Kebed  
 Emergensi (T/Y) Anestesi umum (T/Y)  
 Jenis Operasi :  Bersih  Bersih terkontaminasi  Kontaminasi  Kotor  
 Kamar Operasi : VI Ronda ke : J  
 Implan (T/Y) Trauma (T/Y)  
 Pendekatan Endoskopi (T/Y) Prosedur Multiple (T/Y)  
 Lama operasi : jam : ment :  
 ASA Score : 1  2  3  4  5  
 Kultur (T/Y) Hasil :


**Paaca Operasi**  
 Infeksi (T/Y) Perforasi (T/Y) Fistula (T/Y) Drainage (T/Y)  
 Kultur :


# INFEKSI LUKA OPERASI

**PEMAKAIAN ANTIBIOTIK**  
 Ada  Tidak Indikasi :  Profilaksia  Pengobatan

Nama obat	Mulai tgl. s.d tgl.	Dosis
1. Paroan 600	8/11 s.d 9/11	2 x 1 Gr
2. Amoxicillin 2500	10/11 s.d 11/11	7 x 500 mg
3.		

Mengetahui  
 Dokter yang merawat  


Jakarta 11-11-2005  
 Perawat/Bidan  



  
**RSUP FATMAWATI**
  
 Jl. RS FATMAWATI - CILANDAK
   
 Telp. (021) 7501524 & 7505552 | Hurling
   
 JAKARTA 12430

**SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL**

Nama Dokter: **Dr. Taufiq S. Helodjani**
  
 S M F terakreditasi
   
 Nama ICM:

NO. RM / PIN: 697796-1
   
 NAMA: Sofia 23 Ks
   
 TGL LAHIR/MUR: 4/12-03
   
 TB / BB:
   
 Tanggal masuk RS: UENRUI, Langsung (Rujukan)
   
 Cara masuk RS: Tgl. 04 (Hidup Meninggal Pribah RI)
   
 Keluar RS:
   
 Diagnosis: G5 Po H 31 rag Febril + KPO 8 jam (Jsc)

**Tempat dirawat:**
  
 1. Ruang: VK Tgl: 4/12/05 s.d. tgl: 4/12/05 Lama: 16 hari
   
 2. Ruang: Luar Tgl: 4/12/05 s.d. tgl: 4/12/05 Lama: 16 hari
   
 3. Ruang: Tgl: s.d. tgl Lama: hari
   
 4. Ruang: Tgl: s.d. tgl Lama: hari

**FAKTOR RISIKO**
  
 Diabetes mellitus
   
 Gangguan fekal hard
   
 Gangguan sistem kekebalan tubuh
   
 Obesitas
   
 Sio buruk
   
 Keganasan
   
 Gangguan fekal prihal
   
 Baji. Partus normal (T/Y)
   
 Lanjut usia

**IADP & PHLEBITIS**
  
 Infus Vena Pasir: (T/Y)
   
 Pasien usia > 1 tahun
   
 CVP: (T/Y)
   
 Kuteler umbilikal: (T/Y)

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Nyeri	Merah	Bengkak	Pus	Menggigit	Suhu > 38 °C	Hari ke
1. V. K...	4/12/05 s.d. 4/12/05							
2	s.d.							
3	s.d.							
4	s.d.							

Pasien usia < 1 tahun

Rwayat partus:  Normal  Patologis

Lokasi	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38 °C	Hipotermi < 37 °C	Bradikardi < 100/mnt	Apnea	Menggigit	Merah	Bengkak	Hari ke
1	s.d.								
2	s.d.								
3	s.d.								
4	s.d.								

Jarak Pemasangan Intus Vena Pasir: CVP / IUC
   
 Pemberian Antibiotika / etiotatik / obat
   
 Transfus: WB / PRG / FFP / Trombosit
   
 Nutrisi Parenteral

Kultur darah:
   
 Ke 1 Hasil:
   
 2 Hasil:

**INFEKSI SALURAN KEMIH**
  
 Keteler Urin: (T/Y)
   
 Douner
   
 Intersien
   
 GPP
   
 Kondom

Pasien Usia > 1 tahun

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38 °C	Anyang-anyangan	Byan Supra pubik	Nyeri saat berkemih	Pus	Hari ke
1	4/12/05 s.d. 4/12/05						
2	s.d.						
3	s.d.						

Pasien usia < 1 th

Pasang Ke-	Mulai tgl. s.d tgl.	Demam > 38 °C	Hipotermi < 37 °C	Bradikardi	Apnea	Letargi	Muntah	Hari ke
1	s.d.							

Bilakan Urin:
   
 1. Tgl: Hasil:

**PNEUMONIA**
  
 Ventilator (T/Y)
   
 Demam:  $\geq 38^\circ\text{C}$  (T/Y)
   
 Sekresi dahak: Purulen (T/Y)
   
 PIC / PCZ (mmHg):
   
 > 240 Hari ke
   
 < 240 Hari ke
   
 Rontgen Paru:
   
 Infibral
   
 Meraba / Patchy
   
 Terlokalisir
   
 Kultur Aspirat / Biopsi:

**INFEKSI LUKA OPERASI (ILO)**
  
 Tindakan Operasi:
   
 Emergensi (T/Y)
   
 Jenis Operasi:
   
 Bersih
   
 Bersih terkontaminasi
   
 Kontaminasi
   
 Kotor
   
 kamar Operasi:
   
 Implan (T/Y)
   
 Pendekatan Endoskopi (T/Y)
   
 Lama operasi:
   
 ASA Score:
   
 1
   
 2
   
 3
   
 4
   
 6

**Pasca Operasi**
  
 Infeksi (T/Y)
   
 Perforasi (T/Y)
   
 Fistula (T/Y)
   
 Drainage (T/Y)

**INFEKSI LUKA OPERASI**

**PEMAKAIAN ANTIBIOTIK**
  
 Ada
   
 Tidak
   
 Indikasi:
   
 Profilaksis
   
 Pengobatan

Nama obat	Mulai tgl. s.d tgl.	Dosis
1. Amoxicillin	4/12/05 s.d. 4/12/05	500mg (1x)
2. Amoxicillin	5/12/05 s.d. 5/12/05	500mg (1x)
3.	s.d.	
4.	s.d.	
5.	s.d.	

Mengetahui
   
 Dokter yang merawat
   

  
 Dr. W. A.


Jakarta, 4-12-2005
   
 Perawat: Bitah
   

  
 Sy. 9 p

dodyfirmanda

**LEMBAR DISPOSISI**

Indeks	<input type="checkbox"/> Rahasia	<input checked="" type="checkbox"/> Penting	<input type="checkbox"/> Biasa
Kode	Tgl. Penyelesaian		
Tanggal Nomor	08/07-2016		
Dari	Ketua Komite Medik		
Isi Ringkas	Audit Medik		

INSTRUKSI/INFORMASI	DITERUHKAN KEPADA	TANGGAL DITERUSKAN	TANGGAL DITERIMA	PARAF
Untuk dapat dilakukan Audit Medik TIK I atas: 1. Ny. Nurahmah (529158) 2. Ny. Eliyanti (696661) 3. Ny. Sofia (695196) 4. Ny. Hla Pangrasi (690496) 5. Ny. Nurhuda (694452)	Kepada Y/S: Ketua SMF Kebidanan & Kandungan dan Ketua Komite Etik & Mutu			 08/07/16

Setelah digunakan harap segera dikembalikan

Kepada Tanggal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 08/07/16

- Disposisi Ketua Komite Medik kepada:**
1. Ketua SMF Kebidanan & Kandungan untuk Audit Medis Tingkat Pertama
  2. Sub Komite Etik dan Mutu untuk Audit Medis Tingkat Kedua



## CLINICAL RISKS MANAGEMENT (CRM):

1. Identified : OK
  - i. RCA: OK
  - ii. FMEA: OK
  - iii. PRA: OK

## PATIENT SAFETY:

1. Injury: None
2. Hospital Infection: 5/141
3. Litigation: None
4. Medical Errors:
  - i. Active Errors: None
  - ii. Latent Errors: None
  - iii. Near Missed: None

**Cross checked with Surveillance from Sub Committee of Infection Control**

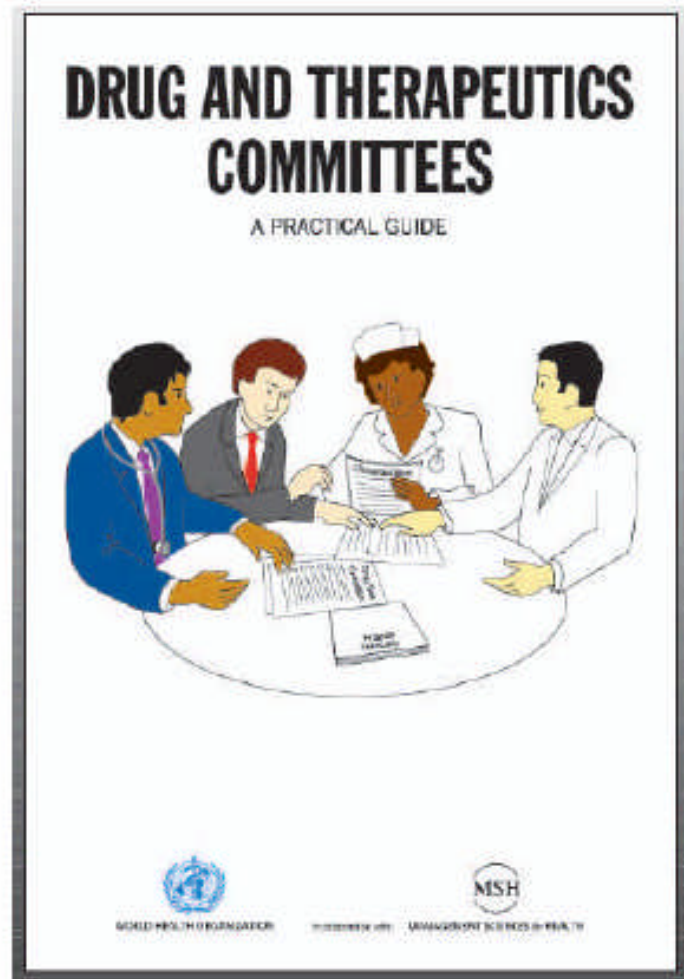
**Conduct High Impact Interventions**

**Cross checked with Medical Audits from Sub Committee of Medical Ethics and Quality**

**dodyfirmanda**



# Sub Komite Farmasi dan Terapi



dodyfirmanda

**Peran Komite (Tim) Farmasi dan Terapi  
dalam sistem dan kebijakan obat di RS Fatmawati\***

Dr. Dody Firmanda, SpA, MA

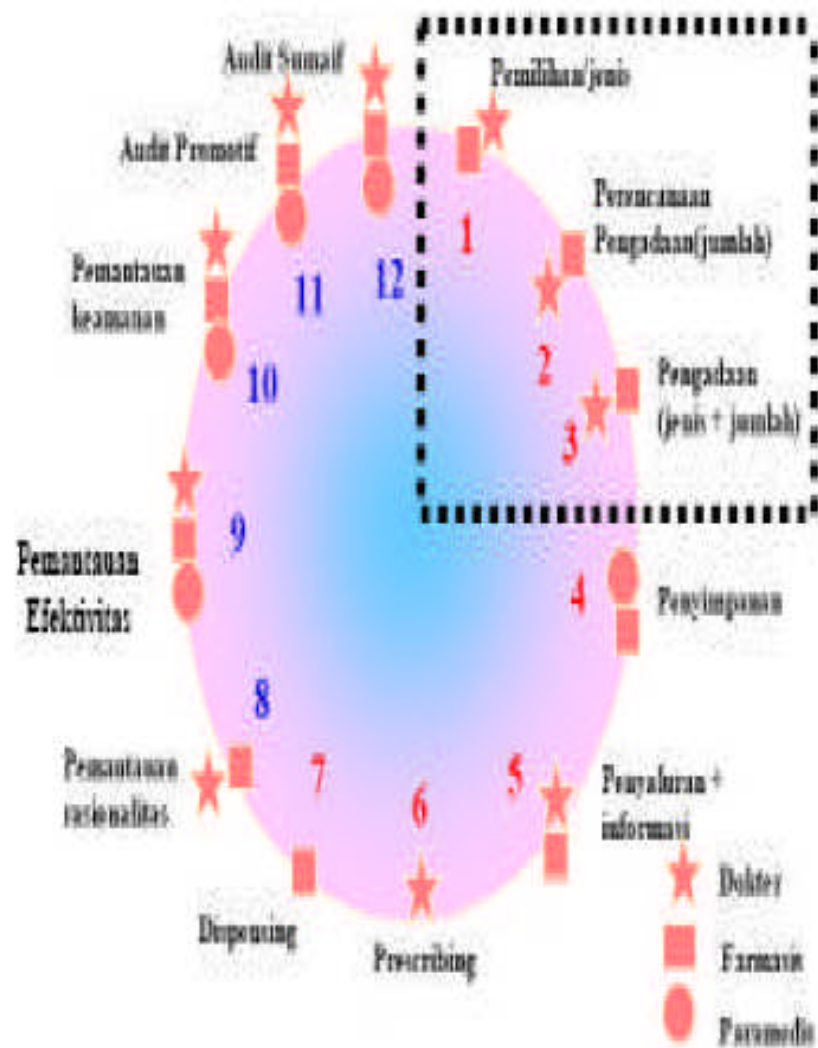
**Pendahuluan**

Meskipun pelayanan kesehatan sangat bervariasi dari dan dalam satu negara, propinsi maupun daerah di negara maju/industri maupun dunia ketiga. Akan tetapi ciri dan sifat masalah tersebut tidak jauh berbeda satu sama lainnya dalam hal yang mendasar yakni semakin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut (perubahan demografi), tuntutan dan harapan pasien akan pelayanan, perkembangan teknologi kedokteran dan semakin terbatasnya sumber dana.

Dalam pengelolaan suatu sarana kesehatan (rumah sakit maupun klinik) seorang manajer maupun dokter akan (bahkan harus) membuat suatu 'keputusan' dalam penyelenggaraan rumah sakit/klinik tersebut maupun dalam penatalaksanaan pasien sebagai individu maupun kelompok. Keputusan tersebut akan mempunyai dampak, terhadap pasien itu sendiri dan lingkungannya (dalam hal ini keluarga, masyarakat dan penyandang dana atau asuransi) serta lingkungan dimana pelayanan kesehatan tersebut diberikan/diselenggarakan (dari segi dimensi tempat: poliklinik rawat jalan, ruang gawat darurat, rawat inap, ruang perawatan intensif, ruang operasi dan lain lain; sedangkan dari segi dimensi fungsi: akan menggerakkan/utilisasi mulai dari registrasi unit rekam medis, penunjang laboratorium, farmasi, bank darah, unit gizi, laundry, penyediaan air, penerangan listrik dan sebagainya sampai proses pasien itu pulang sembuh dan kembali kontrol atau kembali kepada perujuk asal atau keluar rumah sakit melalui kamar jenazah) dan penyelesaian administrasi keuangan. Ini adalah satu proses dalam satu sistem sarana pelayanan kesehatan yang berlangsung secara simultan dan berurutan atas konsekuensi 'keputusan' diatas. Biaya atau dana untuk tenaga medis (dokter) hanya sekitar 20% dari seluruh anggaran yang dikeluarkan oleh satu sarana penyelenggara kesehatan (rumah sakit), sedangkan 80% lainnya sangat berhubungan dengan 'keputusan' dokter tersebut.

'Kesalahan' diakibatkan oleh faktor manusia hanya sekitar 10-20%, selebihnya (80%) dikarenakan oleh sistem, kebijakan (*policy*) dan prosedur yang tidak jelas serta tidak konsisten. Oleh karena itu dalam upaya mencapai hasil yang optima dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pasien baik secara individu maupun kelompok serta efisien dan berazas manfaat, maka diperlukan suatu 'keputusan' yang baik dan tepat didalam 'sistem' yang jelas dan konsisten. Hal ini akan terwujud bila mempunyai jiwa kepemimpinan (*leadership*) yang visioner, *survivalist*, konsisten dan konsekuen. Sistem itu sendiri terdiri dari tiga komponen yakni struktur, proses dan hasil (*outcome*) yang sama pentingnya serta saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

\* Disampaikan pada Lokakarya Nasional Pertama "Strategy to combat the emergence and spread of antimicrobial resistant bacteria in Indonesia", Ditjen Pelayanan Medik Depkes RI, Bandung 30-31 Mei 2005.



Gambar 2. Strategi 5 Langkah 12 Kegiatan

Tabel 1. 5 Langkah 12 Kegiatan Tinjauan Farmasi dan Terapi RS Fatmawati

Langkah	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Keterangan
A. Perencanaan	1. Pemilihan dan pengusulan obat	SMP	2 mg	Form A
	2. Perencanaan pengadaan obat	TFT dan IF	1 mg	Form B
B. Pengadaan	3. Pengadaan obat	TFT dan IF	3 bln	Form C
	4. Penyimpanan obat	IF	Setiap waktu	Log Book
	5. Penyaluran (distribusi) obat	TFT dan IF	Setiap waktu	Form D
C. Pemakaian	6. Penggunaan ( <i>Prescribing</i> ) dan informasi obat	Dokter SMP	Setiap waktu	UDD
	7. Pemberian ( <i>Dispensing</i> ) dan informasi obat	TFT dan IF	Setiap waktu	Rekapitulasi harian
D. Monitoring	8. Pemantauan rasionalitas	Koord E&M SMP, TFT dan IF	Setiap bln	Form E
	9. Pemantauan efektivitas	Kepala Rungan, Koord E&M SMP, TFT dan IF	Setiap bln	Form F
	10. Pemantauan keamanan obat	Kepala Rungan, Koord E&M SMP, TFT dan IF	Setiap waktu	
E. Evaluasi (Audit)	11. Audit Promotif dan Preventif	TFT dan IF	3 bln	Form G
	12. Audit Sumatif	TFT dan IF	6 bln	

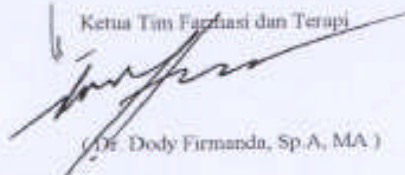
# Jadwal Piket Sub Komite Farmasi dan Terapi:

JADWAL PIKET HARIAN TIM FARMASI DAN TERAPI

	Selasa, 1/3/2005 (12.00-13.00)	Rabu, 2/3/2005 (12.00-13.00)	Kamis, 3/3/2005 (12.00-13.00)	Jum'at, 4/3/2005 (12.00-13.00)
	Dr. Halim Ahmad, Sp.BS	Dr. Taufik Zain, Sp. OG	Dr. Pratiwi Andayani, Sp.A	Drg. Tuti Mutiah, Sp. KGA
Senin, 7/3/2005 (12.00-13.00)	Selasa, 8/3/2005 (12.00-13.00)	Rabu, 9/3/2005 (12.00-13.00)	Kamis, 10/3/2005 (12.00-13.00)	Jum'at, 11/3/2005 (12.00-13.00)
Dr. Djani Prasetyo S	Dr. Bambang Nugroho, Sp.BO	Dr. Anaswi Yanto, Sp. PK	Sulikah, S.Kp.	L I B U R
Senin, 14/3/2005 (12.00-13.00)	Selasa, 15/3/2005 (12.00-13.00)	Rabu, 16/3/2005 (12.00-13.00)	Kamis, 17/3/2005 (12.00-13.00)	Jum'at, 18/3/2005 (12.00-13.00)
Dr. Dyah S Puspitaningsih, Sp.R	Dr. Irma Mardiana, Sp.JP	Dr. Sri Susilawati, Sp.THT	Dr. Dewi Lestari, Sp. KK	Dr. Arnold H. Harahap, Sp.PD
Senin, 21/3/2005 (12.00-13.00)	Selasa, 22/3/2005 (12.00-13.00)	Rabu, 23/3/2005 (12.00-13.00)	Kamis, 24/3/2005 (12.00-13.00)	Jum'at, 25/3/2005 (12.00-13.00)
Desnawati, S.Kp	Dr. Darma Setya K, Sp.P	Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA ✓	Dr. Lestari Aryanti, Sp. RM	L I B U R
Senin, 28/3/2005 (12.00-13.00)	Selasa, 29/3/2005 (12.00-13.00)	Rabu, 30/3/2005 (12.00-13.00)	Kamis, 31/3/2005 (12.00-13.00)	
Dr. Ridwan Bachri, Sp. An.	Dr. Halim Ahmad, Sp.BS	Dr. Silvia, Sp.M.	Dr. Budijatmoko, Sp.H	

Jakarta, 14 Februari 2005

Ketua Tim Farmasi dan Terapi



(Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA)

dodyfirmanda

# KILAS BALIK

1. LOKAKARYA NASIONAL PERTAMA BANDUNG 29-31 MEI 2005
2. PENILAIAN INFRASTRUKTUR RS UNTUK Mendukung PRA 16 OKT-27 NOV 2005

Peran Komite (Tim) Farmasi dan Terapi dalam sistem dan kebijakan obat di RS Fatmawati\*

Dr. Dody Firmanda, SpA, MA

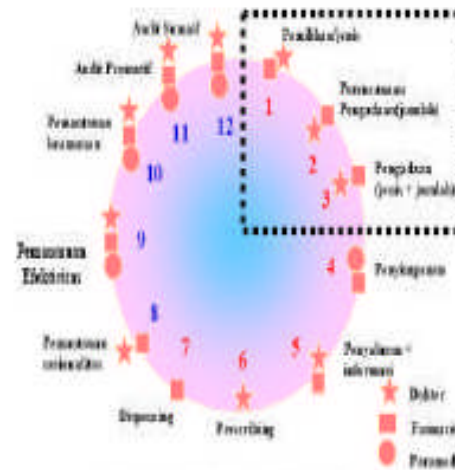
## Pendahuluan

Meskipun pelayanan kesehatan sangat bervariasi dari dan dalam satu negara, propinsi maupun daerah di negara maju/industrial maupun dunia ketiga. Akan tetapi ciri dan sifat masalah tersebut tidak jauh berbeda satu sama lainnya dalam hal yang mendasar yakni semakin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut (perubahan demografi), tuntutan dan harapan pasien akan pelayanan, perkembangan teknologi kedokteran dan semakin terbatasnya sumber dana.

Dalam pengelolaan suatu sarana kesehatan (rumah sakit maupun klinik) seorang manajer maupun dokter akan (bahkan harus) membuat suatu 'keputusan' dalam penyelenggaraan rumah sakit/klinik tersebut maupun dalam penatalaksanaan pasien sebagai individu maupun kelompok. Keputusan tersebut akan mempunyai dampak, terhadap pasien itu sendiri dan lingkungannya (dalam hal ini keluarga, masyarakat dan penyandang dana atau asuransi) serta lingkungan dimana pelayanan kesehatan tersebut diberikan/diseenggarakan (dari segi dimensi tempat: poliklinik rawat jalan, ruang gawat darurat, rawat inap, ruang perawatan intensif, ruang operasi dan lain lain; sedangkan dari segi dimensi fungsi: akan menggerakkan/utilisasi mulai dari registrasi mit rekam medis, penunjang laboratorium, farmasi, bank darah, unit gizi, laundry, penyediaan air, penerangan listrik dan sebagainya sampai proses pasien itu pulang sembuh dan kembali kontrol atau kembali kepada perujuk asal atau keluar rumah sakit melalui kamar jenazah) dan penyelesaian administrasi keuangan. Ini adalah satu proses dalam satu sistem sarana pelayanan kesehatan yang berlangsung secara simultan dan berurutan atas konsekuensi 'keputusan' diatas. Biaya atau dana untuk tenaga medis (dokter) hanya sekitar 20% dari seluruh anggaran yang dikeluarkan oleh satu sarana penyelenggara kesehatan (rumah sakit), sedangkan 80% lainnya sangat berhubungan dengan 'keputusan' dokter tersebut.

'Kesalahan' diakibatkan oleh faktor manusia hanya sekitar 10-10%, selebihnya (90%) dikarenakan oleh sistem, kebijakan (policy) dan prosedur yang tidak jelas serta tidak konsisten. Oleh karena itu dalam upaya mencapai hasil yang optima dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pasien baik secara individu maupun kelompok serta efisien dan berbas manfaat maka diperlukan suatu 'keputusan' yang baik dan tepat didalam 'sistem' yang jelas dan konsisten. Hal ini akan terwujud bila mempunyai (i) kepemimpinan (leadership) yang visioner, 'swayvialer', konsisten dan konsekuen. Sistem itu sendiri terdiri dari tiga komponen yakni struktur, proses, dan hasil (outcome) yang sama pentingya serta saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

\* Diampikan pada Lokakarya Nasional Pertama 'Strategy to combat the emergence and spread of antimicrobial resistant bacteria in Indonesia', Dijaja Pelayanan Medik Depkes RI, Bandung, 26-31 Mei 2005.



Gambar 2. Strategi 5 Langkah 12 Kegiatan

Tabel 1. 5-Langkah 12-Kegiatan Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati

Langkah	Kegiatan	Indikator	Waktu	Kategori
A. Penemuan	1. Penemuan dan pengumpulan data	SWF	2 mg	Form A
	2. Pengumpulan informasi	TTT dan II	1 mg	Form B
B. Pengujian	3. Pengujian obat	TTT dan II	5 mg	Form C
	4. Pengumpulan data	II	Setiap minggu	Log/Book
C. Pembuatan	5. Pembuatan (distribusi) obat	TTT dan II	Setiap minggu	Form D
	6. Pengujian (pengembangan) dan informasi obat	DAK/SMI	Setiap minggu	UCD
D. Monitoring	7. Pembuatan (pengujian) dan informasi obat	TTT dan II	Setiap minggu	Sikap/kegiatan
	8. Pembuatan (pengujian) dan informasi obat	Kontrol GAW, SMI, TTT dan II	Setiap minggu	Form E
E. Evaluasi (audit)	9. Pembuatan (pengujian) dan informasi obat	Kontrol Rangan, Kontrol GAW, SMI, TTT dan II	Setiap minggu	Form F
	10. Pembuatan (pengujian) dan informasi obat	Kontrol Rangan, Kontrol GAW, SMI, TTT dan II	Setiap minggu	Form G
E. Evaluasi (audit)	11. Audit (Pemeriksaan) dan (Pemeriksaan)	TTT dan II	5 mg	Form G
	12. Audit (Pemeriksaan) dan (Pemeriksaan)	TTT dan II	6 mg	Form G

DAFTAR PUSTAKA DAN REFERENSI

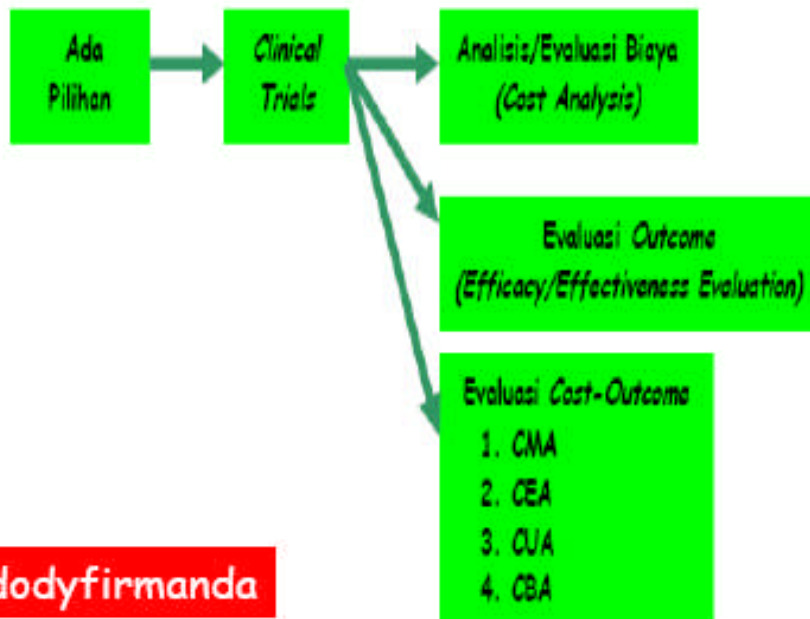
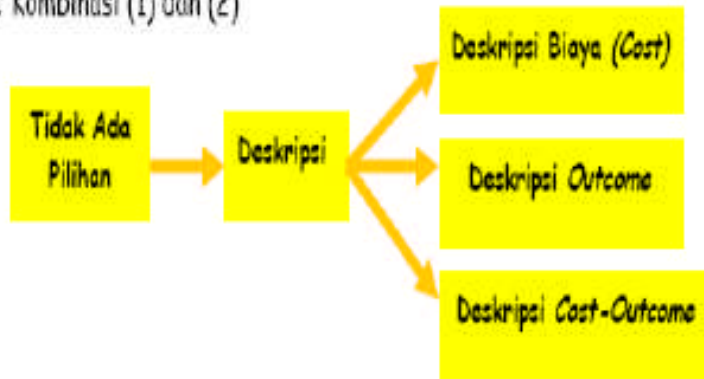
No	Nama	Alamat	No. Telp	No. Fax	No. Email
1	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
2	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
3	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
4	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
5	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
6	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
7	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
8	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
9	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
10	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
11	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com
12	Dr. Dody Firmanda, SpA, MA	Jl. Sekeloa Selatan 1, No. 101, Jakarta Selatan, DKI Jakarta	021-5712111	021-5712111	dody.firmanda@fatmawati.com

dodyfirmanda

Jakarta, 14 Februari 2005  
 Dody Firmanda, SpA, MA

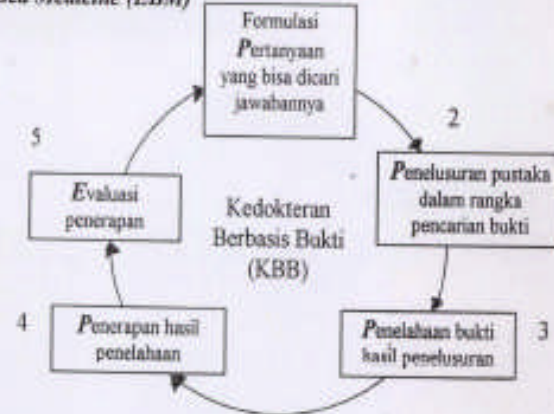
## Pendekatan Evaluasi Ekonomi Kesehatan

1. Perbandingan pilihan: 2 alternatif atau lebih.
2. Analisis biaya (*cost* atau *inputs*) dan konsekuensinya (*outputs*)
3. Kombinasi (1) dan (2)



dodyfirmanda

## Kedokteran Berbasis Bukti (KBB) Evidence-based Medicine (EBM)



Gambar 1. Siklus Kedokteran Berbasis Bukti (KBB) dan langkah langkahnya (P4E)

### Definisi Kedokteran Berbasis Bukti (KBB):

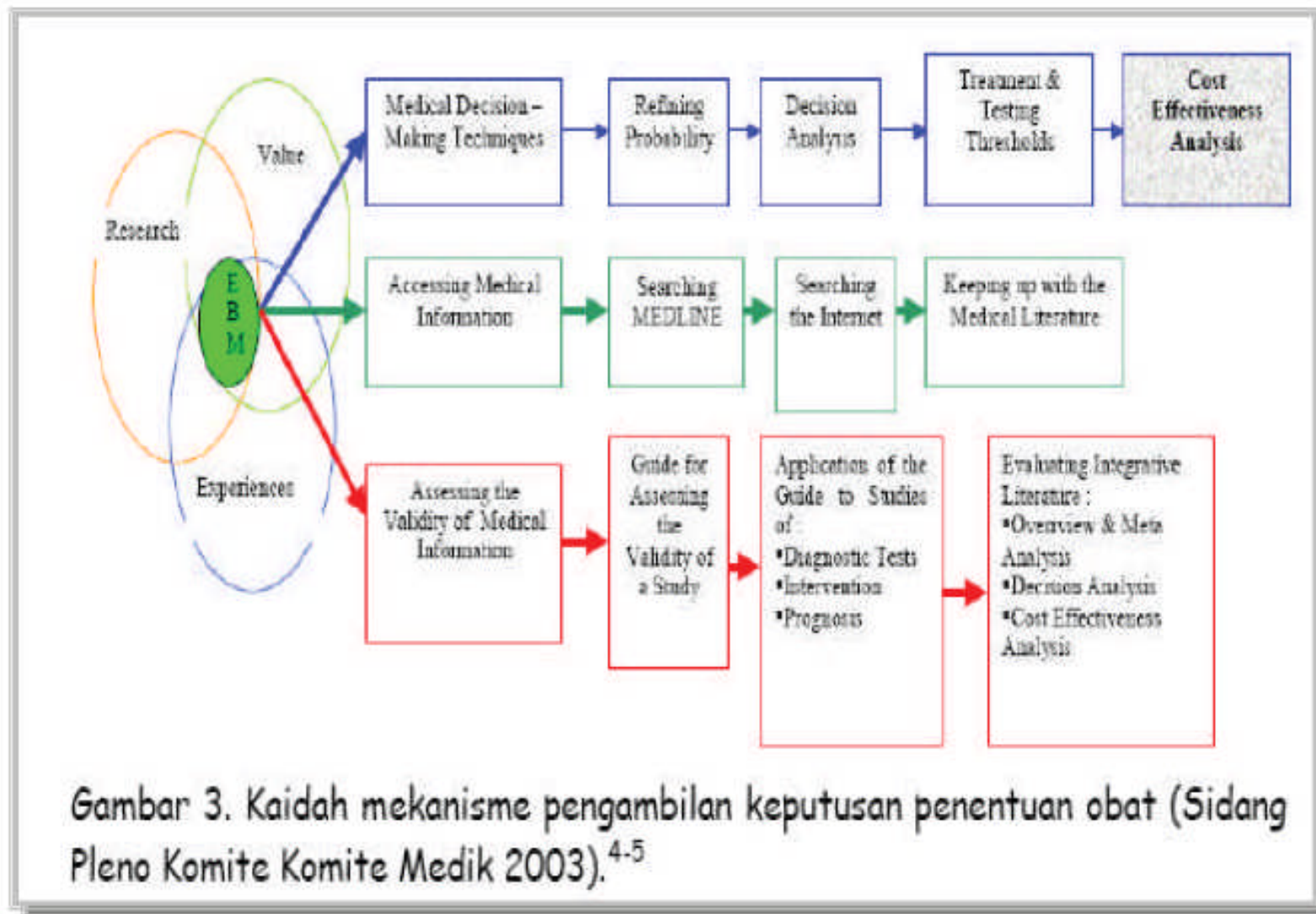
"Cara pendekatan untuk mengambil keputusan dalam penatalaksanaan pasien (dan atau penyelenggaraan pelayanan kesehatan) secara eksplisit dan sistematis berdasarkan bukti terakur/terbaru yang valid dan bermanfaat".

Diagnostic	Disease		Total
	(+)	(-)	
Positive	a	b	a+b
Negative	c	d	c+d
	a+c	b+d	N

Sensitivity	$a/(a+c)$
Specificity	$d/(b+d)$

Likelihood Ratio for a positive test result LR+	$\text{sensitivity}/(1 - \text{specificity})$
Likelihood Ratio for a negative test result LR-	$(1 - \text{sensitivity})/\text{specificity}$
Positive Predictive Value (PPV)	$a/(a+b)$
Negative Predictive Value (NPV)	$d/(c+d)$
Pre-test probability (Prevalence)	$(a+c)/N$
Pre-test Odds	$\text{prevalence}/(1 - \text{prevalence})$
Post-test Odds	$(\text{Pre-test Odds}) \times (\text{Likelihood Ratio})$
LR+ Post-test Odds	$(\text{Pre-test Odds}) \times \text{sensitivity}/(1 - \text{specificity})$
LR- Post-test Odds	$(\text{Pre-test Odds}) \times (1 - \text{sensitivity})/\text{specificity}$
Post-test Odds Probability	$\text{Post-test Odds}/(\text{Post-test Odds} + 1)$

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
Forum Diskusi EBM-F2000



Gambar 3. Kaidah mekanisme pengambilan keputusan penentuan obat (Sidang Pleno Komite Komite Medik 2003).<sup>4-5</sup>

## DAFTAR ISI

## KOMENTAR EDITORIAL

1. Pentingnya EBM dalam Good Governance di Rumah Sakit  
*Dody Firmanda, Pratiwi Andayani.* 567

## ARTIKEL ASLI

2. Prevalensi dan Trend Analysis Demam Berdarah Dengue Anak  
Di RS Fatmawati  
*Dody Firmanda, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti.* 568-569

3. Aplikasi Integrasi sinergi antara Evidence-Based Medicine, Evidence-based Healthcare dan Evidence-based Policy dalam satu sistem peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan kedokteran (Clinical Governance)  
*Dody Firmanda* 570-576

4. The Effect of palm oil-based and various commercially available parenteral lipid emulsions on normal and cancer liver cell lines.  
*Eddy Yusuf, S. Kartini, WZ Wan Ngah, R. Hashim, AF Shamsuddin.*

## ARTIKEL KHUSUS

5. Pengenalan tentang VCT (Voluntary Counseling and Testing)  
*Endang Poedjiningath.* 581-588

## LAPORAN KASUS

6. Caecostomi dengan Tube Endotracheal sebagai Pengamanan pada Anastomosis Kolorektal (evaluasi 15 kasus)  
*Taslim Poniman, Toar JM Lalisang.* 589-591

7. Penerapan Evidence-based Medicine (EBM) dalam praktek sehari-hari di Rumah Sakit: Diagnosis  
*Dody Firmanda.* 592-594

## TINJAUAN PUSTAKA

8. Antiphospholipid Syndrome  
*Martin Batubara* 595-599

## ARE THE results of this single preventive or therapeutic trial valid?

## Card 1A THERAPY

## A. The main questions to answer:

1. Was the assignment of patients to treatments randomized? and was the randomization list concealed?
2. Were all patients who entered the trial accounted for at its conclusion? and were they analysed in the groups to which they were randomised?

## B. And some finer points to address:

1. Were patients and clinicians kept 'blind' to which treatment was being reserved?
2. Aside from the experimental treatment, were the groups treated equally?
3. Were the groups similar at the start of the trial?

## Are the valid results of this randomised trial important?

Occurrence of diabetic neuropathy at 3 years among insulin-dependent diabetes in the DCCT trial		Relative risk reduction (RR)	Absolute risk reduction (ARR)	Number needed to treat (NNT)
Usual insulin regimen control event rate (CER)	Intensive insulin regimen experimental event rate (EER)	$\frac{CER - EER}{CER}$	$CER - EER$	1/ARR
6.6%	2.9%	$\frac{6.6\% - 2.9\%}{6.6\%} = 71\%$	6.6% - 2.9% = 3.7%	1/3.7% = 27 patients for 1 year with intensive insulin Rx

95% Confidence Interval (CI) on an NNT = 1 limits on the CI of its ARR =

$$\pm 1.96 \sqrt{\frac{CER \times (1 - CER)}{\# \text{ of control patients}} + \frac{EER \times (1 - EER)}{\# \text{ of exper. patients}}} = \pm 1.96 \sqrt{\frac{0.066 \times 0.934}{730} + \frac{0.029 \times 0.971}{711}} = \pm 2.4\%$$

## Can you apply this valid, important evidence about a treatment in caring for your patient?

1. Do these results apply to your patient?
  - Is your patient so different from those in the trial that its results can't help you?
  - How great would the potential benefit of therapy actually be for your individual patient?
2. Are your patient's values and preferences satisfied by the regimen and its consequences?
  - Do your patient and you have a clear assessment of their values and preferences?
  - Are they met by this regimen and its consequences?

dodyfirmanda



Jakarta, 18 September 2006

Nomor : 03/Komite Medik RSF/IX/2006

Lampiran : 1 (satu) halaman

Perihal : Rekomendasi hasil Sidang Pleno Komite Medik

Tanggal 18 September 2006 tentang Prosedur Pemberian

Antibiotik secara intravena, intramuskular dan subkonjungtiva.

Kepada

Yth. Direktur Medik dan Keperawatan

RS Fatmawati

Di

Tempat.

Dalam rangka upaya menjaga keamanan/keselamatan pasien (*patient safety*), bersama ini kami lampirkan rekomendasi hasil Sidang Pleno Komite Medik tentang prosedur pemberian antibiotik secara intravena, intramuskular dan subkonjungtiva terhadap pasien di ruang perawatan rawat inap, rawat jalan, unit emergensi, Instalasi Rawat Intensif (ICU, NICU/PICU, CEU) dan Instalasi Bedah sebagaimana terlampir dengan pernyataan sebagai berikut:

1. Diberikan penjelasan kepada pasien/keluarga tentang rencana pemberian antibiotik secara intravena, intramuskular atau subkonjungtiva.
2. Ada surat izin persetujuan tertulis dari pasien/keluarga tentang uji sensitivitas dan pemberian antibiotik secara intravena, intramuskular atau subkonjungtiva.
3. Pemberian antibiotik secara intravena, intramuskular atau subkonjungtiva:
  - a. dilaksanakan di tempat kamar tindakan yang mempunyai sarana alat resusitasi dan obat emergensi yang bersifat *life saving*.
  - b. dilakukan oleh tenaga medis atau perawat yang telah diberikan delegasi dan kewenangan.

4. Monitoring tanda-tanda vital pasca pemberian antibiotik secara intravena, intramuskular atau subkonjungtiva.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Komite Medik,

Dr. Dody Firmando, Sp.A, MA.

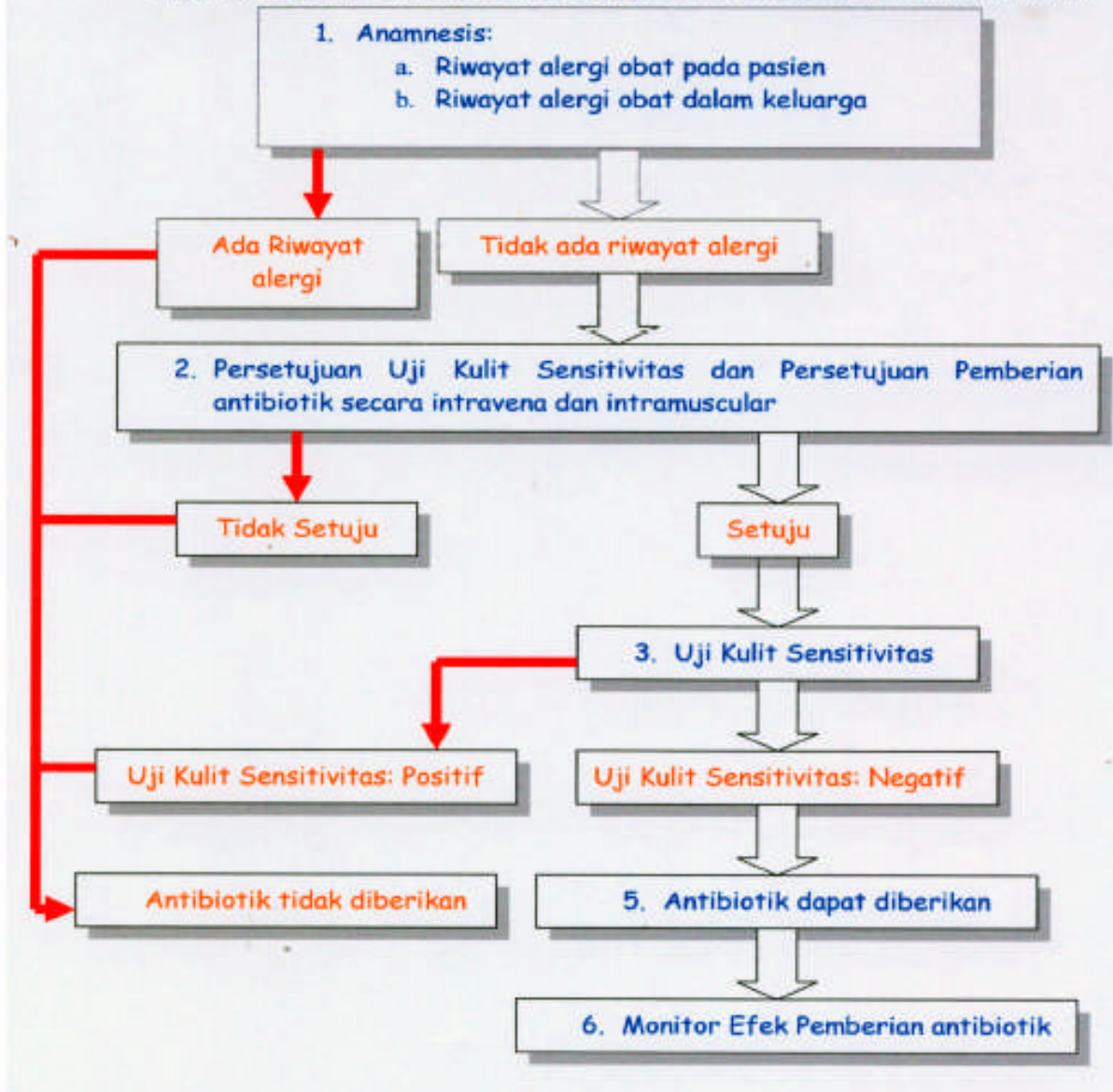
Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Direktur Utama RSF di tempat.
2. Seluruh Ketua SMF dan jajarannya di tempat.
3. Seluruh Ketua Komite di tempat.
4. Seluruh Kepala Instalasi di tempat.
5. Anzip.

**Rekomendasi hasil sidang  
Pleno Komite Medik  
tentang cara pemberian dan  
penggunaan antibiotik**

**dodyfirmanda**

### Langkah langkah Pemberian antibiotik secara intravena dan intramuskular



Rekomendasi hasil sidang Pleno Komite Medik tentang cara pemberian dan penggunaan antibiotik

# Program Pengendalian Resistensi Antimikroba

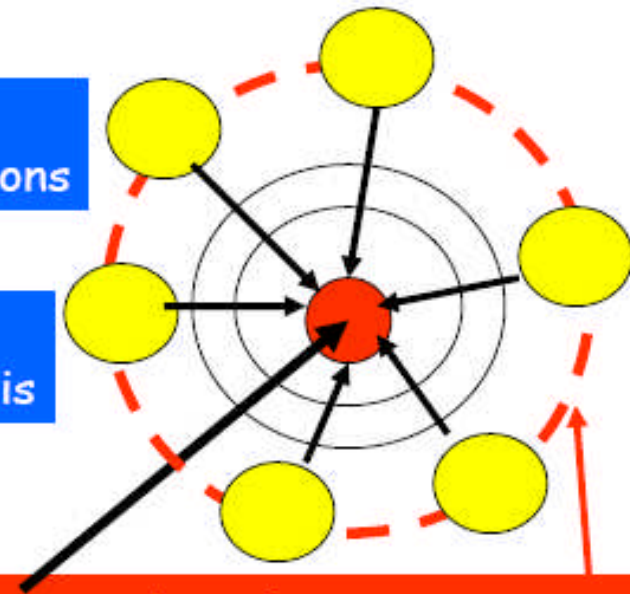
1. Daftar Formularium
2. SPM/SPO

1. Seleksi
2. Penggunaan
3. Penyebaran

1. Audit Medis
2. Clinical Risks Management
3. Patient Safety

1. Surveilans
2. High Impact Interventions

Clinical Pathways:  
Penyakit Infeksi dan Tropis

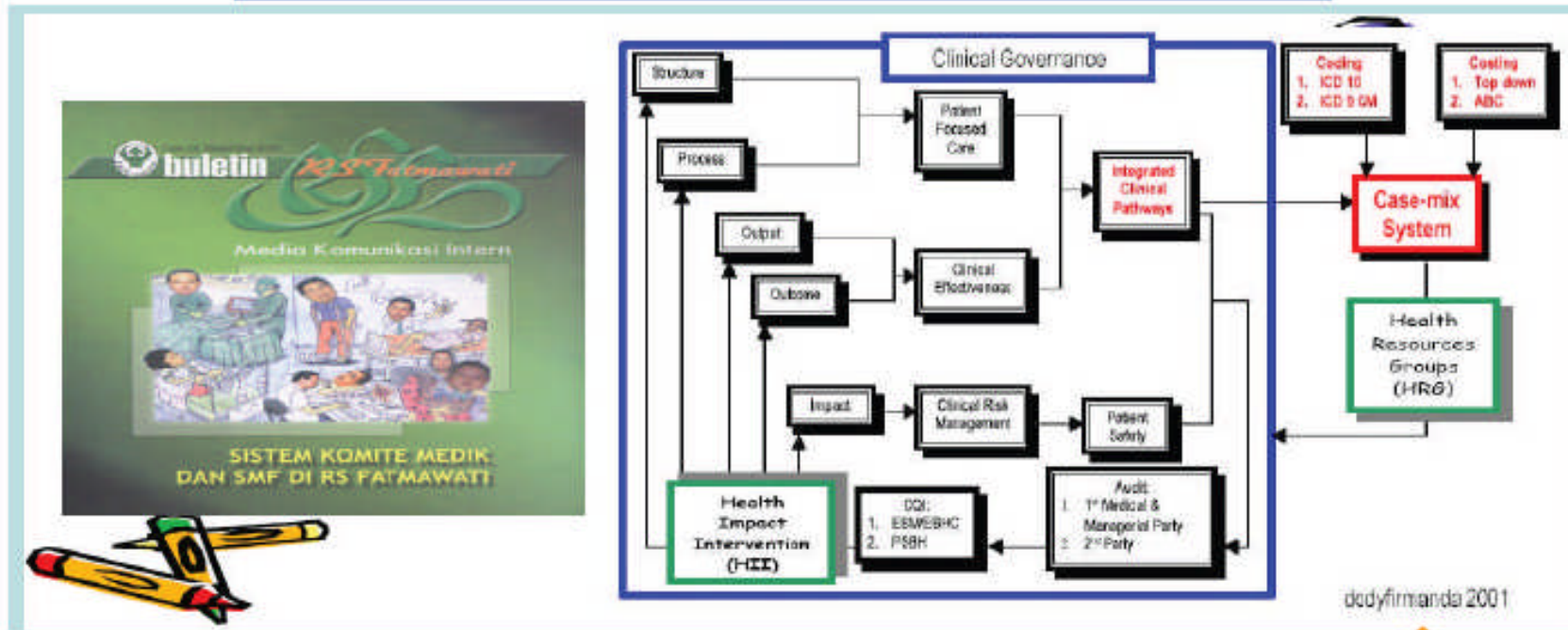


Terintegrasi secara ko-ordinasi dan ko-operasi

*"span & spin of control"*

dodyfirmanda

# SKEMA KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



## Program Pengendalian Resistensi Antimikroba



Terintegrasi secara ko-ordinasi dan ko-operasi

*"span & spin of control"*

*"Patched-in"*

dodyfirmanda

# CLINICAL PATHWAYS RSUP FATMAWATI JAKARTA

Editor:  
Dr. Dody Firmando, Sp.A, MA  
Dr. Lesteria Aryanti, Sp.RM

EDISI PERTAMA




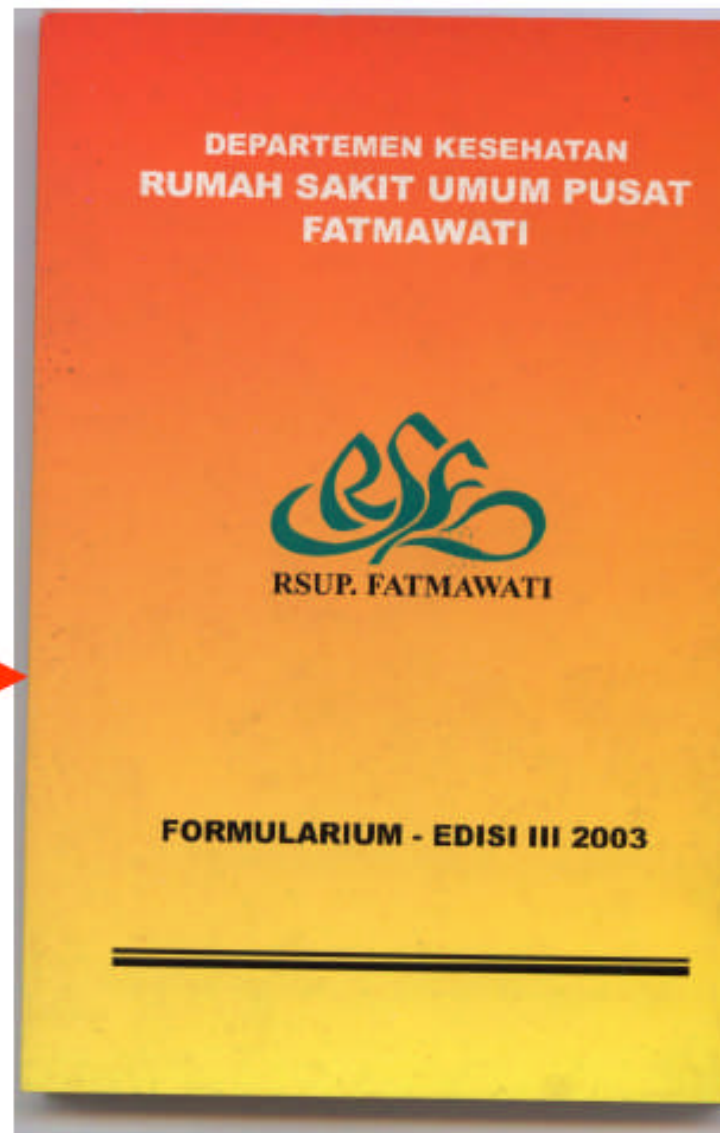
KOMITE MEDIK  
RSUP FATMAWATI  
JAKARTA 1006

dodyfirmanda

## Penjelasan Penyusunan Format Clinical Pathways

### Format Umum Clinical Pathways

	CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX						
	SMF .....	RS FATMAWATI JAKARTA					
(Nama Penyakit) .....		2006 .....					
Nama Pasien: .....	Umar: .....	Berat Badan: .....					
Tinggi Badan: .....		Nomor Rekam Medis: .....					
Diagnosis Awal: .....	Kode ICD 10: .....	Respon rawat: .....					
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat: .....	Tgl/Jam masuk: .....	Tgl/Jam keluar: .....	Lama Rawat: .....	Kelas: .....	Tarif/Pr (Rp): .....	Biaya (Rp): .....
	Hari Rawat 1: .....	Hari Rawat 2: .....	Hari Rawat 3: .....	Hari Rawat 4: .....	Hari Rawat 5: .....		
Diagnosis:							
• Penyakit Utama: .....							
• Penyakit Penyerta: .....							
• Komplikasi: .....							
Assesmen Klinis:							
• Pemeriksaan dokter: .....							
• Konsultasi: .....							
Pemeriksaan Penunjang: .....							
Tindakan: .....							
Ucat/obat: .....							
Nutrisi: .....							
Mobilisasi: .....							
Hasil (Outcomes): .....							
Pendidikan/Rencana Pemulangan: .....							
Verifikasi: .....							
Jumlah Biaya							
Nama Perawat: .....	Diagnosis Akhir: .....	Kode ICD 10: .....	Jenis Tindakan: .....		Kode ICD 9 - CM: .....		
Nama Dokter: .....	• Utama: .....						
	• Penyerta: .....						
Nama Pelaksana Verifikasi: .....	• Komplikasi: .....						
	• .....						



dodyfirmanda

MILIK  
KOMITE MEDIK  
RS. FATMAWATI

CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX  
SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA  
PNEUMONIA  
2006

Nama Pasien: R. JANITA LAUHANA P Umur: 14,10 thn Berat Badan: 34 kg Tinggi Badan: 105 cm Nomor Rekam Medis: 0945507  
Diagnosa Awal: Pneumonia Kode ICD 10: J15.0 Rencana rawat: Star

Aktivitas Pelayanan	R. Rawat					Bawa (Rp)
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5	
Diagnosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyakit Utama: <u>Pneumonia</u></li> <li>Penyakit Penyerta: <u>Pneumonia</u></li> <li>Komplikasi: <u>Pneumonia</u></li> </ul>					
Asesmen Klinis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan dokter: <input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)</li> <li>Konsultasi: <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)</li> </ul>					Rp. 45.000
Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIL: <input type="checkbox"/> AGD: <input checked="" type="checkbox"/> Tes MI: <input type="checkbox"/> Baco Tes MI: <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>COR PA: <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>					Rp. 109.400
Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxygen: <input checked="" type="checkbox"/> (Pemasang IVD): <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>IVFD: <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Antibiotik: <input checked="" type="checkbox"/> (IVFD): <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Argkat: <input type="checkbox"/> (IVFD): <input type="checkbox"/></li> </ul>					Rp. 85.900
<ul style="list-style-type: none"> <li>1x Ampicilin 4 x 300 mg</li> <li>1x Kemicetine 4 x 100 mg</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)	Rp. 201.500
Nurses: <u>Mo. Agnes, Suci, Febi, Ayu, Dk, Rizka, Dk, Hanu</u>						
Mobilisasi: <u>Ud. R. P.</u>						
Har. Diet: <u>Orsoral</u>						
• Asam urat	<u>Orsoral</u>					
• Febris	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)					
• Sesak	<input checked="" type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (0)					
Paradik/NonR/Perawatan:	Penjelasan penyakit		Gd dan imunisasi		Kontrol poliklinik	
Visitas:	<u>Kem. Rawat Star</u>					
Jumlah Biaya Rp. 634.200						
Nama Perawat: <u>D. Puspita</u>	Diagnosa Awal:		ICD 10:	Jenis Tindakan:		ICD 9 - CM
Nama Dokter: <u>Wahyuni, Dkk</u>	• Utama: <u>Pneumonia</u>	J15.0	• Visio/Visus: Anamnesis & PF	E9.0 dan E9.7		90.5
• Perawatan:			• Pemeriksaan mikroskopis darah			97.44
• Komplikasi:			• Foto toraks Pk			96.2
			• Pemasangan IVFD & Inj. obat			93.56
• Pelaksanaan Verifikasi: <u>Si Mulyati</u>						

**VERIFIED**  
AKUNTANSI  
Tgl: 14-06 Paraf: [Signature]

Sistem satu pintu obat,  
Penggunaan seleksi obat  
antibiotika dan biaya obat

INSTALASI FARMASI  
RSUP FATMAWATI  
Formulir Instruksi Pemberian Obat

mulai	stopp	nama	nama pasien	par. dokter	or.	lm	rect	iv.	dosis	jam
27/09	01/09	G. Kemicetine	Ryan Dika	[Signature]				iv.	250 mg	06
		4 x sehari							250 mg	12
									250 mg	18
									250 mg	24
27/09	01/09	Inj. Ampicillin	Ryan Dika	[Signature]				iv.	850 mg	06
		4 x sehari							350 mg	12
									350 mg	18
									350 mg	24
27/09		Ketan 305	Ryan Dika	[Signature]				iv.	1200 mg	06
		1200 mg/hr								
27/09		PPONT23	Ryan Dika	[Signature]						
		1 mg								
		1 mg								

**dodyfirmanda**



# UNDANG-UNDANG KEUANGAN NEGARA

(DALAM SATU PAKET)

Undang-Undang  
No. 17 Tahun 2003 Tentang  
**KEUANGAN NEGARA**

Undang-Undang  
No. 1 Tahun 2004 Tentang  
**PERBENDAHARAAN NEGARA**

Undang-Undang  
No. 15 Tahun 2004 Tentang  
**PEMERIKSAAN PENGELOLAAN  
DAN TANGGUNGJAWAB  
KEUANGAN NEGARA**



PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : 23 TAHUN 2005

TENTANG

PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN

LAYANAN UMUM

dodyfirmanda





(KEPPRES RI. NOMOR 61 TAHUN 2004)

**PEDOMAN**  
**PELAKSANAAN PENGADAAN**  
**BARANG/JASA PEMERINTAH**

PERUBAHAN ATAS KEPPRES NO. 80 TAHUN 2003



**KEPPRES NO. 72**

**TENTANG**

**PEDOMAN PELAKSANAAN**  
**ANGGARAN PENDAPATAN DAN**  
**BELANJA NEGARA**  
**TAHUN 2004**

PERUBAHAN ATAS KEPPRES 42 TH. 2002

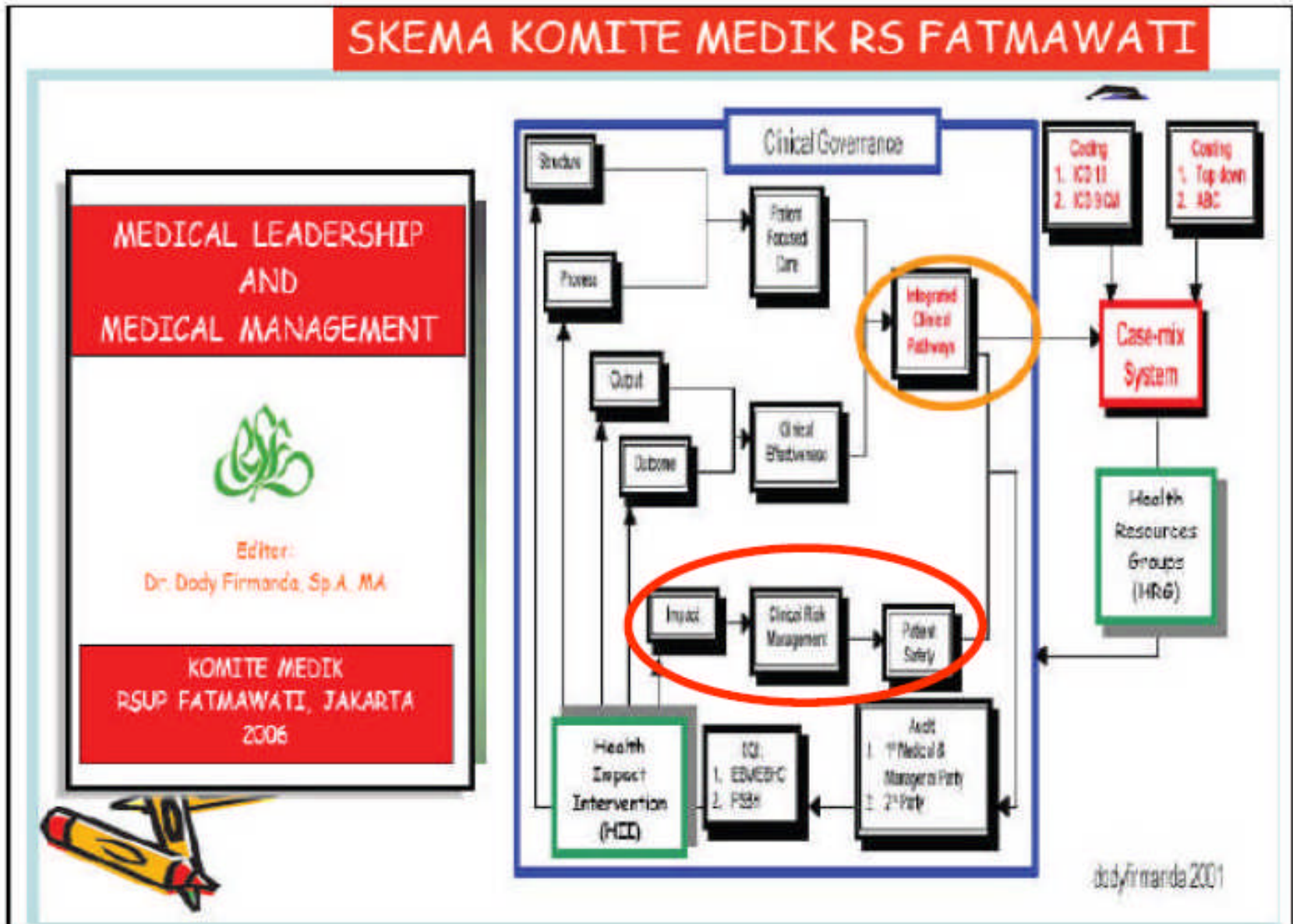
dodyfirmanda



**KOMITE MEDIK  
RSUP FATMAWATI**

dodyfirmanda

# SKEMA KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



Gambar 4. Skema Clinical Governance Komite Medik RSUP Fatmawati



Gambar 5. Beberapa panduan dan pedoman Komite Medik RSUP Fatmawati

**PANDUAN  
MANAJEMEN RISIKO KLINIS  
DAN  
KEAMANAN PASIEN**

*CLINICAL RISK MANAGEMENT  
AND  
PATIENT SAFETY*

Editor  
Dody Firmanda



Komite Medik  
Rumah Sakit Fatmawati  
Jakarta  
2005

**INSTRUMEN  
MANAJEMEN RISIKO KLINIS  
DAN  
KEAMANAN PASIEN**

*CLINICAL RISK MANAGEMENT  
AND  
PATIENT SAFETY*

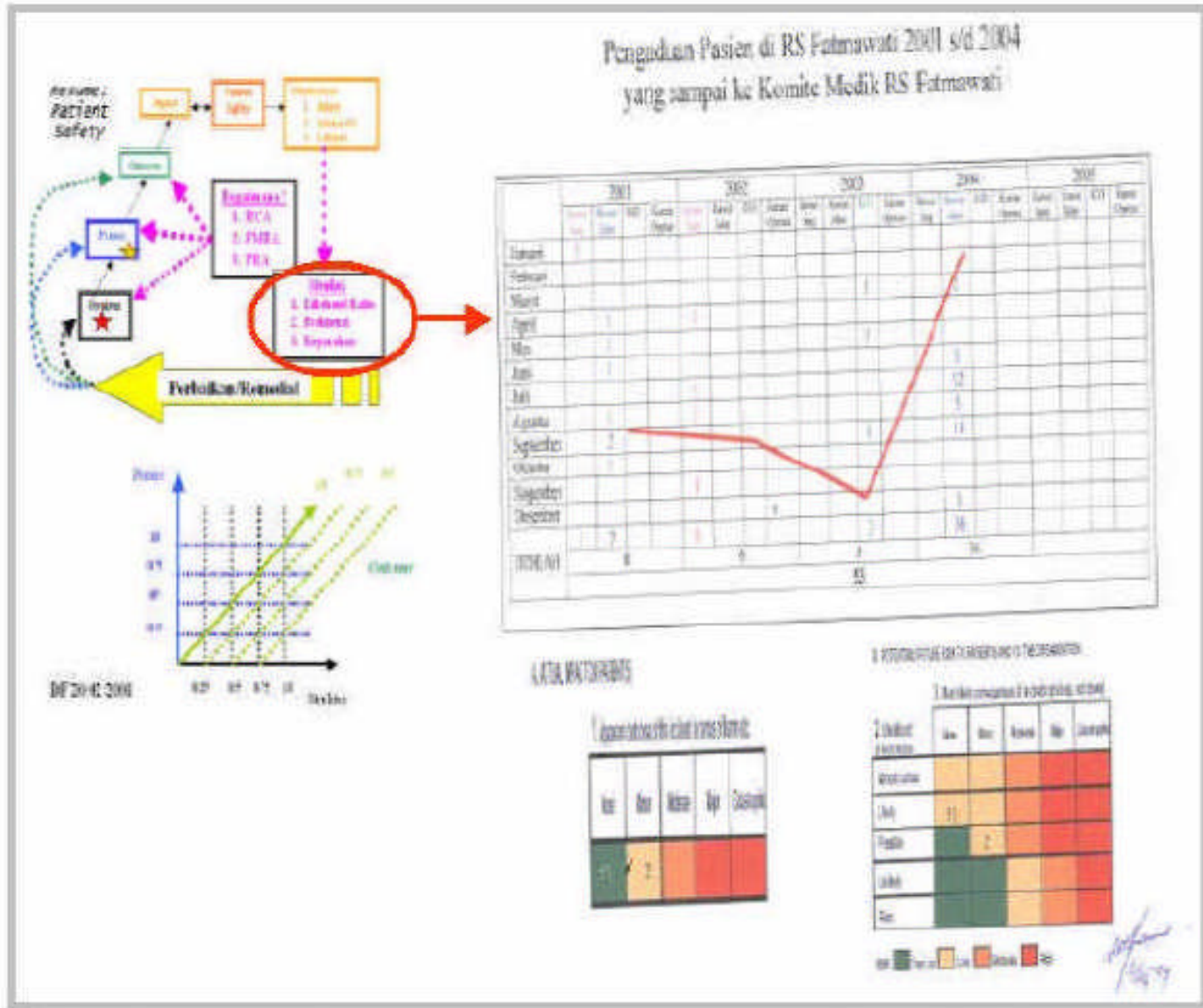
Editor  
Dody Firmanda



Komite Medik  
Rumah Sakit Fatmawati  
Jakarta  
2005

## DAFTAR ISTILAH

Istilah	Definisi
Keselamatan pasien ( <i>Patient Safety</i> )	Adalah proses pelayanan pasien yang aman, terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asesmen risiko</li><li>2. Identifikasi dan manajemen risiko</li><li>3. Pelaporan dan analisis insiden</li><li>4. Tindak lanjut dan solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko</li></ol>
Insiden keselamatan pasien	Adalah kesalahan medis ( <i>medical errors</i> ), kejadian yang tidak diharapkan ( <i>adverse event</i> ), dan atau nyaris terjadi ( <i>near miss</i> )
Kesalahan Medis ( <i>Medical errors</i> )	Adalah suatu kesalahan dalam proses pelayanan yang mengakibatkan atau berpotensi menimbulkan cedera pada pasien, dapat terjadi karena akibat berbuat sesuatu ( <i>comission</i> ) atau tidak berbuat sesuatu yang seharusnya dilakukan ( <i>omission</i> ). Kesalahan termasuk: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kegagalan suatu rencana yang benar tapi tidak lengkap</li><li>2. Menggunakan rencana yang salah.</li></ol>
Kesalahan laten ( <i>Latent errors</i> )	Adalah suatu kesalahan pada sistem yang dapat terjadi dari segi kebijakan klinis, standar dan pedoman pelayanan maupun peralatan serta sumber daya penunjang pelayanan.
Kesalahan aktif ( <i>Active errors</i> )	Adalah suatu kesalahan yang terjadi pada saat penerapan dan implementasi kebijakan klinis, standar dan pedoman pelayanan maupun peralatan serta sumber daya penunjang pelayanan.
Kejadian yang tidak diharapkan ( <i>Adverse event</i> )	Adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak dikehendaki pada pasien bukan karena kondisi dan penyakit pasien, dapat terjadi dapat terjadi dengan atau tanpa kesalahan medis.
Nyaris terjadi ( <i>Near miss</i> )	Adalah suatu kesalahan medis karena berbuat atau karena tidak berbuat dan berpotensi menimbulkan cedera akan tetapi tidak terjadi karena telah diantisipasi.



Gambar 16. Laporan kasus pengaduan, manajemen risiko klinis (*Clinical Risks Management*) dan *Patient Safety*.

## Beberapa Opsi Langkah Langkah



dalam ketidaksesuaian pelaksanaan praktik kedokteran (malpraktek?)



1. **Etik Profesi:** Bila ditemukan ada kemungkinan kecenderungan pelanggaran dalam hal etik profesi, maka Komite Medik akan menggelar Sidang Pleno Etik Profesi yang diselenggarakan oleh Sub Komite Etik dan Mutu Profesi Komite Medik dengan memakai format penilaian Etik sesuai dengan Sistem Komite Medik:
2. **Audit Medis:** tidak tertutup pelaksanaan nomor 1 di atas tersebut sekaligus dilakukan juga audit medis tingkat pertama (*First Party Medical Audit*) dan kedua (*Second Party Medical Audit*), dan sebaliknya (bila dalam hasil audit medis ada unsur unsur pelanggaran etik profesi) - *two ways traffic mechanisms*.
3. Bila dari kedua mekanisme di atas ada ditemukan **unsur hukum**, maka akan diadakan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit serta Direksi Rumah Sakit.
4. Bila ada kecurigaan **kasus berpotensi**, maka Komite Medik akan menempuh jalur 1 dan 2 di atas.
5. **Informasi satu pintu:** Bila ada kasus pengaduan kasus, ketiga jajaran (Komite Medik, Komite Etik dan Hukum, dan Direksi) segera melakukan rapat koordinasi sesuai dengan kapasitas dan kewenangan masing masing, serta memutuskan segala pernyataan maupun klarifikasi adalah melalui **satu pintu** dan dilaksanakan oleh **petugas yang diberikan kewenangan** (biasanya dalam hal ini Humas Rumah Sakit - sedangkan Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum memberikan masukan sesuai tugas dan fungsinya).
6. **Kolegialitas:** Setiap perkembangan kasus yang telah dilimpahkan ke pihak berwajib, Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit senantiasa berkoordinasi dan **arun rambung** menyelesaikan berbagai alternatif solusi dalam **Sidang Pleno Komite Medik**.



dalam Pelaksanaan Monitoring

dodyfirmanda

# Rapat Lintas Fungsi Permasalahan di IBS

Tujuan:

1. Solusi Permasalahan
2. Memperbaiki dan Meningkatkan Pelayanan di IBS
3. Bukan mencari kesalahan individu - *'blame no one'*.

**PELAKSANAAN OPERASI ELEKTIF INSTALASI BEDAH SENTRAL  
RUMAH SAKIT JUMUM PUSAT FATMAWATI  
HARI : RABU, 02 AGUSTUS 2008**

NOMOR C M	N A M A	UMUR	RUANGKLS/ CARA BAYAR	DIAGNOSA	TINDAKAN OPERASI	DOKTER OPERATOR	DOKTER ANESTHESI	WAKTU	KET
694888	Denis Yulian	18	VTM	Non Union Ulna Sin	Revisi Orif	Dr.Didik	Dr.Haksanto	09.40-11.45	
473749	Ny.Maryani	45	LIL/TMLD	Myoma gaburt	HT	Dr.Harry		09.20-11.00	
543250	Prita	41	WAskep	Union fr ankle	Remove Plate Screw	Dr.Andre		09.20-10.30	
237879	Ny.Suzarsih	36	LIL/Umum	G 37 mg dg bekas SC	Sectio Caesaria	Dr.Harry/Residen		10.45-11.45	
738932	Nabilie Ulin N	8	LIVR/Askep	Tonsilitis	Tonsilectomie	Dr.Zekaria		08.30-09.10	
700219	Ryeh Budi S	14	LIVL/Askep	Tonsilitis	Tonsilectomie	Dr.Zekaria		09.30-10.00	
388560	Nurbeyani	17	LIVR/Askep	Tonsilitis	Tonsilectomie	Dr.Zekaria		10.10-10.30	
731471	Gelsa Sekita	4bl	LIL/Umum	Atresia ani	Colostomie	Dr.Bambang Budiarto		09.10-10.00	
722327	Azzahra Kirana	4bl	LIL/Umum	Fistule ani	Fistulectomie	Dr.Bambang Budiarto		10.20-11.00	
690830	Selen	11	ODG	Hypospadias	Release chordee	Dr.Audy		08.30-09.30	
739469	Ria Arista	19	ODG	FA M	Eksterpatie	Dr.Bambang Budiarto		07.20-08.10	
737350	Hartanto	31	ODG	Tonsilitis	Tonsilectomie	Dr.Sita		07.15-07.40	
D64848	OS Batal Yuni	37	/	CTS	Release	Dr.Lukman S			Dr. Haksanto

  
 Kepala Inst Bedah Sentral  
 Dr. Chamim SpOG K Onk  
 NIP: 140 218 504

**dodyfirmanda**

**EVALUASI PELAKSANAAN MEDIS ANESTESI  
DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUP FATMAWATI.  
PERIODE AGUSTUS- OKTOBER 2006**

Sehubungan dengan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati NO.HK. 00.07.1.512. Tanggal 11 Agustus 2006. Tentang Tindakan medis anestesi di RSUP Fatmawati. Bahwa pelaksanaan medis anestesi secara keseluruhan baik Elektif maupun Emergency( Cito ), sepenuhnya dilakukan oleh Dokter Spesialis Anestesi dan atau yang mewakilinya ( Residen ), yang dalam pelaksanaannya di bantu oleh penata anestesi. Adapun Prosedur alur konsul Anestesi :

- Operasi Elektif : Konsul di lakukan langsung ke SMF Anestesi 1-2 hari sebelum di lakukan tindakan operasi.
- Operasi Emergency : Langsung ke Dokter Konsulen Anestesi Jaga atau yang mewakilinya ( Residen ), dan apabila yang bersangkutan tidak bisa di hubungi, maka penata anestesi berhak menghubungi ;
  1. Chip klinik
  2. SMF Anestesi.
  3. Atau apabila tidak bisa juga maka penata anestesi bisa menghubungi Direktur Medik dan Keperawatan.

Pelayanan Medis Anestesi di Instalasi Bedah Sentral Pada umumnya sudah terlaksana dengan baik dan lancar sesuai Prosedur yang telah di tetapkan, tetapi masih ada beberapa kasus saja sehingga menunda pelaksanaan operasi yang antara lain :

Tanggal/bulan	Masalah	Tindak Lanjut	Evaluasi
21/8- 2006.	Operasi Orthopedi dari IRD. Jam 21.00 konsul anestesi ( <b>Dr. Nella Sp.AN</b> ).	Sudah dilaporkan ke SMF anestesi	Meninjau ulang SK DirUtama dan sudah di tindak lanjuti

**LEMBAR DISPOSISI**

Indeks	<input checked="" type="checkbox"/> Rawasia	<input checked="" type="checkbox"/> Penting	<input type="checkbox"/> Biasa
Kode	Tgl. Penyelesaian		
Tanggal/Nomor	23/08/06		
Deri	Kerusakan Kulit Muka		
di Ringkas			

INSTRUKSI/INFORMASI	DITERUJKAN KEPADA	TANGGAL DITERUSKAN	TANGGAL DITERIMA	PARAF
Mohon: 1. klarifikasi penyelesaian atas laporan terlampir.	YK Kerusakan Kulit Muka			
2. Anestesi khusus untuk tindakan (di SMF Anestesi) untuk kasus pelayan anestesi Hb.		23-08-2006		

Sesudah digunakan harap segera dikembalikan

Kepada Tanggal : *[Signature]*

**dodyfirmanda**

NO : 80 / IV / IBS / 07.  
Lampiran : 1 Lembar.  
Perihal : Rapat lintas fungsi permasalahan di IBS.

Kepada Yth :  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati

Dengan Hormat

Berkaitan beberapa permasalahan- permasalahan lintas fungsi yang terjadi di Instalasi Bedah Sentral diantaranya :

1. Jadwal operasi cito yang tertunda
2. Pemakaian obat - obatan anestesi di Instalasi Bedah Sentral.

Mengingat hal tersebut sangat menyebabkan kelancaran pelayanan rebedahan di Instalasi Bedah Sentral, maka kami mohon dengan sangat untuk dapat kiranya dibahas ditingkat --

Komite Medik yang melibatkan :

1. SMF Anestesi & anggota.
2. SMF Kehidanan.
3. SMF Bedah.
4. IBS & Penata Anestesi

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Jakarta, 23 April 2007

Hormat Kami,

Dr. Chamim, Sp. OG (K)  
NIP 140 216 504

Tembusan :

1. Direktur Medik & Keperawatan.
2. Asip.

KOMITE MEDIK

DITERIMA 23/4/07 14.10

DITETAPKAN 23/4/07 16.30

jabarkan rapat  
Jumat. 27 April 2007  
Pukul 13.00 - 14.30 WIB  
Di R.R. (F. III)

## EVALUASI PELAKSANAAN PELAYANAN ANESTESI CITO DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUP FATMAWATI. BULAN JANUARI S/D APRIL 2007.

### 1. Bulan Januari 2007.

✓ Pelayanan Anestesi cito pada bulan Januari 2007 di Instalasi Bedah Sentral di laksanakan oleh Dokter konsulen Anestesi, sebanyak 114 Orang (Pasien). Dilakukan sesuai jadwal, tidak ada masalah, baik aspek pelayanan maupun dari aspek respon time antara 20 s/d 30 menit.

### 2. Bulan Februari 2007.

✓ Pelayanan Anestesi cito pada bulan Februari 2007 di Instalasi Bedah Sentral di laksanakan oleh Dokter konsulen Anestesi, sebanyak 101 Orang (Pasien). Dilakukan sesuai jadwal, tidak ada masalah, baik aspek pelayanan maupun dari aspek respon time antara 20 s/d 30 menit.

### 3. Bulan Maret 2007.

Pelayanan Anestesi cito pada bulan Maret 2007 di Instalasi Bedah Sentral di laksanakan oleh Dokter konsulen Anestesi, sebanyak 115 Orang (Pasien). Dilakukan sesuai jadwal, tidak ada masalah, baik aspek pelayanan maupun dari aspek respon time antara 20 s/d 30 menit.

Tetapi pada tanggal 15 maret 2007 terdapat 1 pasien dengan Fr. Tibie fibula pro Debridement dari IRD yang pelayanannya tertunda dengan kronologi sebagai berikut :

Pukul 24.00 WIB konsult Anestesi dari IRD, untuk rencana operasi jam 01.00 langsung konsult dokter anestesi, jawaban dokter Dody mau datang.

Pukul 01.00 Menghubungi dokter Dody mail box.

Pukul 02.00 Menghubungi lagi mail bok

Pukul 04.00 Menghubungi lagi mail bok lapor Duty Manager belum ada kejelasan.

Pukul 05.00 Menghubungi lagi masih mail bok Lapor Ka. Rawat Jaga.

Operasi akhirnya di lakukan pukul 10.00 WIB.

### 4. Bulan April 2007.

Pelayanan Anestesi cito pada bulan April 2007 di Instalasi Bedah Sentral di laksanakan oleh Dokter konsulen Anestesi dan Residen Anestesi. Dilakukan sesuai jadwal, tidak ada masalah, baik aspek pelayanan maupun dari aspek respon time antara 20 s/d 30 menit.

Hanya pada tanggal 11 April 2007 konsul pasien dengan rencana Appendektomi dari IRD pukul 13.00 WIB. Menunggu dokter residen bedah dan residen anestesi, datang pukul 18.30 WIB dan lakukan operasi pukul 18.45 WIB.

Jakarta 23 April 2007.

Mengetahui

Ka. Instalasi Bedah Sentral.

Dr. Chamim Sp. OG (K).  
Nip. 140 216 504

dodyfirmanda

Nomor : 04 / Komdik / IV/ 2007  
Lampiran : \*  
Perihal : Undangan

Jakarta, 24 April 2007

Kepada Yth.

.....  
RSUP Fatmawati  
Di  
Jakarta

Sehubungan dengan surat dari Kepala Instalasi Bedah Sentral tanggal 23 April 2007 nomor : 30 / IV / IBS / 07 perihal permintaan rapat pembahasan lintas fungsi permasalahan di Instalasi Bedah Sentral. Maka dengan ini kami mengundang Sejawat untuk menghadiri :

Tanggal : Jumat, 27 April 2007  
Pukul : 13.00 - 14.30 Wib  
Tempat : Ruang Rapat Lt. III RSUP Fatmawati  
Agenda acara :

13.00 - 13.10 Wib	Ketua Komite Medik membuka acara pembahasan dan membacakan Surat dari Kepala Instalasi Bedah Sentral
13.10 - 13.20 Wib	Klarifikasi dan tambahan data dari Kepala Instalasi Bedah Sentral
13.20 - 13.30 Wib	Tanggapan Ketua SMF Bedah, Ketua SMF Bedah Saraf.
13.30 - 13.40 Wib	Tanggapan Ketua SMF Orthopedi
13.40 - 13.50 Wib	Tanggapan Ketua SMF Kebidanan dan Penyakit Kandungan
13.50 - 14.00 Wib	Tanggapan Ketua SMF Mata
14.00 - 14.10 Wib	Tanggapan Ketua SMF THT
14.10 - 14.20 Wib	Tanggapan Ketua SMF Anestesi dan Staff
14.20 - 14.30 Wib	Diskusi

Demikian atas kehadiran Sejawat, kami sampaikan terima kasih.

Komite Medik RSUP Fatmawati,  
Ketua,



Dr. Dody Firmanda, SpA, MA  
NIP. 140 190 457

## Ruang Lingkup Pembahasan:

Masalah:  
Terganggunya Kelancaran Pelayanan  
Pembedahan di IBS

### Penyebab:

1. Jadwal Operasi Cito tertunda
2. Pemakaian obat obatan anestesi di IBS

dodyfirmanda

# OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006

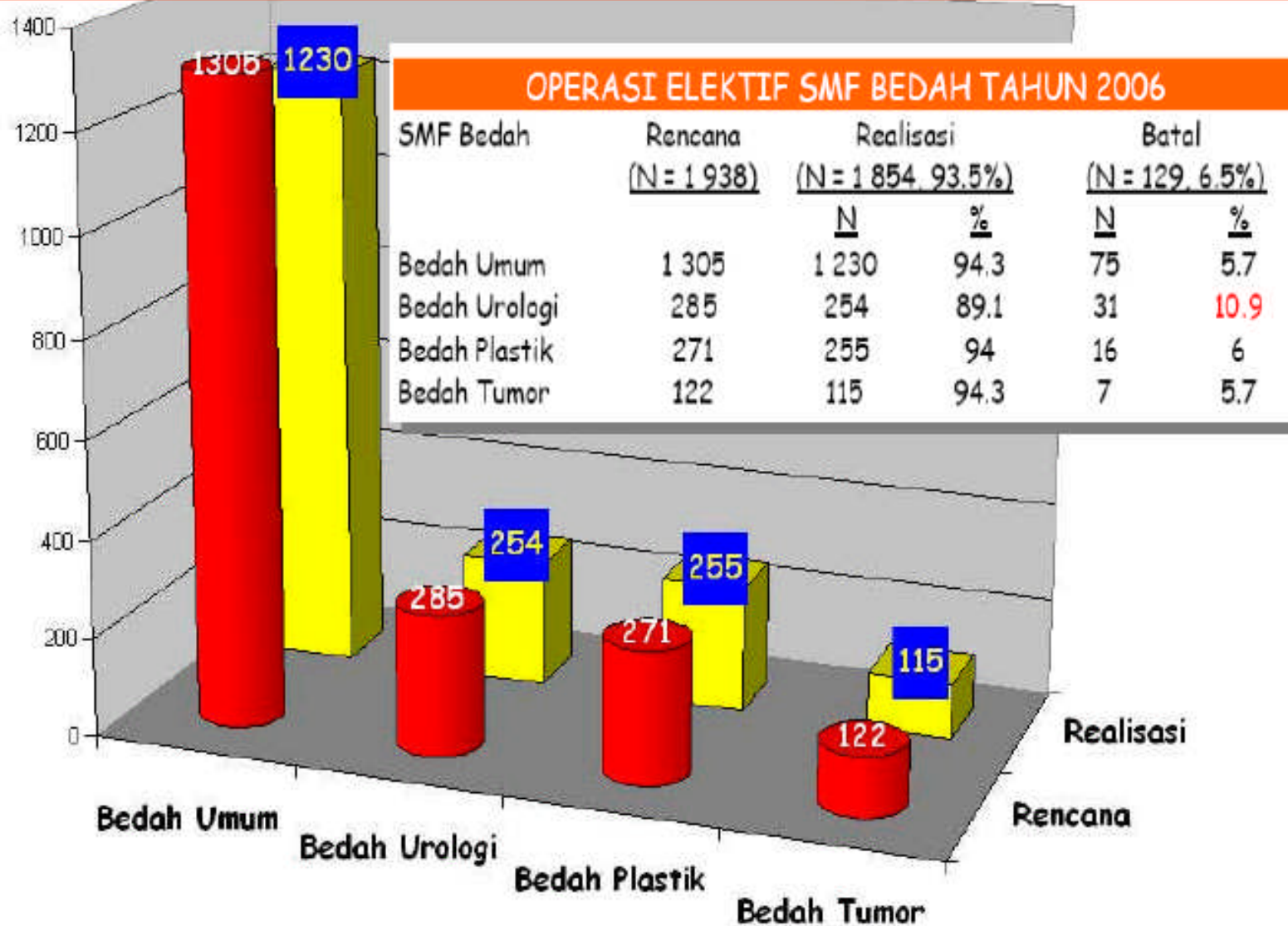


Monitoring, Evaluasi dan Analisis

dodyfirmanda



## ANALISIS OPERASI ELEKTIF 2006: SMF BEDAH



# ANALISIS OPERASI ELEKTIF 2006: BEDAH UMUM

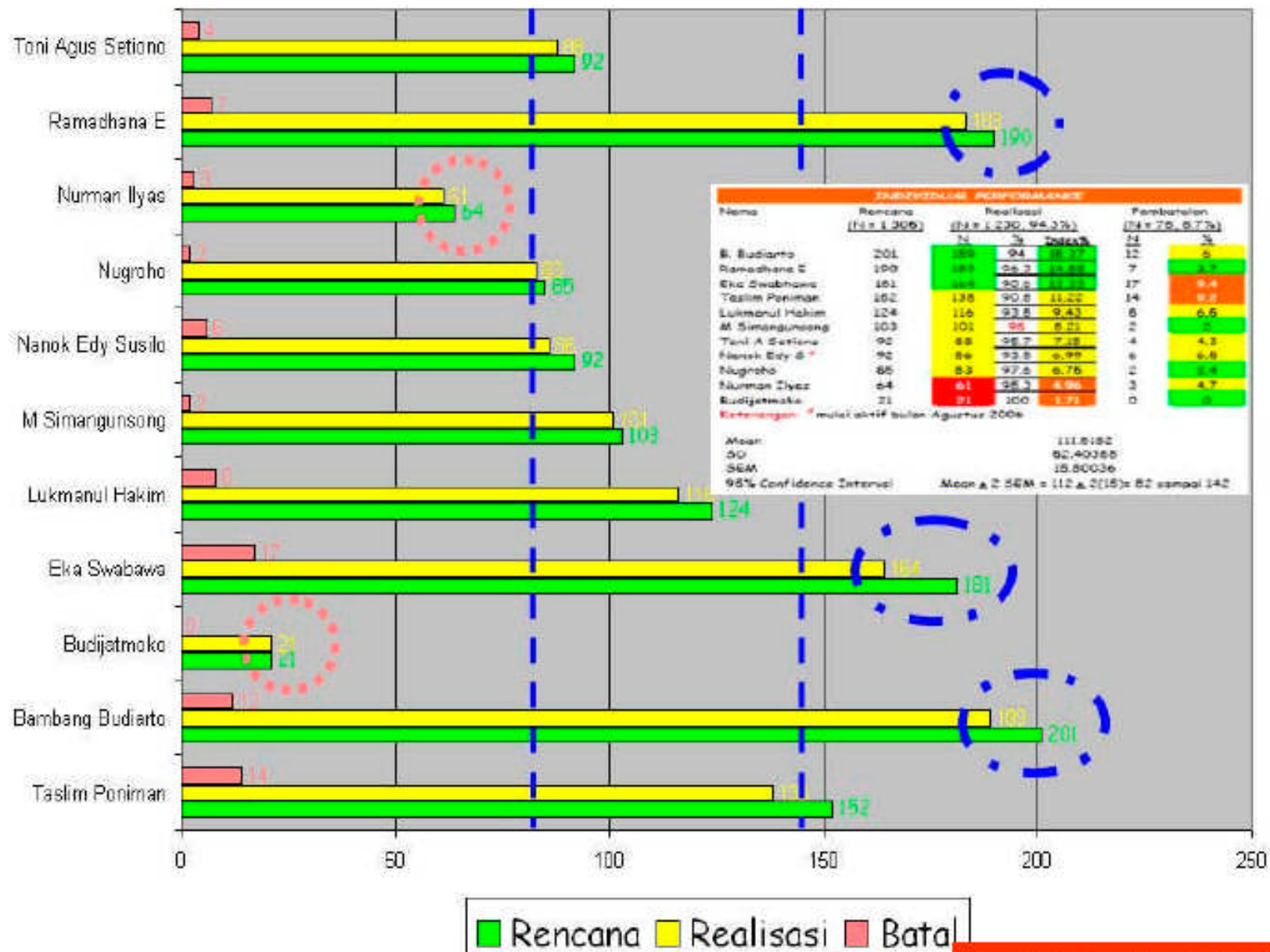


## INDIVIDUAL PERFORMANCE

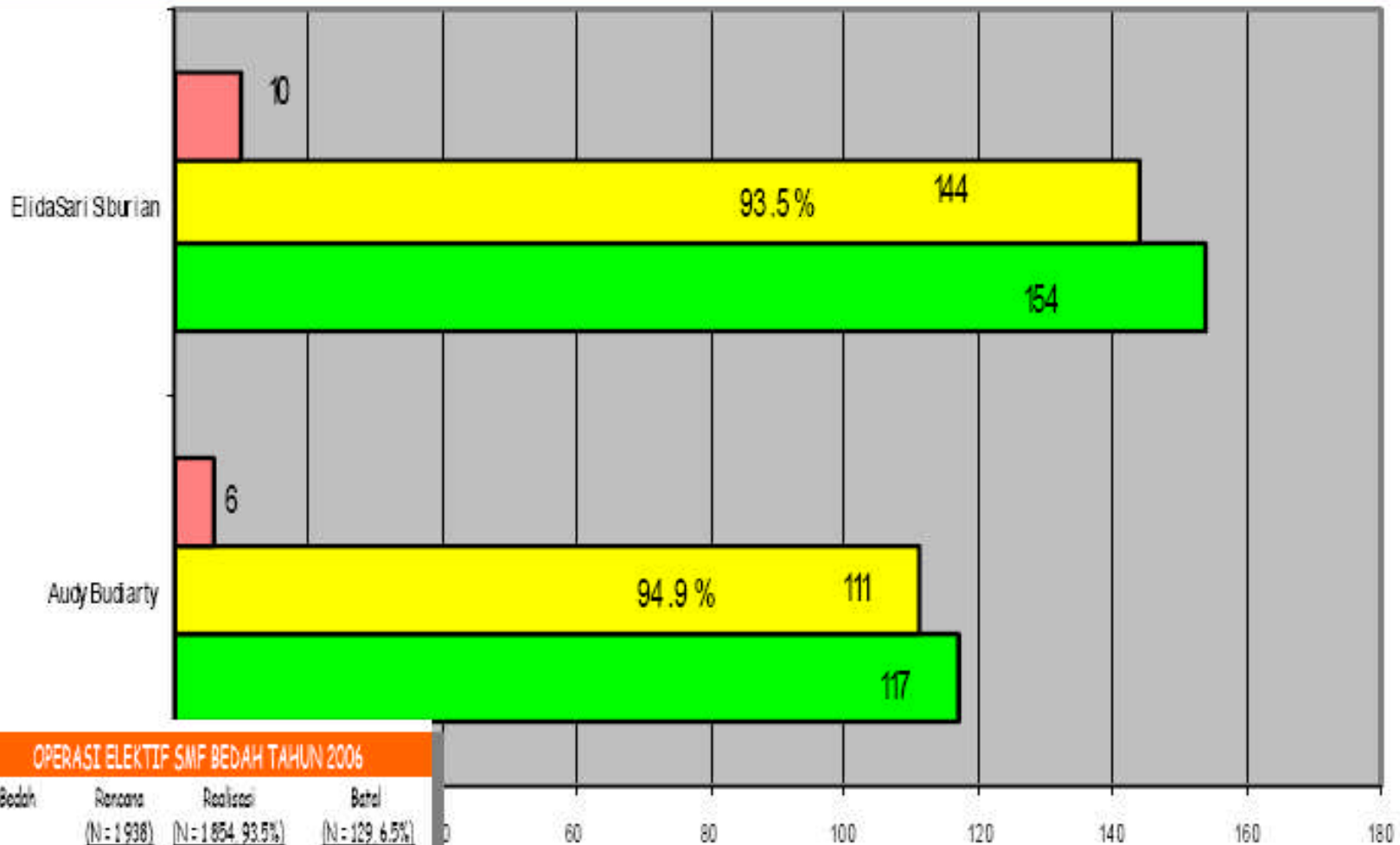
Nama	Rencana (N = 1 305)	Realisasi (N = 1 230, 94.3%)			Pembatalan (N = 75, 5.7%)	
		N	%	Index%	N	%
B. Budiarto	201	189	94	15.37	12	6
Ramadhana E	190	183	96.3	14.88	7	3.7
Eka Swabhawa	181	164	90.6	13.33	17	9.4
Taslim Poniman	152	138	90.8	11.22	14	9.2
Lukmanul Hakim	124	116	93.5	9.43	8	6.5
M Simangunsong	103	101	98	8.21	2	2
Toni A Setiono	92	88	95.7	7.15	4	4.3
Nanok Edy S <sup>#</sup>	92	86	93.5	6.99	6	6.5
Nugroho	85	83	97.6	6.75	2	2.4
Nurman Ilyas	64	61	95.3	4.96	3	4.7
Budijatmoko	21	21	100	1.71	0	0

Keterangan: <sup>#</sup> mulai aktif bulan Agustus 2006

Mean	111.8182
SD	52.40385
SEM	15.80036
95% Confidence Interval	Mean $\pm$ 2 SEM = 112 $\pm$ 2(15)= 82 sampai 142



## ANALISIS INDIVIDUAL PERFORMANCE OPERASI ELEKTIF 2006: BEDAH PLASTIK



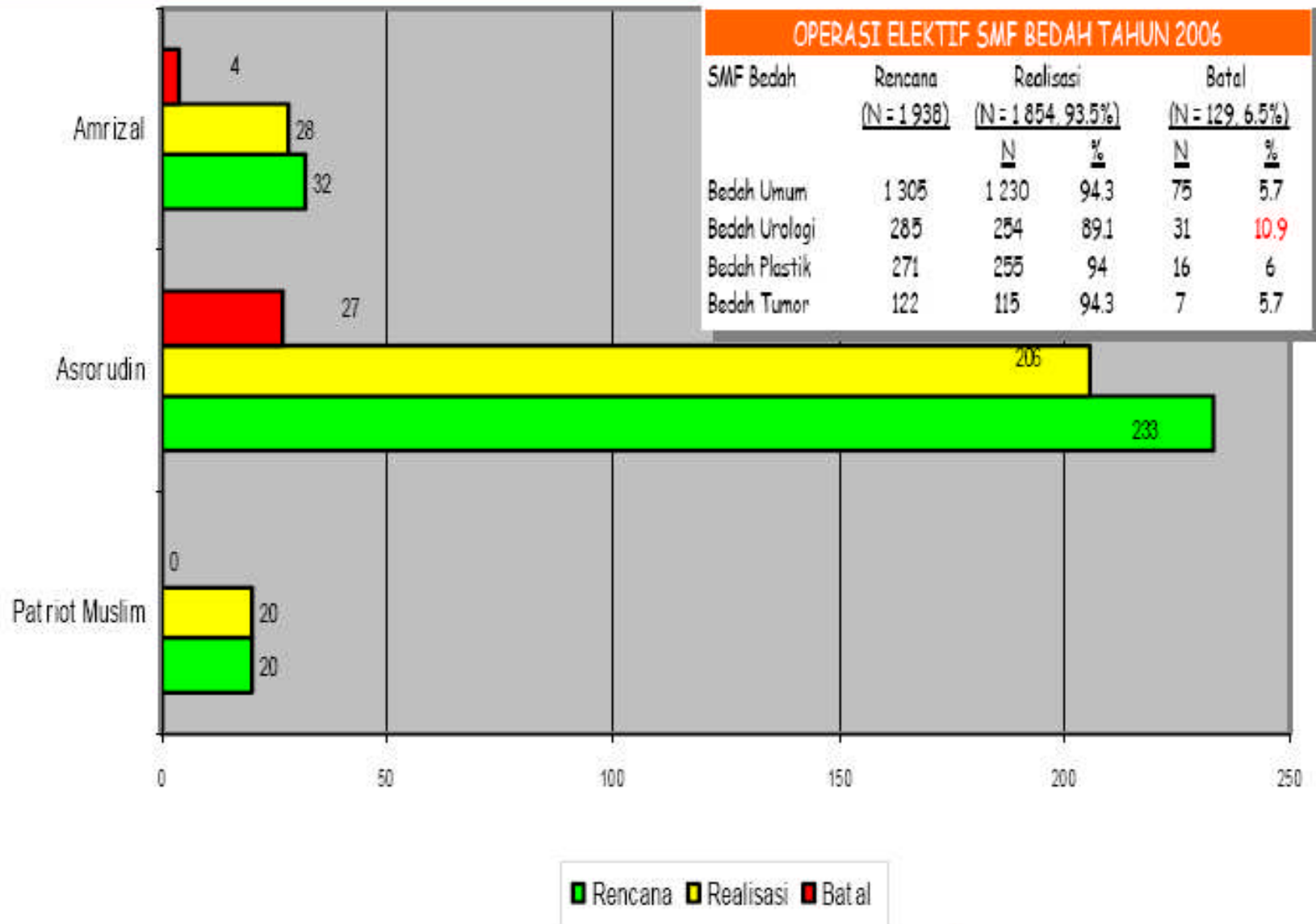
### OPERASI ELEKTIF SMF BEDAH TAHUN 2006

SMF Bedah	Rencana (N = 1938)		Realisasi (N = 1854 93.5%)		Batal (N = 129 6.5%)	
	N	%	N	%	N	%
Bedah Umum	1305		1230	94.3	75	5.7
Bedah Urologi	285		254	89.1	31	10.9
Bedah Plastik	271		255	94	16	6
Bedah Tumor	122		115	94.3	7	5.7

■ Rencana 
 ■ Realisasi 
 ■ Batal

dodyfirmanda, 17 Januari 2007

## ANALISIS INDIVIDUAL PERFORMANCE OPERASI ELEKTIF 2006: BEDAH UROLOGI

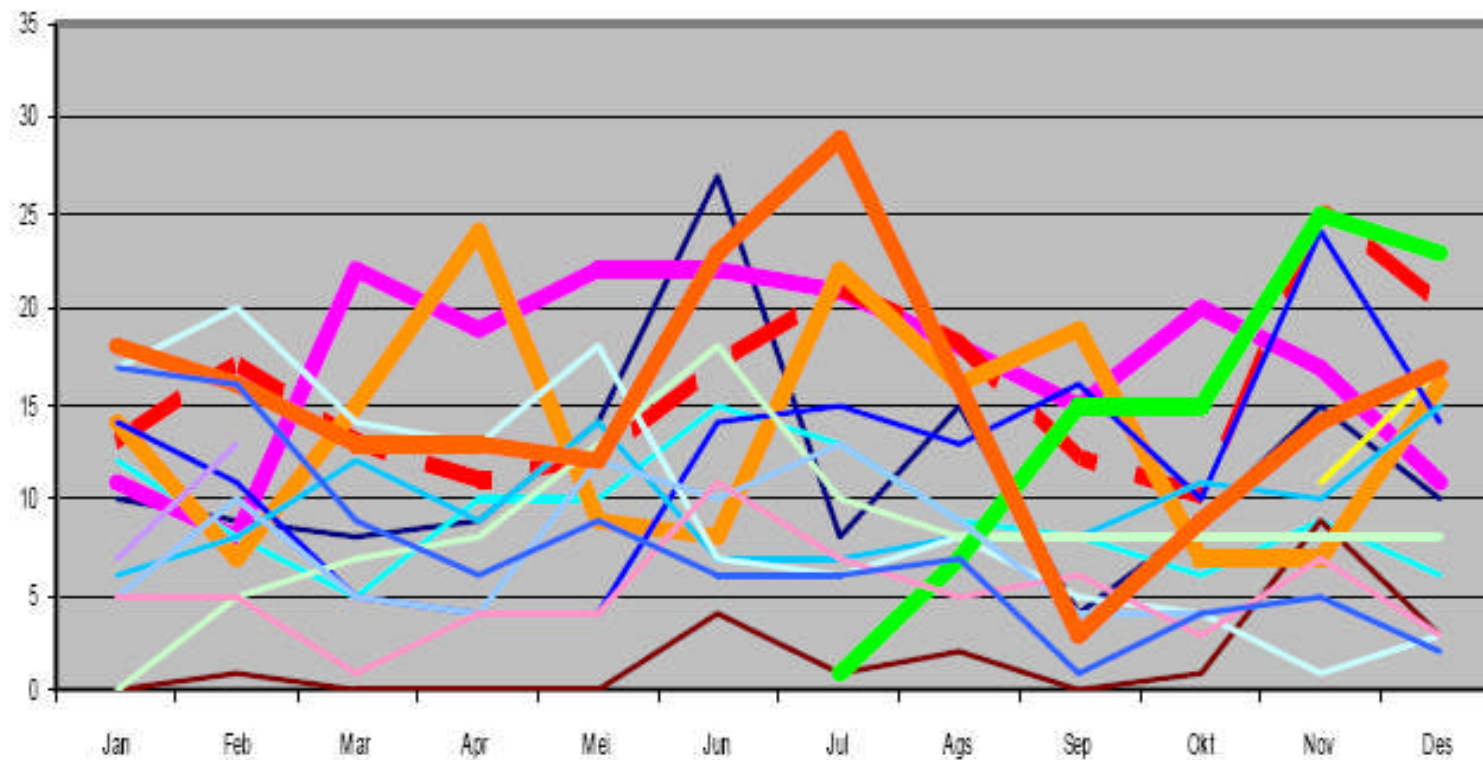


## MONITORING BULANAN OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006: SMF BEDAH

REALISASI OPERASI EFEKTIF TAHUN 2006: SMF BEDAH													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	JUMLAH
Taslim Poniman	10	9	8	9	14	27	8	15	4	9	15	10	138
Asrorudin	11	8	22	19	22	22	21	18	15	20	17	11	206
Amrizal											11	17	28
Audy Budiarty	12	8	5	10	10	15	13	9	8	6	9	6	111
Bambang Budiarto	13	17	13	11	12	17	21	18	12	10	25	20	189
Budijatmoko	0	1	0	0	0	4	1	2	0	1	9	3	21
Eka Swabawa	14	7	15	24	9	8	22	16	19	7	7	16	164
Elida Sari Siburian	14	11	5	4	4	14	15	13	16	10	24	14	144
Ismairin Oesman	6	8	12	9	14	7	7	8	8	11	10	15	115
Lukmanul Hakim	17	20	14	13	18	7	6	8	5	4	1	3	116
M Simangunsong	0	5	7	8	13	18	10	8	8	8	8	8	101
Nanok Edy Susilo							1	7	15	15	25	23	86
Nugroho	5	10	5	4	12	10	13	9	4	4	5	2	83
Nurman Ilyas	5	5	1	4	4	11	7	5	6	3	7	3	61
Patriot Muslim	7	13											20
Ramadhana E	18	16	13	13	12	23	29	16	3	9	14	17	183
Toni Agus Setiono	17	16	9	6	9	6	6	7	1	4	5	2	88
<b>JUMLAH</b>	<b>149</b>	<b>154</b>	<b>129</b>	<b>134</b>	<b>153</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>159</b>	<b>124</b>	<b>121</b>	<b>192</b>	<b>170</b>	<b>1854</b>

dodyfirmanda, 17 Januari 2007

## MONITORING BULANAN OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006: SMF BEDAH



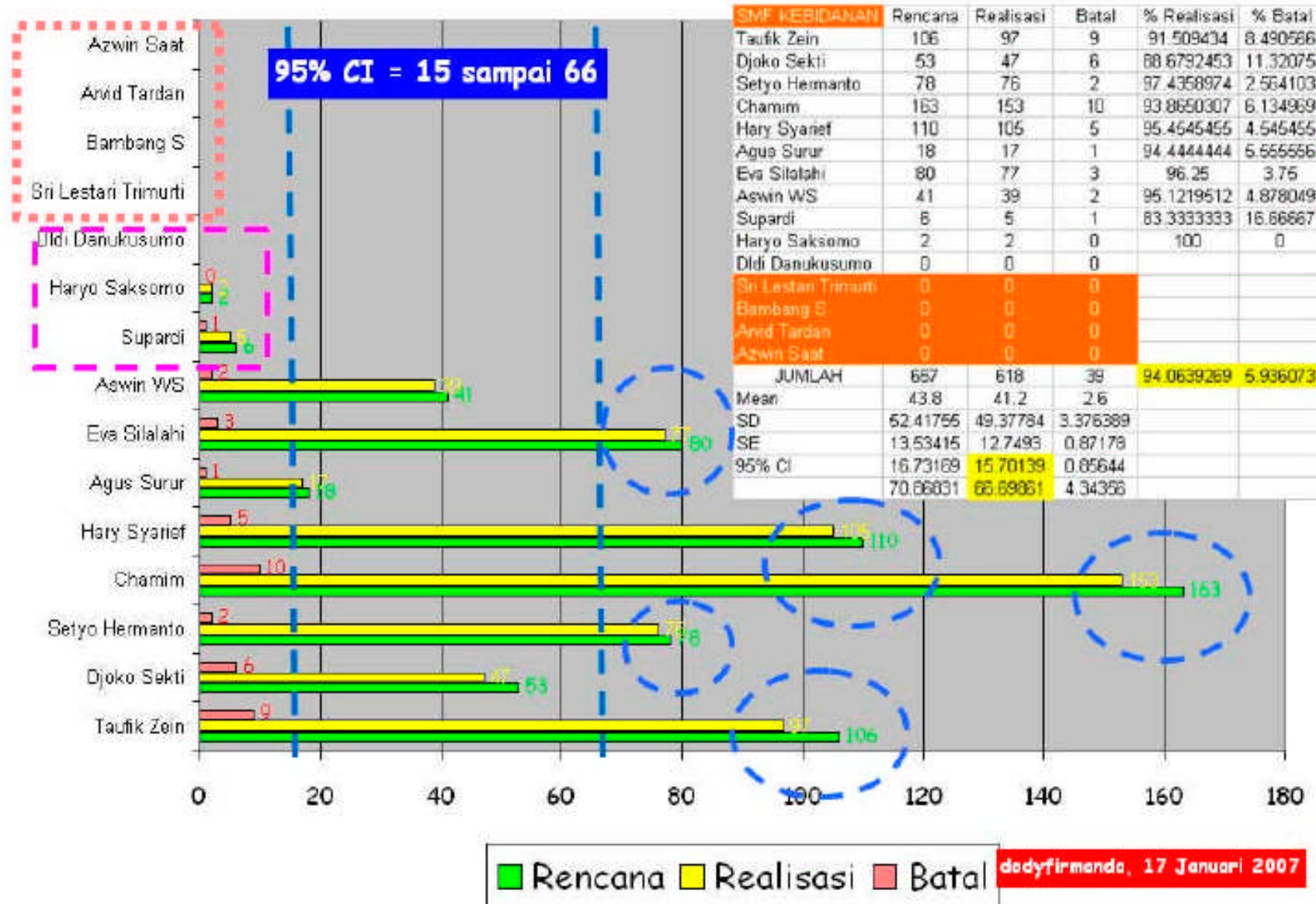
dodyfirmanda, 17 Januari 2007

## ANALISIS OPERASI ELEKTIF 2006: KEBIDANAN & KANDUNGAN

SMF KEBIDANAN	Rencana	Realisasi	Batal	% Realisasi	% Batal
Taufik Zein	106	97	9	91.509434	8.490566
Djoko Sekti	53	47	6	88.6792453	11.32075
Setyo Hermanto	78	76	2	97.4358974	2.564103
Chamim	163	153	10	93.8650307	6.134969
Hary Syarief	110	105	5	95.4545455	4.545455
Agus Surur	18	17	1	94.4444444	5.555556
Eva Silalahi	80	77	3	96.25	3.75
Aswin WS	41	39	2	95.1219512	4.878049
Supardi	6	5	1	83.3333333	16.66667
Haryo Saksomo	2	2	0	100	0
Dldi Danukusuma	0	0	0		
Sri Lestari Trimurti	0	0	0		
Bambang S	0	0	0		
Arid Tardan	0	0	0		
Azwin Saat	0	0	0		
JUMLAH	657	618	39	94.0639269	5.936073
Mean	43.8	41.2	2.6		
SD	52.41755	49.37784	3.376389		
SE	13.53415	12.7493	0.87178		
95% CI	16.73169	15.70139	0.85644		
	70.86831	66.69861	4.34356		



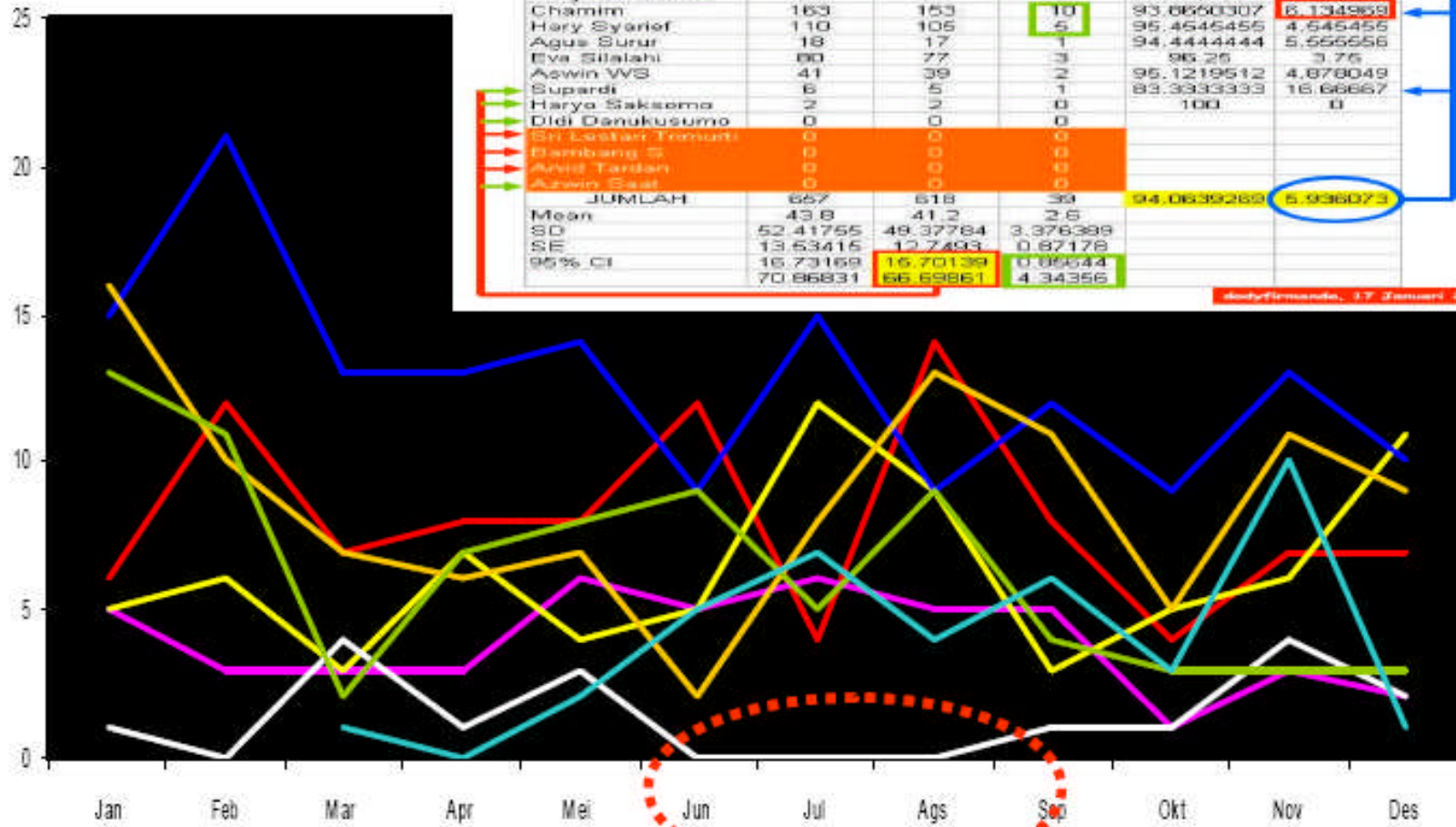
## ANALISIS: INDIVIDUAL PERFORMANCE SMF KEBIDANAN & KANDUNGAN 2006



**ANALISIS OPERASI ELEKTIF 2006: KEBIDANAN & KANDUNGAN**

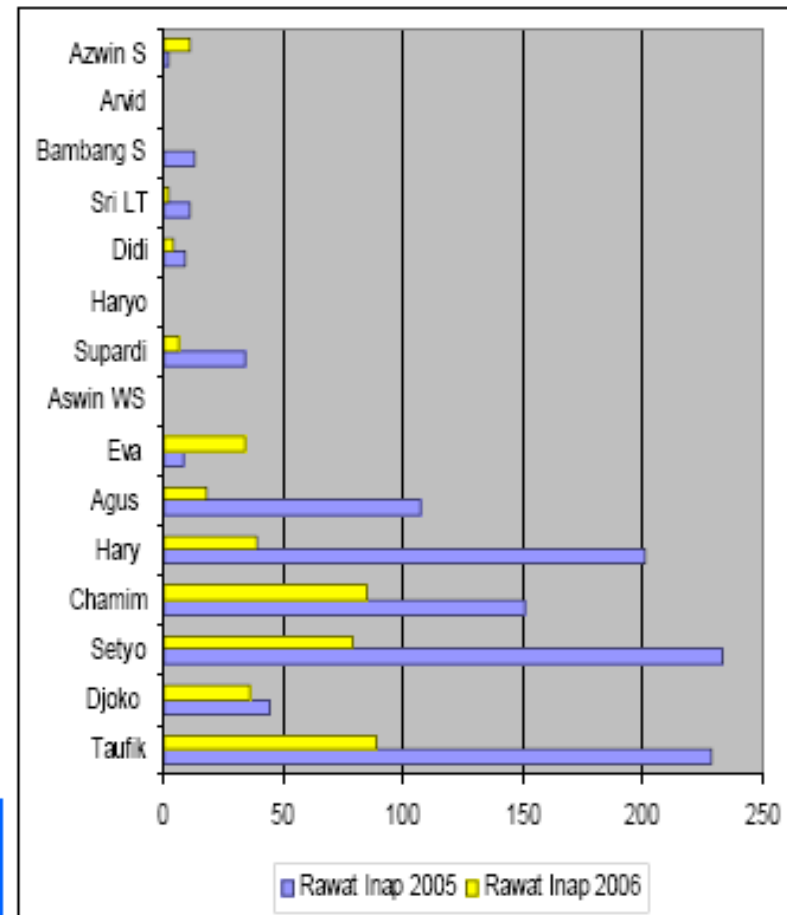
SMP KEBIDANAN	Rencana	Realisasi	Batal	% Realisasi	% Batal
Taufik Zein	106	87	8	81,609434	8,490565
Djoko Sekti	53	47	6	88,6792453	11,32075
Setyo Hermanto	78	76	2	97,4358974	2,564103
Chamim	163	153	10	93,8650307	6,134969
Hary Syarif	110	105	5	95,4545455	4,545455
Agus Surur	18	17	1	94,4444444	5,555556
Eva Silalahi	60	77	3	95,25	3,75
Aswin WS	41	39	2	95,1219512	4,878049
Supardi	5	5	1	89,3333333	10,66667
Harya Saksoma	2	2	0	100	0
Didi Danukusumo	0	0	0		
SH Lestari Triandati	0	0	0		
Dambang S	0	0	0		
Arif Tardan	0	0	0		
Aswin Saal	0	0	0		
<b>JUMLAH</b>	<b>667</b>	<b>618</b>	<b>39</b>	<b>94,0639269</b>	<b>5,936073</b>
Mean	43,8	41,2	2,6		
SD	52,41755	49,37784	3,376389		
SE	13,63416	12,7493	0,87178		
95% CI	16,73169	15,70139	0,89544		
	70,86831	66,69861	4,34356		

dodyfirmanda, 17 Januari 2007



dodyfirmanda, 17 Januari 2007

Nama	Rawat Inap 2005	Rawat Inap 2006
Taufik	229	89
Djoko	44	36
Setyo	234	79
Chamim	151	85
Haryo	201	39
Agus	107	18
Eva	8	34
Aswin WS		
Supardi	34	6
Haryo		
Didi	9	4
Sri LT	11	2
Bambang S	13	1
Arvid	0	0
Azwin S	2	11
<b>JUMLAH</b>	<b>1043</b>	<b>404</b>
Mean	80.23076923	31.07692308
SD	92.05899725	33.30030415
SE	25.53257192	9.235842623



## ANALISIS: *INDIVIDUAL PERFORMANCE SMF BEDAH ORTHOPEDIK* UNTUK OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006

REALISASI OPERASI EFEKTIF TAHUN 2006: SMF BEDAH ORTHOPEDIK													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	JUMLAH
Bambang Nugroho	3	14	12	11	13	24	18	11	17	10	2	6	141
Andre Pontoh	1	5	4	3	5	0	4	5	0	6	4	1	38
Luthfi Gatam	11	11	10	7	11	6	12	9	15	13	17	10	132
Sofyanudin	6	1	0	1	1	5	5	4	1	2	4	5	35
Lukman Shebubakar	18	9	17	8	6	5	11	17	0	0	0	0	91
Didik Librianto								1	20	7	15	24	67
JUMLAH	39	40	43	30	36	40	50	47	53	38	42	46	504
MEAN	7.8	8	8.6	6	7.2	8	10	7.833333	8.833333	6.333333	7	7.666667	84
		Dibawah rata rata								MEAN TAHUN 2006		84	
												SD	45.62455
												SE	18.62615
<b>95% Confidence Interval = 84 ± 36</b>													

**UTILITAS DI KAMAR BERSALIN  
JANUARI - DESEMBER 2006**

BULAN	TINDAKAN	JUMLAH KEGIATAN	DISTRIBUSI				KETERANGAN	
			SpOG	%	Residen	%		Bidan
JANUARI	VISITE	220					Pasien pribadi o/ SpOG	
	Curet	18	0	0,00	18	100,00	0 0,00	Pasien KIs III / Umum
	EV / Forcep	12	0	0,00	12	100,00	0 0,00	o/ residen ( Visite )
	Partus Normal	96	22	22,92	0	0,00	74	77,08
	Sectio Cesaria	68	13	19,12	55	80,88	0	0,00
FEBRUARI	VISITE	166						
	Curet	20	0	0,00	20	100,00	0	0,00
	EV/ Forcep	6	1	16,67	5	83,33	0	0,00
	Partus Normal	93	10	10,75	25	26,88	81	87,10
	Sectio Cesaria	39	14	35,90	25	64,10	0	0,00
MARET	VISITE	208						
	Curet	25	1	4,00	24	96,00	0	0,00
	EV/ Forcep	11	1	9,09	10	90,91	0	0,00
	Partus Normal	81	4	4,94	17	16,05	64	79,01
	Sectio Cesaria	48	6	12,50	42	87,50	0	0,00
APRIL	VISITE	242						
	Curet	31	0	0,00	31	100,00	0	0,00
	EV/ Forcep	6	2	33,33	4	66,67	0	0,00
	Partus Normal	112	10	8,93	5	4,46	91	81,25
	Sectio Cesaria	54	15	27,78	39	72,22	0	0,00
MEI	VISITE	229						
	Curet	27	0	0,00	27	100,00	0	0,00
	EV/ Forcep	5	1	20,00	4	80,00	0	0,00
	Partus Normal	95	14	14,74	5	5,26	76	80,00
	Sectio Cesaria	75	9	12,00	66	88,00	0	0,00
JUNI	VISITE	221						
	Curet	15	0	0,00	15	100,00	0	0,00
	EV/ Forcep	5	3	60,00	2	40,00	0	0,00
	Partus Normal	120	12	10,00	10	8,33	98	81,67
	Sectio Cesaria	71	20	28,17	51	71,83	0	0,00

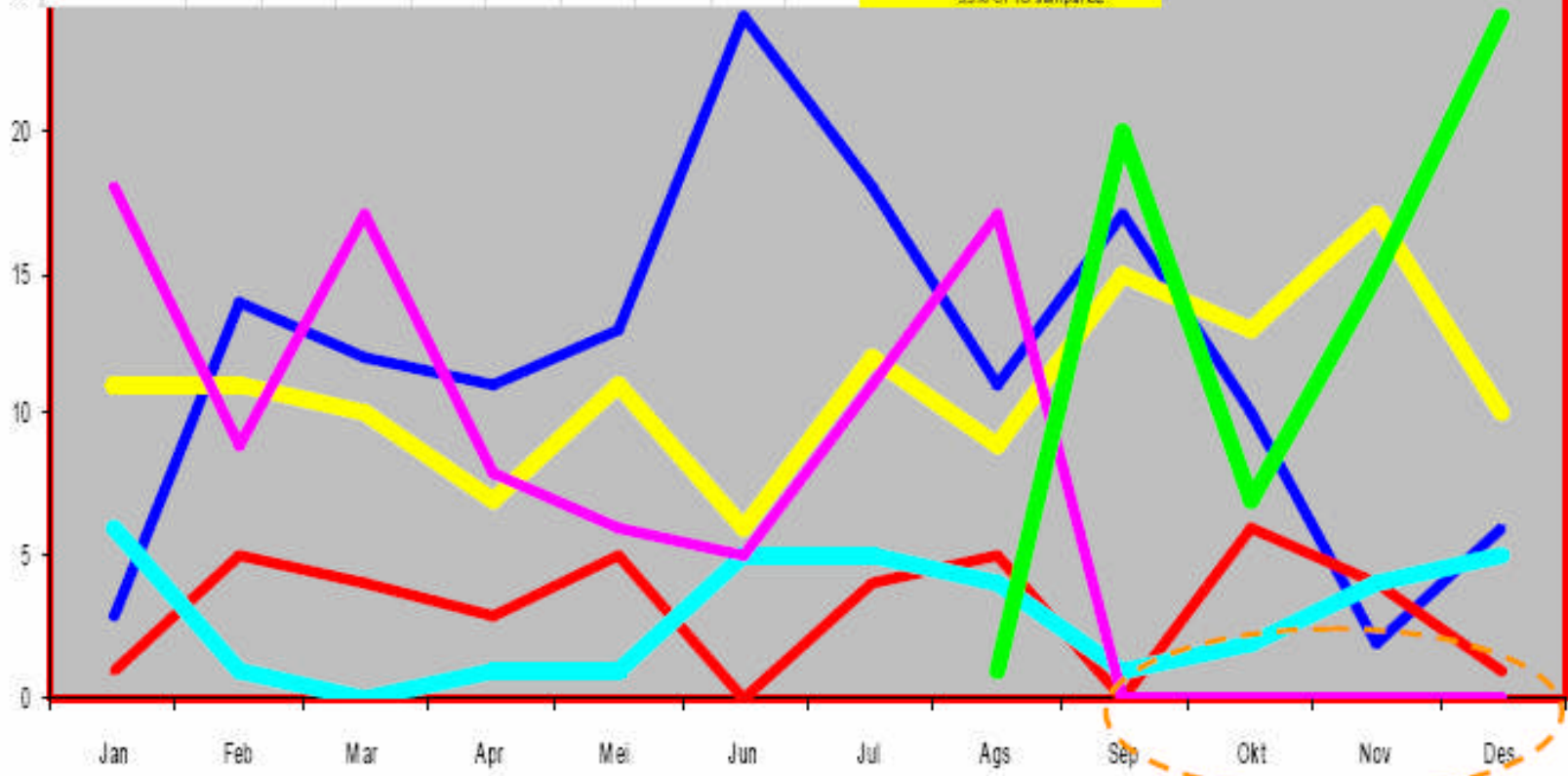
dodyfirmanda

**UTILITAS DI KAMAR BERSALIN  
JANUARI - DESEMBER 2006**

BULAN	TINDAKAN	JUMLAH KEGIATAN	PELAKSANA						KETERANGAN
			SpOG	%	Residen	%	Bidan	%	
JULI	VISITE	227							
	Curet	21	0	0,00	21	100,00	0	0,00	
	EV/ Forcep	18	4	22,22	14	77,78	0	0,00	
	Partus Normal	86	11	12,79	4	4,65	71	82,56	
	Sectio Cesaria	64	39	60,94	2	39,00	0	0,00	
AGUSTUS	VISITE	178							
	Curet	17	3	17,65	14	82,35	0	0,00	
	EV/ Forcep	5	0	0,00	5	100,00	0	0,00	
	Partus Normal	102	14	13,73	7	6,86	81	79,41	
	Sectio Cesaria	70	16	22,86	5	77,14	0	0,00	
SEPTEMBER	VISITE	241							
	Curet	27	2	7,41	25	92,59	0	0,00	
	EV/ Forcep	16	0	0,00	16	100,00	0	0,00	
	Partus Normal	123	22	17,89	10	8,13	91	73,98	
	Sectio Cesaria	42	13	30,95	2	69,00	0	0,00	
OKTOBER	VISITE	279							
	Curet	12	0	0,00	12	100,00	0	0,00	
	EV/ Forcep	19	0	0,00	19	100,00	0	0,00	
	Partus Normal	111	20	18,02	8	7,21	83	74,77	
	Sectio Cesaria	61	13	21,31	4	78,69	0	0,00	
NOVEMBER	VISITE	204							
	Curet	27	2	7,41	25	92,59	0	0,00	
	EV/ Forcep	11	0	0,00	11	100,00	0	0,00	
	Partus Normal	120	10	8,33	10	8,33	100	83,33	
	Sectio Cesaria	65	8	12,31	5	87,69	0	0,00	
DESEMBER	VISITE	215							
	Curet	18	2	11,11	16	88,89	0	0,00	
	EV/ Forcep	11	2	18,18	9	81,82	0	0,00	
	Partus Normal	132	10	7,58	7	5,30	115	87,12	
	Sectio Cesaria	63	21	33,33	4	66,67	0	0,00	

REALISASI OPERASI EFEKTIF TAHUN 2006: SWF BEDAH ORTHOPEDIK													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	JUMLAH
Bambang Nugroho	3	14	12	11	13	24	18	11	17	10	2	8	141
Andri Pontoh	1	5	4	3	5	0	4	5	0	6	4	1	38
Luthfi Gatam	11	11	10	7	11	6	12	9	15	13	17	10	132
Sofyanudin	6	1	0	1	1	5	5	4	1	2	4	5	35
Lukman Shebubakar	18	9	17	8	6	5	11	17	0	0	0	0	91
Didik Librianto								1	20	7	15	24	67
JUMLAH	39	40	43	30	36	40	50	47	53	38	42	46	584
MEAN	7.8	8	8.6	6	7.2	8	10	7.833333	8.833333	6.333333	7	7.666667	84
	Dibawah rata-rata												
	MEAN TAHUN 2006: 84												
	SD: 45.62455												
	SE: 18.62615												
	95% CI: 10 sampai 82												

## OPERASI ELEKTIF BEDAH ORTHOPEDIK TAHUN 2006



— Bambang Nugroho   
 — Andri Pontoh   
 — Luthfi Gatam   
 — Sofyanudin   
 — Lukman Shebubakar   
 — Didik Librianto

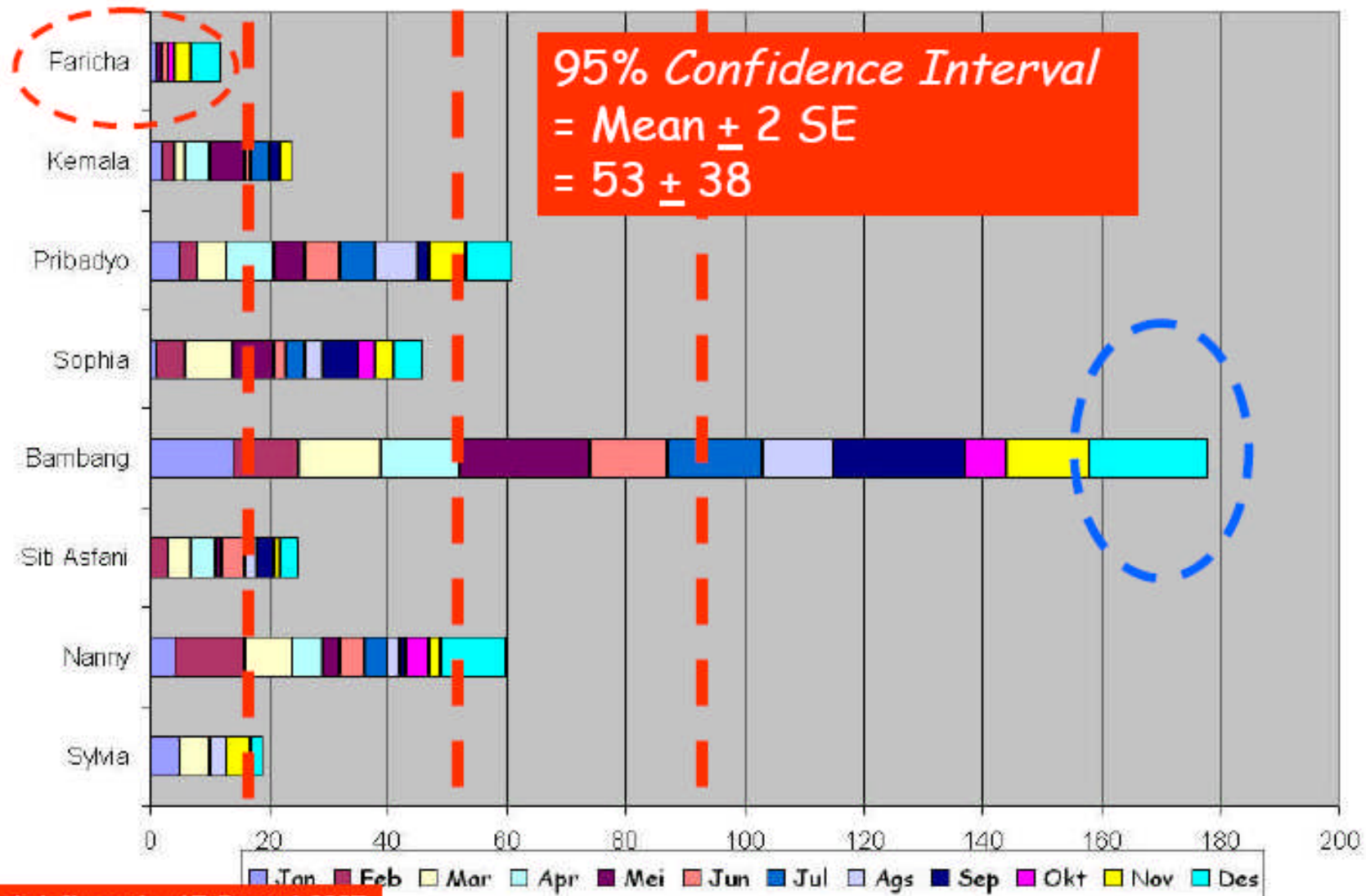
dodyfirmada, 17 Januari 2007

## ANALISIS: *INDIVIDUAL PERFORMANCE SMF MATA* UNTUK OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006

REALISASI OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006: SMF MATA														
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	JUMLAH	%
Syha	5	0	5	0	0	0	0	3	0	0	4	2	19	4.470588
Nanny	4	12	8	5	3	4	4	2	1	4	2	11	60	14.11765
Siti Asfani	0	3	4	4	1	4	0	2	3	0	1	3	25	5.882353
Bambang	14	11	14	13	22	13	16	12	22	7	14	20	178	41.88235
Sophia	1	5	8	0	7	2	3	3	6	3	3	5	46	10.82353
Pribadyo	5	3	5	8	5	6	6	7	2	0	6	8	61	14.35294
Kemala	2	2	2	4	6	1	3	0	2	0	2	0	24	5.647059
Faricha	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3	5	12	2.823529
JUMLAH	32	36	46	34	45	31	32	29	36	15	35	54	425	100
MEAN	4	4.5	5.75	4.25	5.625	3.875	4	3.625	4.5	1.875	4.375	6.75	53.125	12.5
								Dibawah rata rata		MEAN TAHUN 2006			53	
										SD			53.78379	
										SE			19.01544	
										95% CI			15 sampai 91	



## ANALISIS: *INDIVIDUAL PERFORMANCE SMF MATA* UNTUK OPERASI ELEKTIF TAHUN 2006



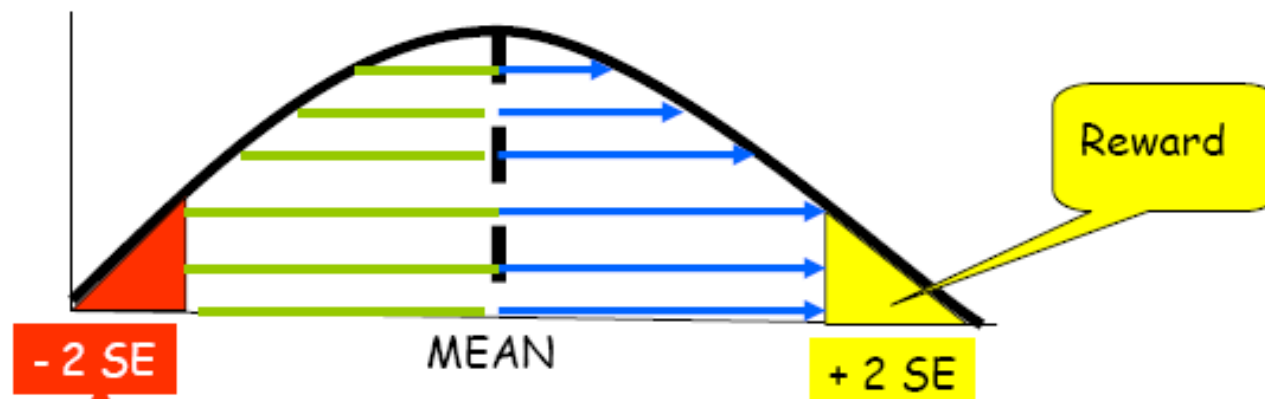
dodyfirmanda, 17 Januari 2007

**KESIMPULAN: Baseline Individual Performance 2006**

**95% Confidence Interval = Mean  $\pm$  2 SE**

1. Dokter Bedah	112 $\pm$ 30
2. Dokter Orthopedik	84 $\pm$ 36
3. Dokter Mata	53 $\pm$ 38
4. Dokter Kebidanan & Kandungan	41 $\pm$ 24

**Renstra: Target naik 5 % dalam 5 tahun**



**Bagaimana untuk yang diluar kurva normal (*under performance - 2 SE*) ???**

## PERLINDUNGAN HUKUM & RISIKO TANGGUNG GUGAT

PERDATA

RS

Dokter

PIDANA

RS/Dokter

MKDKI

Dokter

Standar Pelayanan  
Kedokteran



Gambar 23. Hubungan *Clinical Pathways* dengan perlindungan hukum dan risiko tanggung gugat.

dodyfirmanda

**KLINIK KOMITE MEDIS RS. FATMAWATI**

**CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRUG CASEMIX  
SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA  
BRONKIOLITIS AKUT  
2025**

Nama Dokter (NIK Cepher)	Umur	Berat Badan	Tinggi Badan	Tempo Pulsa (Mn)
	12 th	12 kg	100 cm	90 / 100
Diagnosis Awal	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis	Diagnosis
1. Bronkiolitis Akut	1. Bronkiolitis Akut	1. Bronkiolitis Akut	1. Bronkiolitis Akut	1. Bronkiolitis Akut
2. ...	2. ...	2. ...	2. ...	2. ...
3. ...	3. ...	3. ...	3. ...	3. ...
4. ...	4. ...	4. ...	4. ...	4. ...
5. ...	5. ...	5. ...	5. ...	5. ...
6. ...	6. ...	6. ...	6. ...	6. ...
7. ...	7. ...	7. ...	7. ...	7. ...
8. ...	8. ...	8. ...	8. ...	8. ...
9. ...	9. ...	9. ...	9. ...	9. ...
10. ...	10. ...	10. ...	10. ...	10. ...
11. ...	11. ...	11. ...	11. ...	11. ...
12. ...	12. ...	12. ...	12. ...	12. ...
13. ...	13. ...	13. ...	13. ...	13. ...
14. ...	14. ...	14. ...	14. ...	14. ...
15. ...	15. ...	15. ...	15. ...	15. ...
16. ...	16. ...	16. ...	16. ...	16. ...
17. ...	17. ...	17. ...	17. ...	17. ...
18. ...	18. ...	18. ...	18. ...	18. ...
19. ...	19. ...	19. ...	19. ...	19. ...
20. ...	20. ...	20. ...	20. ...	20. ...
21. ...	21. ...	21. ...	21. ...	21. ...
22. ...	22. ...	22. ...	22. ...	22. ...
23. ...	23. ...	23. ...	23. ...	23. ...
24. ...	24. ...	24. ...	24. ...	24. ...
25. ...	25. ...	25. ...	25. ...	25. ...
26. ...	26. ...	26. ...	26. ...	26. ...
27. ...	27. ...	27. ...	27. ...	27. ...
28. ...	28. ...	28. ...	28. ...	28. ...
29. ...	29. ...	29. ...	29. ...	29. ...
30. ...	30. ...	30. ...	30. ...	30. ...
31. ...	31. ...	31. ...	31. ...	31. ...
32. ...	32. ...	32. ...	32. ...	32. ...
33. ...	33. ...	33. ...	33. ...	33. ...
34. ...	34. ...	34. ...	34. ...	34. ...
35. ...	35. ...	35. ...	35. ...	35. ...
36. ...	36. ...	36. ...	36. ...	36. ...
37. ...	37. ...	37. ...	37. ...	37. ...
38. ...	38. ...	38. ...	38. ...	38. ...
39. ...	39. ...	39. ...	39. ...	39. ...
40. ...	40. ...	40. ...	40. ...	40. ...
41. ...	41. ...	41. ...	41. ...	41. ...
42. ...	42. ...	42. ...	42. ...	42. ...
43. ...	43. ...	43. ...	43. ...	43. ...
44. ...	44. ...	44. ...	44. ...	44. ...
45. ...	45. ...	45. ...	45. ...	45. ...
46. ...	46. ...	46. ...	46. ...	46. ...
47. ...	47. ...	47. ...	47. ...	47. ...
48. ...	48. ...	48. ...	48. ...	48. ...
49. ...	49. ...	49. ...	49. ...	49. ...
50. ...	50. ...	50. ...	50. ...	50. ...
51. ...	51. ...	51. ...	51. ...	51. ...
52. ...	52. ...	52. ...	52. ...	52. ...
53. ...	53. ...	53. ...	53. ...	53. ...
54. ...	54. ...	54. ...	54. ...	54. ...
55. ...	55. ...	55. ...	55. ...	55. ...
56. ...	56. ...	56. ...	56. ...	56. ...
57. ...	57. ...	57. ...	57. ...	57. ...
58. ...	58. ...	58. ...	58. ...	58. ...
59. ...	59. ...	59. ...	59. ...	59. ...
60. ...	60. ...	60. ...	60. ...	60. ...
61. ...	61. ...	61. ...	61. ...	61. ...
62. ...	62. ...	62. ...	62. ...	62. ...
63. ...	63. ...	63. ...	63. ...	63. ...
64. ...	64. ...	64. ...	64. ...	64. ...
65. ...	65. ...	65. ...	65. ...	65. ...
66. ...	66. ...	66. ...	66. ...	66. ...
67. ...	67. ...	67. ...	67. ...	67. ...
68. ...	68. ...	68. ...	68. ...	68. ...
69. ...	69. ...	69. ...	69. ...	69. ...
70. ...	70. ...	70. ...	70. ...	70. ...
71. ...	71. ...	71. ...	71. ...	71. ...
72. ...	72. ...	72. ...	72. ...	72. ...
73. ...	73. ...	73. ...	73. ...	73. ...
74. ...	74. ...	74. ...	74. ...	74. ...
75. ...	75. ...	75. ...	75. ...	75. ...
76. ...	76. ...	76. ...	76. ...	76. ...
77. ...	77. ...	77. ...	77. ...	77. ...
78. ...	78. ...	78. ...	78. ...	78. ...
79. ...	79. ...	79. ...	79. ...	79. ...
80. ...	80. ...	80. ...	80. ...	80. ...
81. ...	81. ...	81. ...	81. ...	81. ...
82. ...	82. ...	82. ...	82. ...	82. ...
83. ...	83. ...	83. ...	83. ...	83. ...
84. ...	84. ...	84. ...	84. ...	84. ...
85. ...	85. ...	85. ...	85. ...	85. ...
86. ...	86. ...	86. ...	86. ...	86. ...
87. ...	87. ...	87. ...	87. ...	87. ...
88. ...	88. ...	88. ...	88. ...	88. ...
89. ...	89. ...	89. ...	89. ...	89. ...
90. ...	90. ...	90. ...	90. ...	90. ...
91. ...	91. ...	91. ...	91. ...	91. ...
92. ...	92. ...	92. ...	92. ...	92. ...
93. ...	93. ...	93. ...	93. ...	93. ...
94. ...	94. ...	94. ...	94. ...	94. ...
95. ...	95. ...	95. ...	95. ...	95. ...
96. ...	96. ...	96. ...	96. ...	96. ...
97. ...	97. ...	97. ...	97. ...	97. ...
98. ...	98. ...	98. ...	98. ...	98. ...
99. ...	99. ...	99. ...	99. ...	99. ...
100. ...	100. ...	100. ...	100. ...	100. ...

LAKS. TAMAN No. 07000-  
No. 2. 001. 001

Hanya dari selembarnya  
**Clinical Pathways**  
dapat mengetahui:

- Biaya**
1. Jasa medis
  2. Pemeriksaan Diagnostik
  3. Operasi
  4. Obat obatan

**Mutu Pelayanan:**

- Audit Medis
- Formularium Obat RS
- CRM & Patient Safety
- Surveillans Infeksi Nosokomial
- High Impact Interventions

**Koding: ICD 10 & 9 CM**

**Mixed Cases (Bauran Kasus)--- Casemix**

**Kinerja Individu dan Tim (Individual and Teamwork Performances)** dodyfirmanda

# Kesimpulan

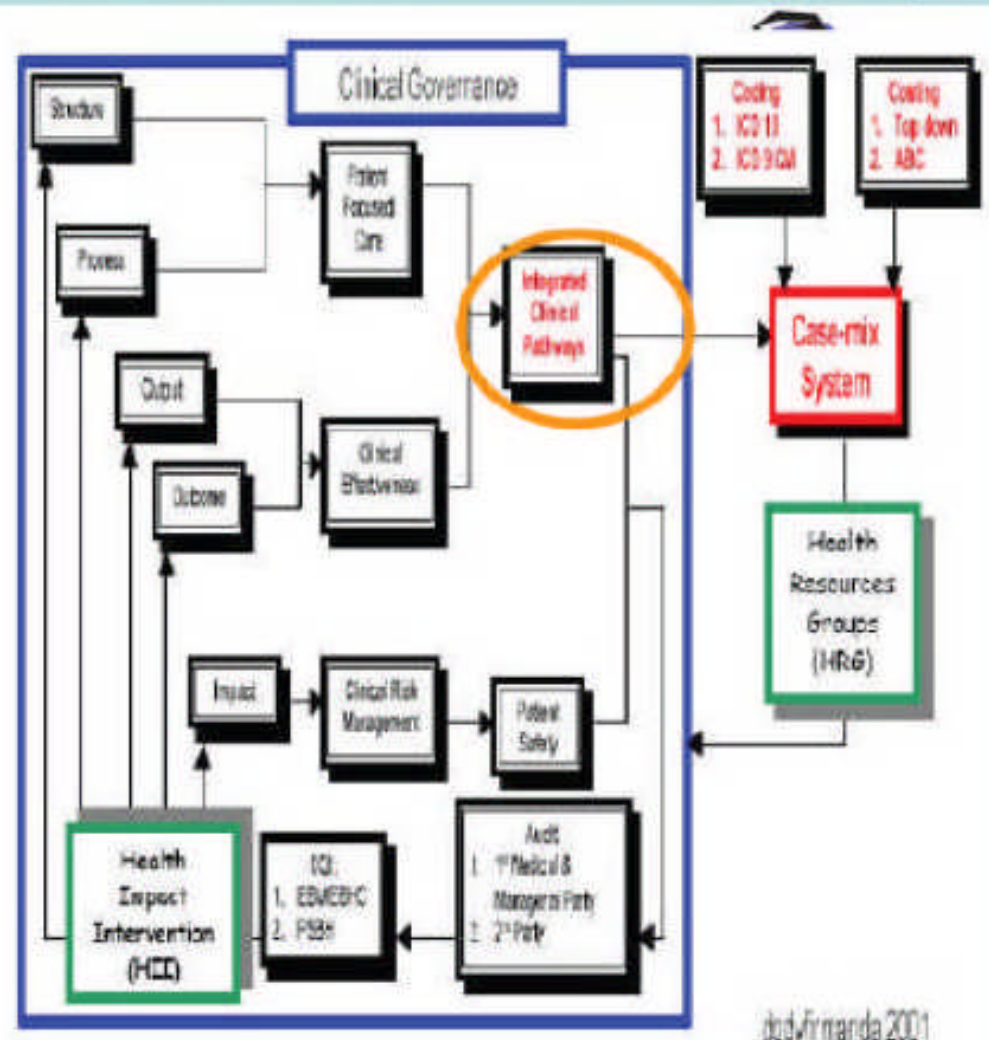
# SKEMA KOMITE MEDIK RS FATMAWATI

**MEDICAL LEADERSHIP  
AND  
MEDICAL MANAGEMENT**



Editor:  
Dr. Dody Firmada, Sp.A, MA

**KOMITE MEDIK  
RSUP FATMAWATI, JAKARTA  
2006**



dodyfirmada 2001

Gambar 4. Skema Clinical Governance Komite Medik RSUP Fa **dodyfirmada**

# CLINICAL PATHWAYS

RSUP FATMAWATI  
JAKARTA  
EDISI PERTAMA

Editor:

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
Dr. Lestaria Aryanti, Sp.RM



KOMITE MEDIK  
RSUP FATMAWATI  
JAKARTA  
2006

## Penjelasan Penyusunan Format Clinical Pathways


### Format Umum Clinical Pathways

1									
CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX									
SMF 2					RS FATMAWATI JAKARTA 3				
(Nama Penyakit) 4									
2006 5									
Nama Pasien: 6		Umur: 7	Berat Badan: 8	Tinggi Badan: 9	Nomor Rekam Medis: 10				
Diagnosis Awal: 11		Kode ICD 10: 12			Rencana rawat: Hari 13				
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat 14	Tgl/Uam masuk: 15	Tgl/Uam keluar: 16	Lama Rawat 17	Kelas: 18	Tarif/ Rp: 19	Biaya (Rp) 20		
	Hari Rawat 1: 21	Hari Rawat 2: 22	Hari Rawat 3: 23	Hari Rawat 4: 24	Hari Rawat 5: 25				
Diagnosis									
* Penyakit Utama 22									
* Penyakit Penyerta 23									
* Komplikasi 24									
Assesmen Klinis									
* Pemeriksaan dokter 25									
* Konsultasi 26									
Pemeriksaan Penunjang: 27									
Tindakan 28									
Obat-obatan: 29									
Nutrisi: 30									
Mobilisasi:									
Hasil (Culture): 31									
* 32									
* 33									
* 34									
Pendidikan/Pencapaian: 35									
Pembelajaran: 36									
Variasi: 37									
Jumlah Biaya									
Nama Perawat: 38		Diagnosis Akhir: 34		Kode ICD 10:	Jenis Tindakan: 39		Kode ICD 9 - CM		
Nama Dokter: 37		* Utama			* 39				
Name Pelaksana Verifikasi: 38		* Penyerta			* 39				
		* Komplikasi			* 39				

dodyfirmanda

## Penjelasan Penyusunan Format Clinical Pathways

### Format Umum Clinical Pathways


	CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX						
	SMF ..... <sup>2</sup>		RS FATMAWATI JAKARTA <sup>3</sup>				
(Nama Penyakit) <sup>4</sup>							
2006 <sup>5</sup>							
Nama Pasien: <sup>6</sup>		Umur: <sup>7</sup>	Berat Badan: <sup>8</sup> kg	Tinggi Badan: <sup>9</sup> cm	Nomor Rekam Medis: <sup>10</sup>		
Diagnosis Awal: <sup>11</sup>		Kode ICD 10: <sup>12</sup>		Rencana rawat: <sup>13</sup> hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat: <sup>14</sup>	Tgl/Jam masuk: <sup>15</sup>	Tgl/Jam keluar: <sup>16</sup>	Lama Rawat: <sup>17</sup> hari	Kelas: <sup>18</sup>	Tarif (Rp): <sup>19</sup>	Biaya (Rp): <sup>20</sup>
		Hari Rawat: <sup>1</sup> Hari Sakit	Hari Rawat: <sup>2</sup> Hari Sakit	Hari Rawat: <sup>3</sup> Hari Sakit	Hari Rawat: <sup>4</sup> Hari Sakit	Hari Rawat: <sup>5</sup> Hari Sakit	
Diagnosis:							
• Penyakit Utama: <sup>22</sup>							
• Penyakit Penyerta: <sup>23</sup>							
• Komplikasi: <sup>24</sup>							
Assesmen Klinis:							
• Pemeriksaan dokter: <sup>25</sup>							
• Konsultasi: <sup>26</sup>							
Pemeriksaan Penunjang: <sup>27</sup>							
Tindakan: <sup>28</sup>							
Obat-obatan: <sup>29</sup>							
Nutrisi: <sup>29</sup>							
Mobilisasi: <sup>30</sup>							
Hasil (Outcomes): <sup>31</sup>							
•							
•							
•							
Pendidikan/Pencapaian: <sup>32</sup>							
Peningkatan: <sup>33</sup>							
Jumlah Bayi							
Nama Perawat: <sup>36</sup>		Diagnosis Akhir: <sup>34</sup>		Kode ICD 10:	Jenis Tindakan: <sup>35</sup>		Kode ICD 9-CM:
Nama Dokter: <sup>37</sup>		• Utama					
		• Penyerta					
Nama Pelaksana Verifikasi: <sup>38</sup>		• Kompleks					

No	Penjelasan	Keterangan
1.	Lambang atau Logo Rumah Sakit	-
2.	Nama SMF atau Departemen yang membuat	-
3.	Nama Rumah Sakit	Dapat dicantumkan juga kode Rumah Sakit
4.	Nama Judul/Topik penyakit	Dapat juga diagnosis kerja saat masuk, contoh: 1. Observasi Febris 2. Observasi Kejang dsb Ditulis oleh SMF terkait.
5.	Tahun pembuatan	Bila perlu dapat ditulis nomor dan revisi, Diisi oleh SMF terkait.
6.	Nama pasien: sesuai dengan yang ditulis pada Rekam Medis	Diisi oleh perawat dinas.
7.	Umur: ditulis dalam satuan tahun	Untuk bayi dalam bulan dan untuk neonatus dalam hari. Diisi oleh perawat dinas.
8.	Berat badan: ditulis dalam satuan kilogram.	Untuk berat dibawah 10 Kg - ditulis dalam satuan Gram. Diisi oleh perawat dinas.
9.	Tinggi badan: ditulis dalam satuan centimeter.	Untuk bayi dan neonatus adalah Panjang Badan dalam centimeter. Diisi oleh perawat dinas.
10.	Nomor Rekam Medis: ditulis sesuai dengan nomor rekam medik	Diisi oleh perawat dinas.
11.	Diagnosis Awal: diagnosis kerja pada waktu masuk dirawat.	Diisi oleh dokter SMF terkait.
12.	Kode ICD 10: bila ada sesuai nomor kode diagnosis awal.	Diisi oleh dokter SMF terkait.
13.	Rencana rawat: ditulis hari rawat perkiraan.	Hari rawat merata dapat diperoleh dari data morbiditas rumah sakit (RL2a dan 2b) atau kesepakatan/ konsensus seluruh profesi di SMF. Diisi oleh dokter SMF terkait.
14.	Ruang Rawat: ditulis nama ruangan tempat pasien dirawat.	Dapat ditulis nomor kamar. Diisi oleh perawat dinas.
15.	Ditulis tanggal dan jam pasien masuk dirawat inap.	Diisi oleh perawat dinas.
16.	Ditulis tanggal dan jam pasien keluar rawat inap (pulang).	Diisi oleh perawat dinas.
17.	Ditulis lama hari rawat dengan formula: (Tgl keluar + 1) - Tgl masuk	Diisi oleh perawat dinas.
18.	Ditulis jenis kelas ruang perawatan.	Diisi oleh perawat dinas.
19.	Ditulis tarif kelas ruang perawatan/hari.	Diisi oleh perawat dinas.



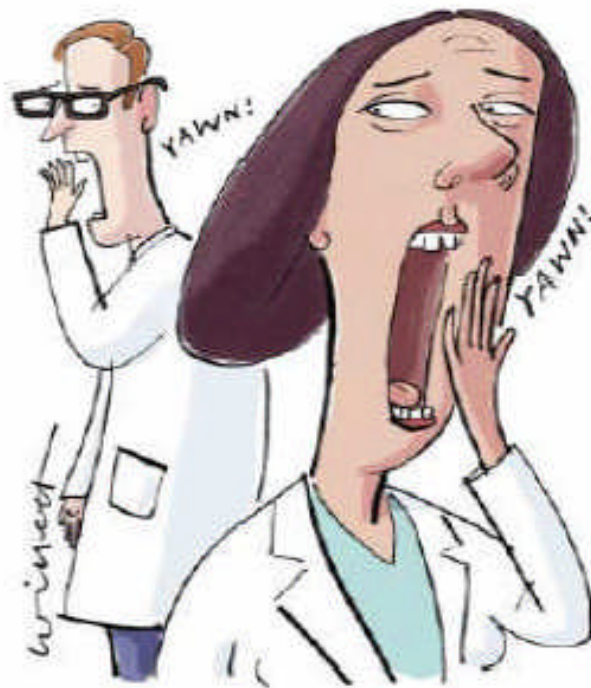
## Penjelasan Penyusunan Format Clinical Pathways

### Format Umum Clinical Pathways

		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF ..... RS FATMAWATI JAKARTA (Nama Penyakit) 2016					
		Nama Pasien: .....		Umur .....	Berat Badan .....	Tinggi Badan .....	Nomor Rekam Medis: .....
Diagnosa Awal: .....		Kode ICD 10: .....		Rencana rawat: .....			
Aktifitas Pelayanan R. Rawat: .....		Tgl. Jam masuk: .....	Tgl. Jam keluar: .....	Lama Rawat: .....	Kelas: .....	Terdthr. (Rp): .....	Biaya (Rp): .....
		Hari Rawat 1: .....	Hari Rawat 2: .....	Hari Rawat 3: .....	Hari Rawat 4: .....	Hari Rawat 5: .....	Hari Sakit: .....
Diagnosa • Penyakit Utama: .....		• Penyakit Penyerta: .....	• Komplikasi: .....	Asesmen Klinis • Pemeriksaan dokter: .....	• Konsultasi: .....	Pemeriksaan Penunjang: .....	Tindakan: .....
Obat-obatan: .....		Nutrisi: .....	Mobilisasi: .....	Hasil (Outcome): .....	Pendidikan/Pencapaian Penunjang: .....	Variasi: .....	Jumlah Biaya: .....
Name Perawat: .....		Diagnosa Akhir: .....	Kode ICD 10: .....	Jenis Tindakan: .....	Kode ICD 9-CM: .....	Name Dokter: .....	Name Pelaksana Verifikasi: .....
• Utama: .....		• Penyerta: .....	• Komplikasi: .....	• .....	• .....	• .....	• .....

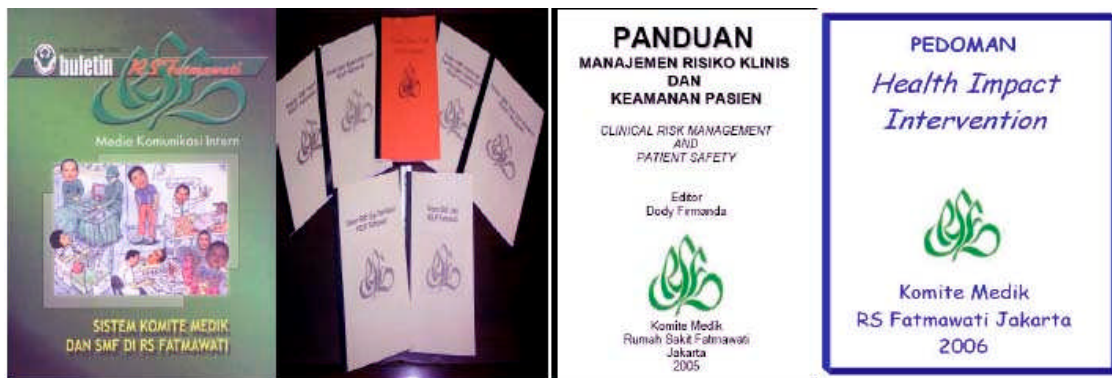
20.	Seluruh kolom ini diisi oleh petugas perincian biaya/kasir.	Diisi oleh petugas yang diberi kewenangan, perincian biaya/kasir.
21.	Hari sakit ditulis berdasarkan keluhan dari anamnesis	Diisi oleh perawat dinas.
22.	Diagnosa Utama ditulis berdasarkan ICD 10	Diisi oleh dokter SMF terkait.
23.	Diagnosa Penyerta ditulis berdasarkan ICD 10	Diisi oleh dokter SMF terkait.
24.	Diagnosa Komplikasi ditulis berdasarkan ICD 10	Diisi oleh dokter SMF terkait.
25.	Ditulis nama dokter atau kode dokter yang memeriksa	Diisi oleh dokter SMF terkait.
26.	Ditulis nama dokter atau kode dokter yang memeriksa	Diisi oleh dokter SMF terkait.
27.	Ditulis seluruh pemeriksaan penunjang yang dilakukan terhadap pasien	Diisi oleh dokter SMF terkait.
28.	Ditulis seluruh obat-obatan yang diberikan kepada pasien	Diisi oleh dokter SMF terkait.
29.	Ditulis seluruh nutrisi yang diberikan kepada pasien	Diisi oleh dokter SMF terkait.
30.	Ditulis seluruh kegiatan mobilisasi kepada pasien.	Diisi oleh perawat dinas dan atau petugas rehabilitasi medis.
31.	Ditulis seluruh gejala klinis, obat, tindakan operasi dan hasil pemeriksaan penunjang yang menjadi indikator dalam monitoring (follow up) pasien.	Diisi oleh dokter SMF terkait.
32.	Ditulis seluruh kegiatan pendidikan, penyuluhan maupun rencana pulang.	Diisi oleh dokter SMF terkait dan perawat dinas.
33.	Ditulis seluruh deviasi dari rencana: diagnosis, asesmen klinis, pemeriksaan penunjang, tindakan, obat, nutrisi, mobilisasi dan pendidikan/penyuluhan/rencana pemulangan.	Variasi tersebut dianalisis dan dilakukan audit medis maupun audit manajerial. Dilakukan oleh dokter SMF terkait dan atau perawat dinas sesuai kapasitas kewenangannya.
34.	Ditulis seluruh diagnosis utama, penyerta dan komplikasi sesuai dengan kode diagnosis ICD 10.	Diisi oleh dokter SMF terkait dan atau perawat dinas sesuai kapasitas kewenangannya.
35.	Ditulis seluruh tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai Kode Tindakan Prosedur ICD 9 CM	Diisi oleh dokter SMF terkait dan atau perawat dinas sesuai kapasitas kewenangannya.
36.	Ditulis nama lengkap perawat	Diisi oleh perawat dinas.
37.	Ditulis nama lengkap dan atau kode dokter yang merawat.	Diisi oleh dokter SMF terkait.
38.	Ditulis nama petugas yang diberi kewenangan untuk melakukan verifikasi biaya.	Diisi oleh petugas yang diberi kewenangan untuk melakukan verifikasi biaya.

# TERIMAKASIH & SEMOGABERMANFAAT

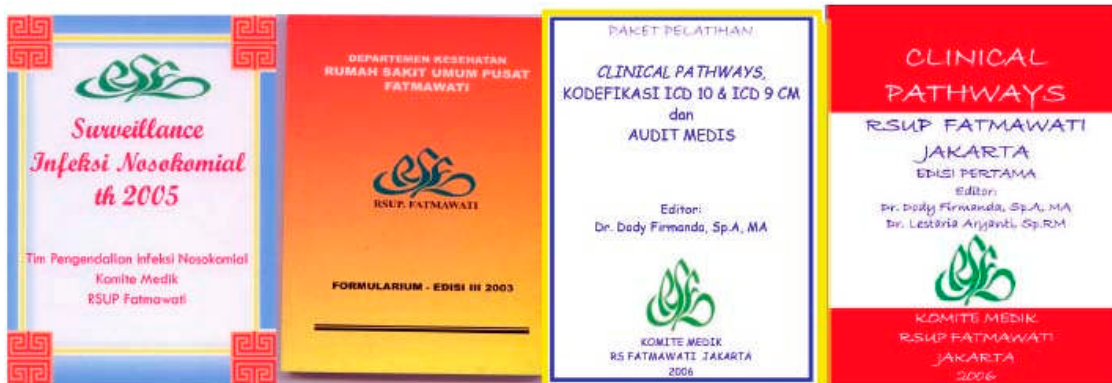


## Kumpulan Artikel

# *Clinical Governance* dari konsep sampai dengan implementasi di RSUP Fatmawati Jakarta



### KOMITE MEDIK: SISTEM CLINICAL GOVERNANCE, PATIENT SAFETY & CP



Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati Jakarta

## **“Clinical Governance” :**

### **Konsep, konstruksi dan implementasi manajemen medik. \*)**

Dr. Dody Firmanda SpA MA

RSUP Fatmawati, Jakarta

## **Pendahuluan**

Meskipun pelayanan kesehatan sangat bervariasi dari dan dalam satu rumah sakit di propinsi dan daerah di negara maju/industri maupun dunia ketiga. Akan tetapi ciri dan sifat masalah tersebut tidak jauh berbeda satu sama lainnya dalam hal yang mendasar yakni semakin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut (perubahan demografi), meningkatnya tuntutan dan harapan pasien akan pelayanan, perkembangan pesat teknologi dan ilmu kedokteran serta semakin terbatasnya sumber dana. Sehingga tidak heran reformasi bidang kesehatan tidak hanya terjadi di negara kita, akan tetapi juga di negara yang sudah maju lainnya; seperti Inggris dan Scotland dengan *NHS* dan desentralisasi tipe ‘devolusi’nya begitu juga Amerika Serikat dan Eropa. Apapun sistem kesehatan yang dianut, masalah mutu pelayanan dan hak asasi manusia di bidang kesejahteraan/kesehatan semakin menonjol dan mencuat ke permukaan.

Sebagaimana telah diketahui istilah dan definisi ‘mutu’ itu sendiri mempunyai arti/makna dan perspektif yang berbeda bagi setiap individu tergantung dari sudut pandang masing masing. Dapat ditinjau dari segi profesi medis/perawat, manajer, birokrat maupun konsumen pengguna jasa pelayanan sarana kesehatan. (*‘Quality is different things to different people based on their belief and norms’*). Begitu juga mengenai perkembangan akan ‘mutu’ dari *inspection*, *quality control*, *quality assurance* sampai ke *total quality*. Jepang menggunakan istilah *quality control* untuk seluruhnya, sedangkan di Amerika memakai istilah ‘*continuous quality improvement*’ untuk ‘*total quality*’ dan Inggris memakai istilah *quality assurance* untuk ‘*quality assurance*’, ‘*continuous quality*

---

\*) Disampaikan pada seminar dan *business meeting* “Manajemen Medis: dari Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence-based Medicine/EBM*) menuju *Clinical Governance*” dalam rangka HUT RSUP Fatmawati ke 40 di Gedung Bidakara Jakarta 30 Mei 2000.

*improvement*' maupun untuk *'total quality'* dan tidak membedakannya. Di negara kita dikenal juga akan istilah *'Gugus Kendali Mutu/GKM'* dan *'Akreditasi'*.

Bila kita pelajari, evolusi perkembangan mutu berasal dari bidang industri pada awal akhir abad ke sembilan belas dan awal abad ke dua puluh di masa perang dunia pertama. Pada waktu itu industri senjata menerapkan kaidah *inspection* dalam menjaga kualitas produksi amunisi. Shewart mengembangkan dan mengadopsi serta menerapkan kaidah statistik sebagai *'quality control'* serta memperkenalkan pendekatan siklus P-D-S-A (*Plan, Do, Study dan Act*) yang mana hal ini kemudian dikembangkan oleh muridnya Deming sebagai P-D-C-A (*Plan, Do, Check dan Action*). Kaidah PDCA ini menjadi cikal bakal yang kemudian dikenal sebagai *'generic form of quality system'* dalam *'quality assurance'* dari BSI 5751 yang kemudian menjadi seri EN/ISO 9000 dan 14 000. Tatkala Deming diperbantukan ke Jepang dalam upaya memperbaiki dan mengembangkan industri, beliau mengembangkan dengan memadukan unsur budaya Jepang *'kaizen'* dan filosofi Sun Tzu dalam hal *'benchmarking'* maupun manajemen dan dikenal sebagai *'total quality'*. Sehingga akhirnya *'quality system'* tersebut berkembang dengan memadukan unsur unsur *'total quality'*. Mulai abad XXI ini seri EN/ISO 9000 (yang sebelumnya terdiri dari ISO 9001, 9002 dan 9003) menjadi satu sistem yakni ISO 9000 versi 2000 yang memadukan prinsip prinsip *total quality*, di Eropa dikenal sebagai EQA (*European Quality Award*) dan di Amerika Serikat dengan MBA (*Malcolm-Bridge Award*) dan *Benchmarking Award* serta di Jepang dikenal dengan sistem *Deming's Prize Award*.

Bila kita menyimak akan perjalanan perkembangan/evolusi akan mutu dari *inspection, quality control, quality assurance* sampai ke *total quality*, maka akan terlihat jelas akan perbedaan istilah tersebut dan komponennya masing masing. Meskipun demikian cikal bakal perkembangan tersebut dipengaruhi pula dari berbagai aliran seperti Deming, Juran, Crosby dan Feigenbaum serta untuk bidang kesehatan dikenalnya juga cara pendekatan Donabedian, Maxwell ataupun kombinasi keduanya dalam membuat standar, kriteria maupun indikator mutu. Donabedian dengan *'structure, process dan outcome'* pada awal tahun 80an memperkenalkan tentang cara penilaian untuk standar, kriteria dan

indikator. Selang beberapa tahun kemudian Maxwell mengembangkan ‘*six dimensions of quality*’ yang terdiri dari *relevance, accessibility, effectiveness, acceptability, efficiency* dan *equity*. Teknik Donabedian dan Maxwell ini lebih menitikberatkan tentang hal membuat standar dan penilaiannya (akreditasi) yang merupakan 2 dari 3 komponen ‘*quality assurance*’. Akan tetapi kedua teknik pendekatan tersebut sangat sulit untuk diterapkan dalam kegiatan praktek sehari-hari sebagaimana hasil penelitian oleh Joss dan Kogan. Komponen ke tiga (yakni ‘*continuous quality improvement*’) tidak berkembang, sehingga akibatnya meskipun suatu organisasi pelayanan kesehatan tersebut telah mendapat akreditasi akan tetapi ‘mutu’nya tetap tidak bergeming dan tidak meningkat. Mengapa begitu dan apa yang salah?

Pada tahun 2000, Swedia mengembangkan sistem mutu untuk pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai SQL (*Service Quality Leadership*) yang memodifikasi unsur/komponen EQA menjadi hanya 8 unsur saja. Sedangkan Inggris dengan sistem NHSnya memperkenalkan *A First Class Service: Quality in the new NHS* dalam rangka meningkatkan mutu secara berkesinambungan (*continuous quality improvement/CQI*) melalui NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) dan CHImp (*Commission for Health Improvement*).

Akhir akhir sering muncul dan semakin populer akan istilah ‘Clinical governance’ yang dikatakan sebagai upaya dalam rangka *continuous quality improvement (CQI)* berdasarkan pendekatan “Evidence-based Medicine/EBM” yang terdiri dari empat aspek/perspektif yaitu *professional performance, resource use (efficiency), risk management* dan *patients’ satisfaction*. Penerapan ‘*Clinical governance*’ dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan memerlukan beberapa persyaratan yakni *organisastion-wide transformation, clinical leadership* dan *positive organizational cultures*. Sedangkan istilah Kedokteran Berbasis Bukti (KBB)/*Evidence-based Medicine (EBM)* adalah cara pendekatan untuk mengambil keputusan klinis dalam penatalaksanaan pasien secara **eksplisit** dan **sistematis** berdasarkan bukti penelitian terakhir yang **valid** (*valid*) dan **bermanfaat**. Terdiri dari lima langkah yang saling berhubungan dan sama pentingnya.

Latar belakang pendahuluan diatas tersebut akan coba dibahas dalam makalah ini dan sekaligus dipadukan serta diimplementasikan dalam/dari segi profesi medis di rumah sakit sebagai ‘*Good clinical governance*’.

### **Clinical Governance**

Istilah ‘*Clinical governance*’ itu sendiri yang berasal dari negara Inggris. ‘*Clinical governance*’ ini merupakan salah satu sumbang saran BAMB (*British Association of Medical Manager*) yang berhasil dan diterima oleh pemerintah (*Labour Party*) setelah melalui perdebatan publik akibat beberapa kasus pelayanan kesehatan/kedokteran yang muncul ke permukaan menjadi sorotan dan tuntutan masyarakat serta merupakan kasus untuk CNST – *Clinical Negligence Scheme for the Trusts* – (‘risk management’). Meskipun sebelumnya telah mempunyai beberapa program pendekatan dalam upaya peningkatan mutu melalui – (*Small Hospitals Accreditation* , *Patients’ Charter*, BSI 5751/ISO 9002, *Quality Assurance*, maupun TQM. Pada tahun 1997 bertepatan dengan peluncuran kebijakan baru dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh NHS (National Health Services) dan rencana kerjanya untuk 10 tahun mendatang (Tabel 1) - *A First Class Service: Quality in the new NHS* - dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (kedokteran) serta sekaligus mengantisipasi (‘*hidden agenda*’ – *for the unpicking process*) era pasar terbuka Masyarakat Ekonomi Eropa/EEC.

*Table 1 Approaches to measuring and improving quality of care*<sup>14</sup>

	<i>Quality assessment</i>	<i>Quality assurance</i>	<i>Clinical audit</i>	<i>Continuous quality improvement</i>
Aim	Identify discrepancies between desired and actual performance	Reach and maintain an acceptable standard of care	Raise performance in one area to meet local needs	Continue to improve the whole system as part of normal daily activity
Philosophy	Through daily activity, professionals	Outliers can be identified, to indicate	Self evaluation and professional	What is good can be made better through

	can identify and remedy gaps in performance	potentially inappropriate care, and corrected when necessary	improvement can achieve best practice	continuous process improvement
Method	Performance measurement against standards, and investment in selection and training of professionals	Detection of outliers through external or internal inspection, and their correction, when necessary, through systematic activity	Peer review by professionals	Prevention of problems and control of unintended variation in process through total quality management
Principal responsibility of:	Professionals at an individual, implicit level	Payers (US) or managers responsible for purchasing health care (UK)	Clinical teams involved in care delivery	Clinical services managers

(Catatan: Swedia – pada November 2000 meluncurkan program *SQL – Service Quality Leadership* – memodifikasi sistem EQA untuk bidang kesehatan dengan menitikberatkan hal mutu pelayanan melalui pendekatan TQM dan ‘*Evidence-based*’ serta mengaktifkan kembali SBU – sebagai pusat *Health Technology Assessment*).

Secara definisi:

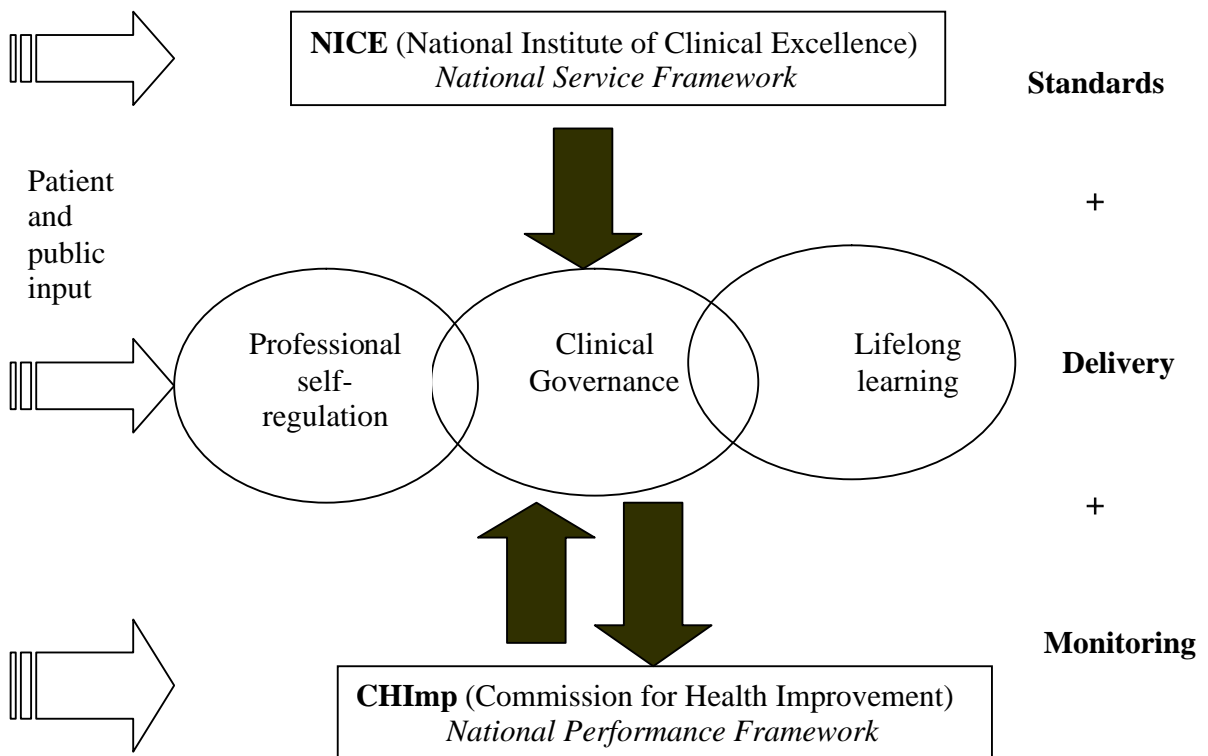
Clinical governance is “*a framework through which (NHS) organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish.*”

Secara sederhana *Clinical governance* adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dalam satu organisasi penyelenggara



pelayanan kesehatan (rumah sakit) yang efisien. Sedangkan kerangka konsepnya sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 1.

**Gambar 1. Kerangka konsep**



Komponen utama 'clinical governance' terdiri dari:<sup>12</sup>

1. Akauntabilitas dan alur pertanggung jawaban yang jelas bagi mutu pelayanan secara umum dan khusus.
2. Kegiatan program peningkatan mutu yang berkesinambungan.
3. Kebijakan manajemen resiko.
4. Prosedur profesi dalam identifikasi dan upaya perbaikan/peningkatan kinerja.

Salah satu kunci keberhasilan ‘Clinical governance’ adalah memanfaatkan informasi yang tepat, cepat, valid/sahih, dan layak pakai. Ada tiga jenis informasi yang diperlukan yakni:

1. tentang kebijakan (*policies*) – manajemen dan klinis, pedoman (*guidelines*) serta prosedur yang jelas dan mudah dimengerti;
2. tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan/kedokteran yang diberikan;
3. dan tentang bagaimana mekanisme sistem pelayanan tersebut berfungsi.

Disamping beberapa isu penting yang mempengaruhi ketiga diatas yaitu dari segi aspek legalitas dan etik kedokteran, standar nasional, tehnik analisis dalam pengambilan keputusan baik tingkat manajemen maupun klinisi, serta program pelatihan dan pengembangan staf medis maupun manajerial.<sup>11</sup>

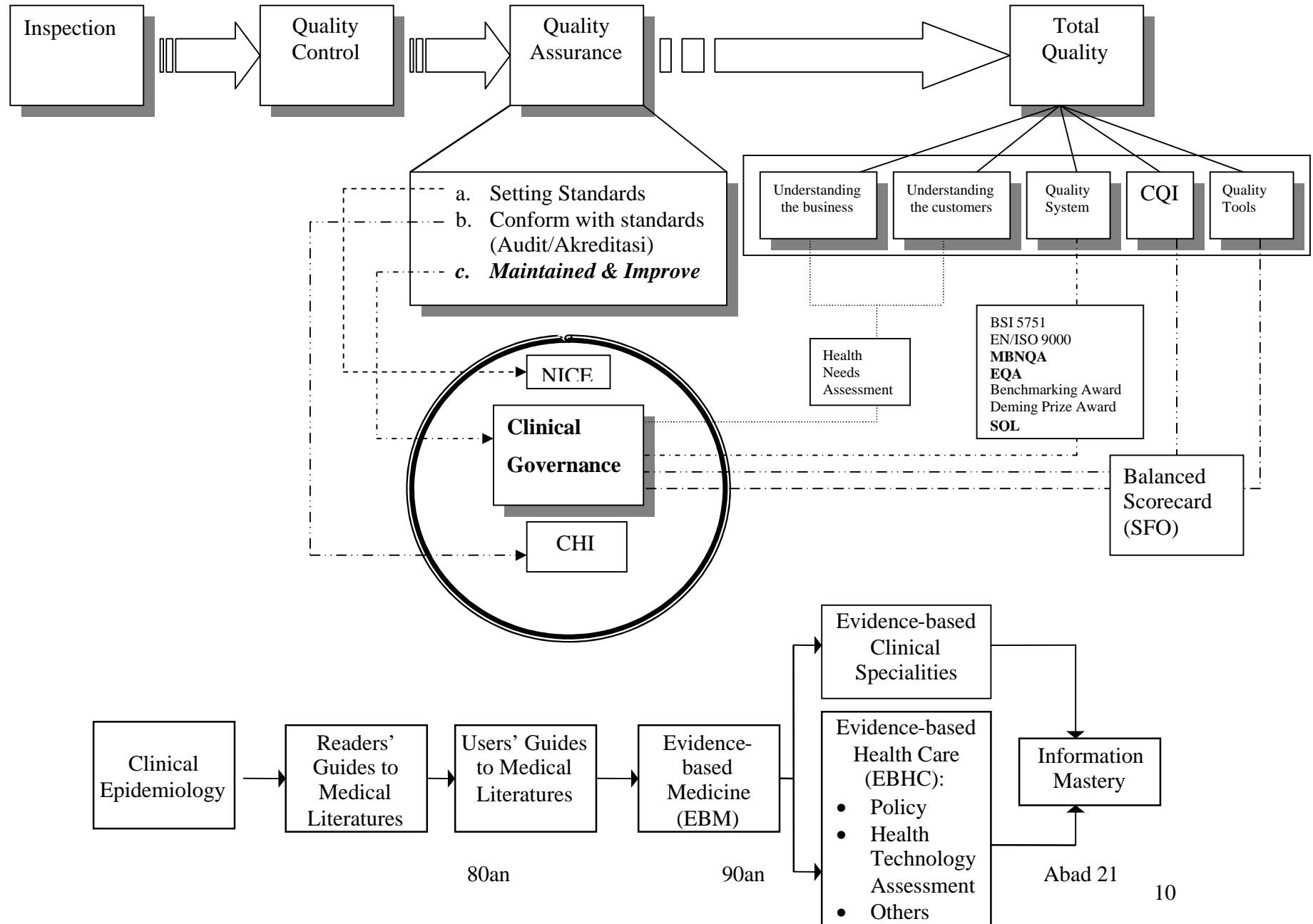
### **Bagaimana untuk/di Indonesia?**

Di negara kita sudah ada banyak kegiatan seperti *Gugus Kendali Mutu, Akreditasi Rumah Sakit, Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Medis, Asuhan Keperawatan, Standar Layanan Prima, Indikator Mutu Klinis Rumah Sakit* dan bahkan ada beberapa rumah sakit menganut ISO 9002. Juga dalam **organisasi** rumah sakit ada Komite Medis (dan Keperawatan) serta dua bidang mengenai mutu dibawah jajaran direksi. Meskipun kegiatan kegiatan tersebut masih belum kuat mengakar landasan **konsepnya**, belum memadai **strukturnya**, belum sempurna **modelnya**, serta dari segi **sistem** mutu belum ‘*established*’ **strukturnya**, belum optimal **prosesnya** serta belum maksimal **hasilnya**. Akan tetapi ini sudah merupakan **modal dasar** yang baik sebagai titik tolak awal cikal bakal perkembangan mutu kesehatan di tanah air untuk dapat dikembangkan lebih lanjut. Dengan memadukan tehnik pendekatan pengambilan keputusan ‘*Evidence-based health Care*’ untuk tingkat pelayanan kesehatan secara luas, dan ‘*Evidence-based Medicine*’ untuk tingkat praktisi klinis bagi individu pasien serta ‘*Health Technology Assessment*’ untuk alternatif pemilihan alat kesehatan maupun obat. Pada prinsip dasarnya, ketiga tehnik tersebut memanfaatkan kaedah ilmu epidemiologi untuk meningkatkan mutu

pelayanan dan kualitas hidup manusia sebagai tujuan umum utamanya dengan perbedaan tingkat posisi penekanan dan aplikasinya (Gambar 2).

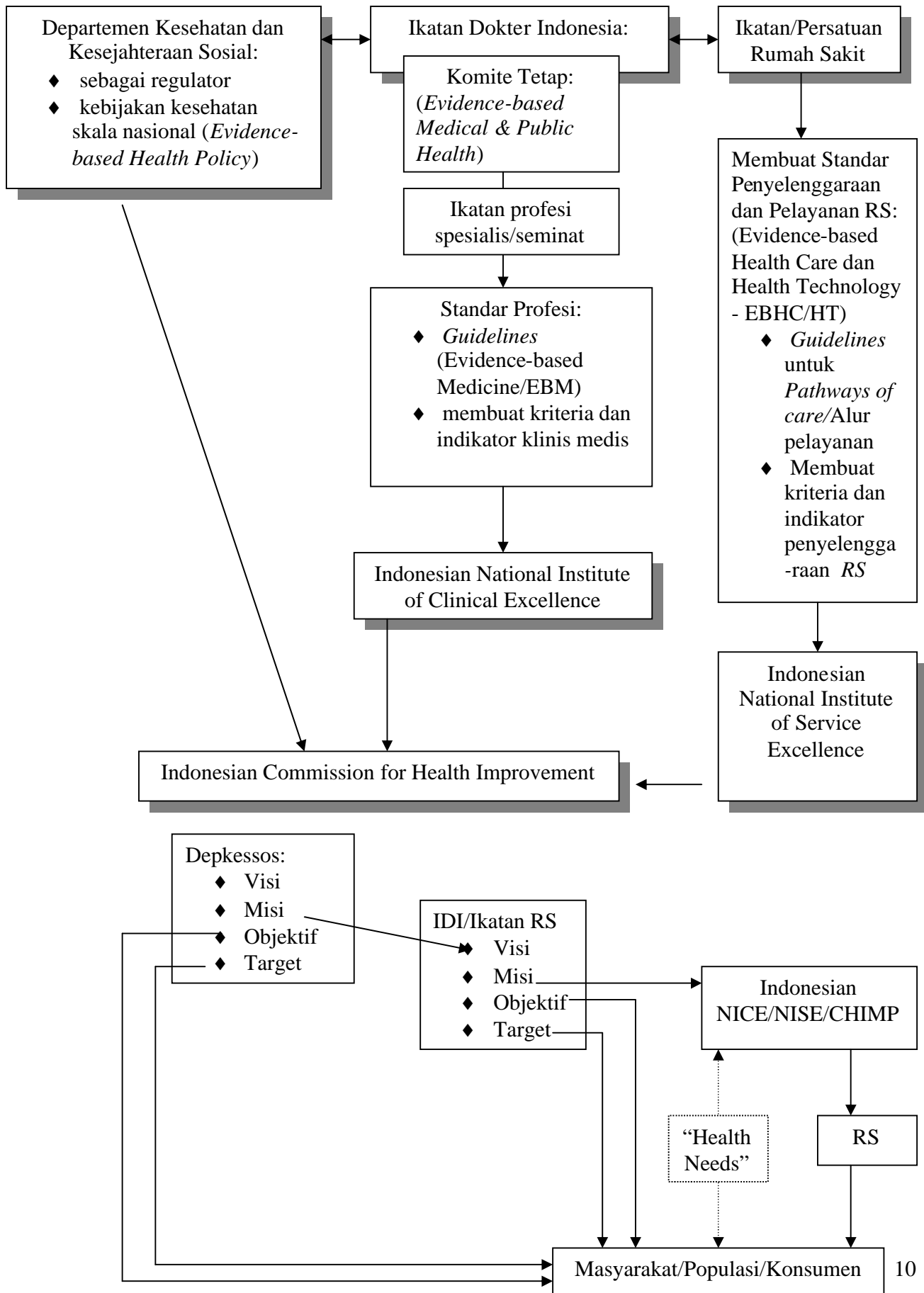
Dengan memanfaatkan berbagai kegiatan menyangkut mutu pelayanan kesehatan/kedokteran dan peraturan/perundangan/hukum kesehatan (*'hospital by laws'*) serta etik kedokteran yang telah ada dan berjalan, organisasi profesi dan perhimpunan perumah sakit di tanah air sebagai modal dasar sebagaimana diterangkan sebelumnya serta memadukan tehnik pengambilan keputusan (sebagaimana dalam dalam Gambar 2). **Konsep tentatif 'Clinical governance'** untuk tingkat nasional dapat dilihat sebagaimana Gambar 3 dengan pemerintah (Depkessos - sebagai regulator dan kebijakan nasional berdasarkan *'Evidence-based Policy'*). Organisasi Ikatan Dokter Indonesia (PB-IDI) melalui Komite Tetap dan ikatan/perhimpunan spesialis dan seminat (cq. Unit Kerja dan Dewan Kolegium) - diharapkan nantinya berkembang menjadi cikal bakal *Indonesian National Institute of Clinical Excellence* (NICE) - membuat pedoman/*'Guidelines'* berdasarkan *'Evidence-based Medicine'* dan menentukan standar, kriteria maupun indikator klinis medis. Sedangkan ikatan/persatuan/asosiasi perumah sakit diharapkan akan mampu membuat pedoman/*'Guidelines'* dan *'Care of pathways'* penyelenggaraan/pelayanan rumah sakit berdasarkan *'Evidence-based Health Care* dan *Health Technology Assessment'* dan menentukan standar, kriteria maupun indikatornya serta diharapkan berkembang menjadi semacam *Indonesian National Institute of Service Excellence* (NISE) yang di negara asalnya *'clinical governance'* Inggris sendiri belum terwujud. Ketiga komponen tersebut diatas dan partisipasi masyarakat akan melakukan monitoring dan penilaian kinerja suatu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan serta diharapkan berkembang menjadi *Indonesian Commission for Health Improvement* (CHI). Sebelum ketiga wadah tersebut (NICE, NISE dan CHI) terwujud, alangkah baiknya bila pihak yang terlibat dan berkepentingan diatas dapat menyatukan visi, menentukan misi, menetapkan objektif jangka panjang/menengah dan target yang akan dicapai dengan memperhatikan nilai nilai dan *'real health needs'* masyarakat (Gambar 3). Salah satu yang mungkin menjadi persoalan mendasar adalah tentang dana pembiayaannya, apakah termasuk dalam salah satu upaya perlunya suatu *'Indonesian Health National Accounts'*?

Gambar 2. Evolusi/Perkembangan Mutu, *Evidence-based* dan *Clinical Governance*:



## Konsep 'Clinical governance' versi Indonesia (tentatif):

10

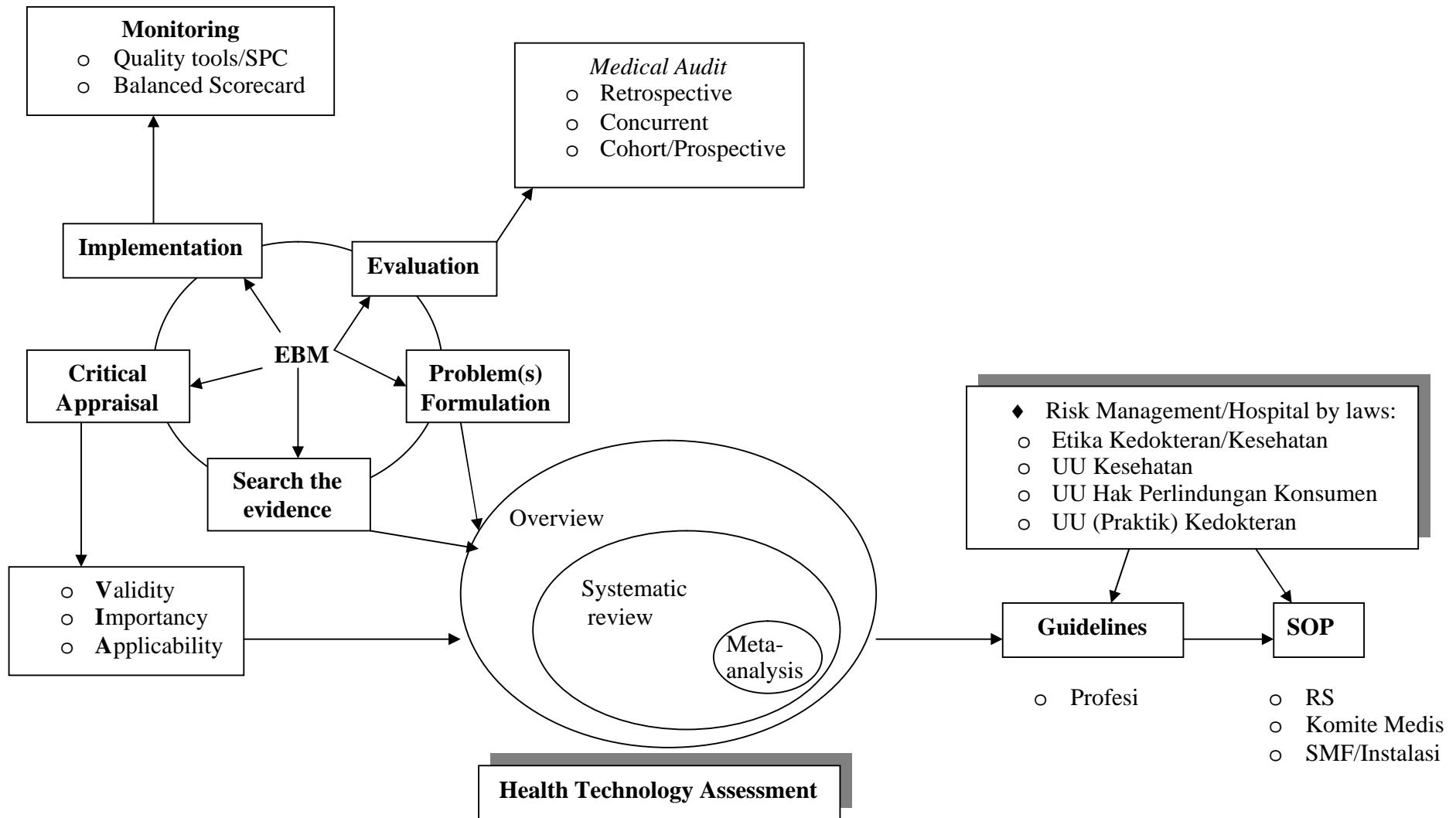


10

Untuk ‘*Clinical governance*’ tingkat rumah sakit dengan penyesuaian struktur/konstruksi kondisi rumah sakit di tanah air dapat dilihat sebagaimana dalam Gambar 4 yang memadukan ke lima langkah ‘*Evidence-based Medicine*’ dalam pemecahan masalah klinis medis, menerapkan ‘*Health Technology Assessment*’ terutama dalam hal alternatif pemilihan alat/obat, melakukan evaluasi promotif dengan memadukan dengan tehnik ‘*Seven basic Quality Tools*’ dan untuk dari segi utilisasi dapat memanfaatkan tehnik *Balance Scorecard* (yang nantinya dapat diharapkan menjadi *Strategic Focus Organisation/SFO* untuk tingkat direksi, bidang dan instalasi). Sedangkan untuk tingkat profesi medis dapat melakukan Medical Audit (baik secara retrospektif, konkurens dan prospektif) dengan harapan Catatan Medis Berorientasi Masalah (CMBM)/ Problem Oriented Medical Record(POMR) yang telah dipergunakan kalangan medis sejak awal tahun 1980an nantinya akan berkembang menjadi suatu ‘*Evidence-based Medical Record*’ yang valid. Beberapa persyaratan yang diperlukan dalam implementasi *Clinical Governance* di rumah sakit (d disesuaikan dengan struktur organisasi dan kondisi di tanah air):

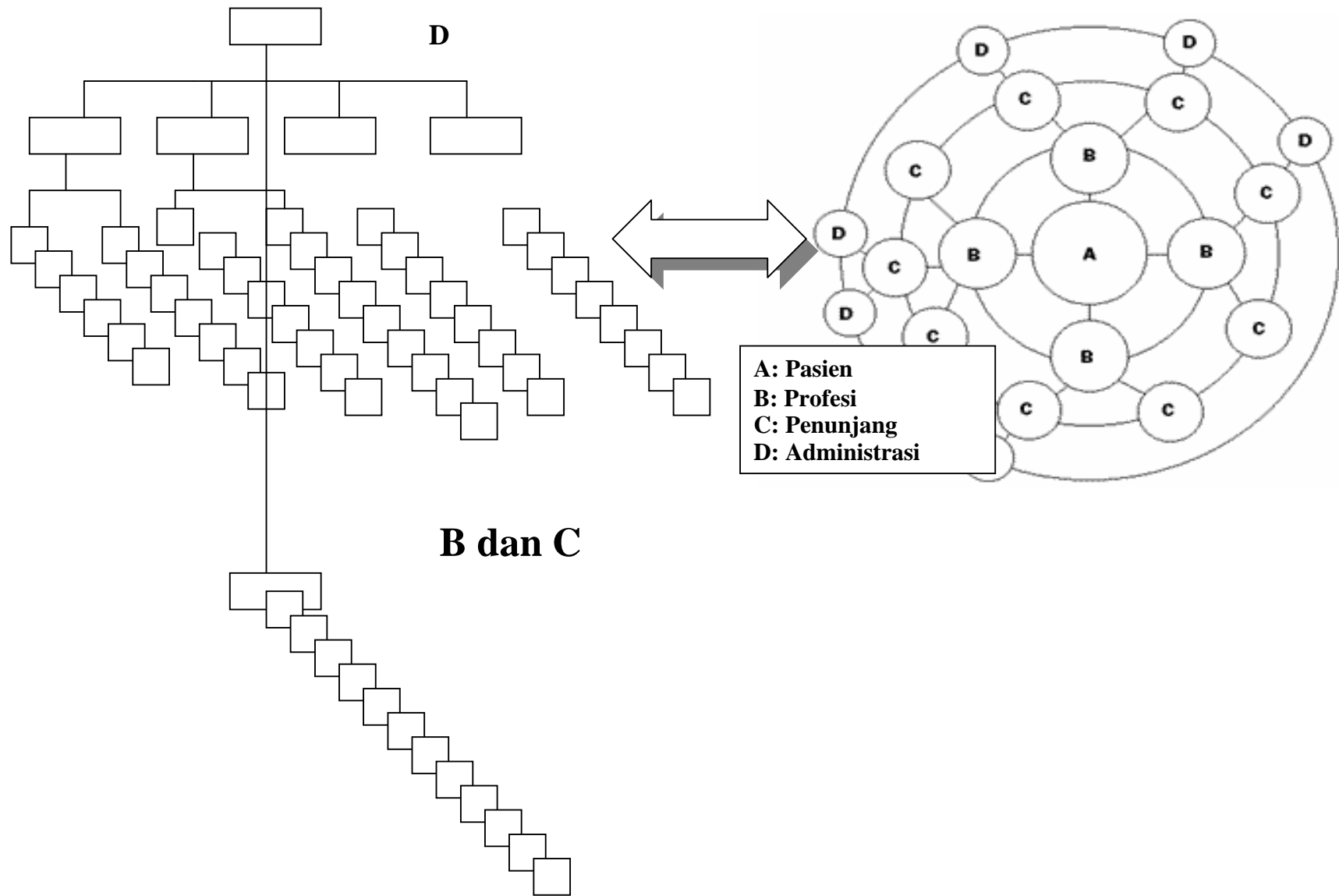
#### Siapa, tugas dan penguasaan materi

	Direksi	Bidang	Instalasi	Komite Medis dan SMF
◆ Komponen sistem	<i>Policy dan Manual</i>	Alur Prosedur ( <i>Care of pathways</i> )		SOP
◆ Materi penguasaan dalam bidang mutu	<i>Total Quality Management/Services</i>	<i>Quality Assurance dan Quality control</i>		<i>Quality control dan CQI</i>
◆ Pendekatan	<i>Evidence-based Health Policy dan Health Technology Assessment</i>	<i>Evidence-based Health Care dan Health Technology Assessment</i>		<i>Evidence-based Medicine</i>
◆ Monitoring	<i>Balance Scorecard dan Benchmarking (internal dan eksternal)</i>	<i>Balance Scorecard dan Benchmarking (internal)</i>	<i>Balance Scorecard dan Quality tools</i>	<i>Quality tools</i>
◆ Standar ◆ Kriteria ◆ Indikator	<i>Donabedian dan Maxwell</i>	Donabedian		Audit Medik, <i>Evidence-based Medical Record dan Quality tools</i>



Gambar 4. Konstruksi/Struktur: EBM, HTA, Quality, Balance Scorecard, Medical Audit, Risk Management/Hospital by laws dalam 'Clinical Governance' tingkat RS

Gambar 5. Skema struktur organisasi rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan dan pasien sebagai fokus utama penerima pelayanan.

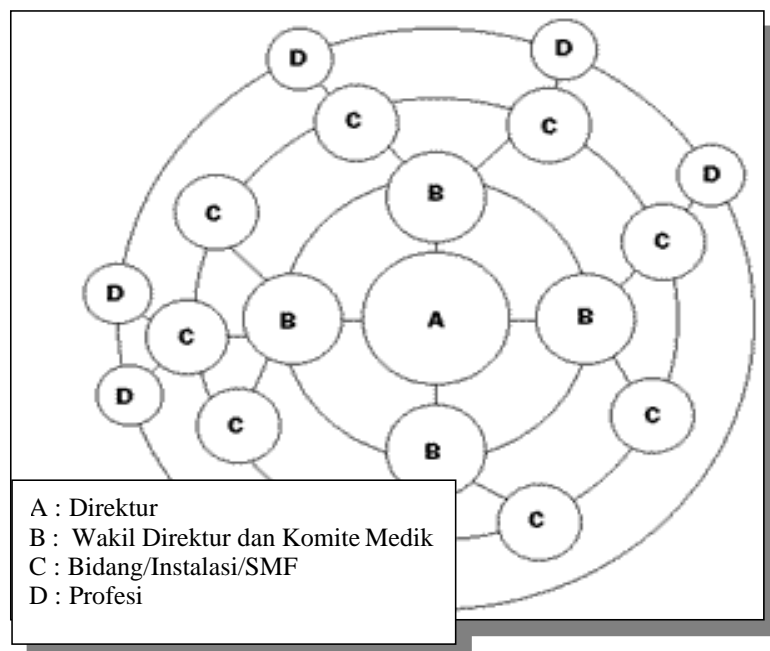




Sampai saat ini struktur organisasi rumah sakit (pemerintah) cenderung berbentuk hirarkis otoritas lebih *berat dan menggelembung* pada administrasi/manajerial dibanding profesi medis dalam penyelenggaraan maupun pengambilan keputusan pelayanan kesehatan. Sedangkan bila ditinjau dari *fungsi* pelayanan dengan fokus utama terhadap pasien, tampak pasien tersebut terletak di tengah dengan dikelilingi oleh *first frontliner* dari kalangan profesi dan administrator sebagai *back-up liner* (Gambar 5).

Akhir akhir ini ada kecenderungan organisasi yang bergerak dalam bidang *service*, agar lebih efisien dan kompetitif mengubah strukturnya dari organogram hirakis/otoritas menjadi sirkular sebagaimana dalam Gambar 6.

**Gambar 6. 'Circular Organisation' (Borobudur)**



Komite Medis harus berpartisipasi aktif dalam kapasitasnya sebagai salah satu wadah organisasi profesi medis untuk mempersiapkan diri mengantisipasi melalui *transformasi budaya mutu* dengan cara membentuk '*learning environment*' dan kaderisasi bidang mutu pelayanan berkesinambungan kepada seluruh anggota profesi di lingkungan SMF dan rumah sakit sehingga terbentuk suatu organisasi profesi yang berorientasi kepada pasien (*patient/customer focused oriented*). Tanggung jawab mutu pelayanan profesi medis tersebut adalah tanggung jawab setiap insan profesi, bukan organisasi atau unit semata, akan tetapi seluruh anggota profesi.

Untuk mewujudkan ‘mutu pelayanan adalah tanggung jawab setiap insan profesi’ maka diperlukan *awareness*, pengetahuan dan ketrampilan tentang mutu dan manajemen secara umum kepada setiap anggota profesi di seluruh lingkungan SMF agar sudut pandang/persepsi sama akan visi dan misi serta tujuan rumah sakit. Adapun materi pengetahuan dan ketrampilan yang perlu adalah:

1. Introduksi dan dasar dasar manajemen
2. Organisasi: Visi, Misi, Objektif dan Target
3. *Operational Research/Strategic Management*
4. Evidence-based Medicine/Health Care/Health Technology Assessment
  - Epidemiologi Klinik dan aplikasinya
  - Langkah langkah EBM/EBHC/EBHT
  - Sumber dan sistem informasi
  - *Critical Appraisals* (termasuk review sistematis dan meta analisis)
  - Monitoring : - Balance Scorecard
  - Audit Medik
5. Introduksi/selayang pandang tentang Mutu:
  - Definisi
  - Prinsip Mutu di bidang Kesehatan.
  - Posisi dan perkembangan Mutu (Evolusi).
6. Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management/TQM*):
  - Definisi dan skop TQM.
  - Prinsip Dasar dari Komponen TQM.
  - Implementasi (termasuk perencanaan) TQM.
7. Sistem (Manajemen) Mutu (*Quality Management System*) - termasuk prinsip prinsip dari *Quality cycle*.
8. Quality Assurance (dikaitkan dgn akreditasi di Indonesia).
9. Proses Perbaikan/Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*).
10. Menjaga Mutu (*Quality Control*) - termasuk *Quality tools*.
11. *Setting standard*, kriteria dan indikator serta monitoring dan evaluasinya (dengan studi kasus).
12. Pada akhir pelatihan: setiap peserta membuat assignment tentang ‘quality approach’ yang akan digunakan di bidang masing masing dengan memilih salah satu pelayanan organisasi/unit kerja yang dikuasai/diketahui peserta dalam rangka membuat standar yang dipilih, kriteria, indikator dan cara mengontrol/evaluasi serta alternatif solusi perbaikan.

Sedangkan objektif akhir dari pelatihan tersebut diharapkan nantinya akan:

- a) Kesamaan persepsi mengenai visi, misi, tujuan dan sasaran bidang mutu di rumah sakit

- b) Mampu membuat/menyusun standar, kriteria (struktur, proses dan *outcome*) dan indikator pelayanan medis pada tingkat SMF dan Instalasi masing masing.
- c) Mampu melakukan identifikasi dan mengontrol varian indikator (*quality control*).
- d) Mampu mengidentifikasi kesenjangan (*internal medical audit*) dalam standar, kriteria (struktur, proses dan *outcome*) dan indikator pelayanan medis pada tingkat SMF dan Instalasi masing masing serta dapat memberikan saran alternatif solusi kesenjangan tersebut dalam upaya perbaikan (*corrective/ remedial action*) dan peningkatan mutu (*quality improvement*).
- e) Mampu menyajikan/presentasi langkah langkah (b) sampai (d) diatas untuk seluruh kegiatan di SMF masing masing berdasarkan pendekatan EBM:
  - Kasus Kematian/Sulit.
  - Journal Reading.
  - Ronde SMF.
  - Laporan Jaga
  - Pelayanan Medis di Rawat Inap, Rawat Jalan (Poliklinik dan Darurat Gawat).

Sedangkan **target** setelah mengikuti pelatihan :

- a) **Tim A** (Komite Medis) diharapkan dapat:
  - I. Menjadi tenaga pelatih bidang mutu pelayanan.
  - II. Menjadi *2<sup>nd</sup> Party Medical Auditor*.
  - III. Menjadi moderator dan narasumber serta pembimbing bidang mutu pelayanan bagi seluruh SMF/Bagian
- b) **Tim B(1)** – (*Chief of the clinic* SMF/Bagian) diharapkan dapat:
  - I. Menjadi '*pioneer*' bidang mutu pelayanan di SMF masing masing dalam membuat/menyusun standar, kriteria (struktur, proses dan *outcome*) dan indikator pelayanan medis pada tingkat SMF masing masing.
  - II. Menjadi *1st Party Medical Auditor* di SMF masing masing.
- c) **Tim B(2)** – (Koordinator Diklit SMF/Bagian) diharapkan dapat:
  - I. Menjadi pembimbing mutu pelayanan untuk staf paramedis di lingkungan SMF masing masing.
  - II. Menjadi *1st Party Medical Auditor* di SMF masing masing.
- c) **Tim B(3)** – (Koordinator Pelayanan medis SMF/Bagian) diharapkan dapat:
  - I. Menjadi narasumber bidang mutu pelayanan untuk SMF masing masing dalam kegiatan kasus kematian, journal reading, ronde dan laporan jaga,

pelayanan rawat inap, rawat jalan (poliklinik dan darurat gawat). Bila perlu dapat meminta bantuan kepada Tim A.

II. Menjadi *1st Party Medical Auditor* di SMF masing masing.

Dalam pelaksanaan audit sebaiknya ada penjenjangan sebagai Auditor dan persyaratannya sebagai berikut:

	Jenis Auditor	Persyaratan
1	Auditor Pratama	a) Telah mengikuti pelatihan dan lulus b) Telah melakukan minimal 10 kali internal auditing ( <i>1<sup>st</sup> Party Medical Audit</i> )
2	Auditor Madya	a) Telah mengikuti pelatihan dan lulus b) Telah melakukan minimal 20 kali internal auditing ( <i>1<sup>st</sup> Party Medical Audit</i> ) dan 10 kali <i>2<sup>nd</sup> Party Medical Auditing</i>
3	Auditor Utama	a) Telah mengikuti pelatihan dan lulus b) Telah melakukan minimal 20 kali internal auditing ( <i>1<sup>st</sup> Party Medical Audit</i> ) dan 20 kali <i>2<sup>nd</sup> Party Medical Auditing</i>

Proses ini diharapkan berkesinambungan agar terbentuk suatu '*quality trained community*' pada setiap SMF, bila memungkinkan pelatihan diperluas mencakup juga ke instalasi rumah sakit sehingga akan tercipta budaya transformasi '*quality is everyone's responsibility*' yang akan menuju kearah *Total Quality Service/Management* dengan '*process driven*' dan '*customer-focused oriented*'.

### Kepustakaan

1. Acuña LE. Don't cry for us Argentinians: two decades of teaching medical humanities. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:66–70.
2. Ahern F, O'Doherty N. Health technology assessment in Ireland. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(2):449-58.
3. Berwick DM, Leape LL. Reducing errors in medicine: It's time to take this more seriously. *Quality in Health Care* 1999;8:145–6.

4. Bodenheimer, T. (2000). Disease management in the American market. *BMJ* 320: 563-6.
5. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care* 1999;8:184-90. .
6. Campbell AV. Clinical governance: the ethical challenge to medical education. *Medical Education* 1999; 33:870-1.
7. Cookson R, Maynard A. Health technology assessment in Europe. Improving clarity and performance. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(2):639-50.
8. Cowan J. Clinical risk management: consent and clinical governance – improving standards and skills. *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(2):124-8.
9. Cowan J. Clinical risk – minimising harm in practical procedures and use of equipment. *Clinical Performance and Quality Health Care* 2000; 8(4):245-50.
10. Cowling A, Newman K, Leigh S. Developing a competency framework to support training in evidence-based healthcare. *Int J of Health Qual Assur* 1999;12(4):149-59.
11. Cullen R, Nicholls S, Halligan A. Reviewing a service – discovering the unwritten rules. *Clinical Performance and Quality Health Care* 2000; 8(4):233-9.
12. Cunningham D. Government directives and changes: the potential impact on clinical practice. *J Roy Coll Phys Lond* 1999; 33: 454-7.
13. Davies C, Walley P. Clinical governance and operations management methodologies. *Int J of Health Qual Assur* 2000;13(1):21-6.
14. Davies HTO, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000; 9:111-9
15. Department of Health. Clinical Governance: Quality in the New NHS. London: NHS Executive, 1999.
16. Ellis BW, Johnson S. The care pathway: a tool to enhance clinical governance. *British Journal of Clinical Governance* 1999; 4(2):61-71.
17. Ellis J. Sharing the evidence: clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *J of Advanced Nursing* 2000; 32(1):215-25.
18. Favaloro, R. (1999). A Revival of Paul Dudley White : An Overview of Present Medical Practice and of Our Society. *Circulation* 99: 1525-37.

19. Firmanda D. Evolusi 'Evidence-based Health Policy' dan 'Health Service Management' pada abad 21. Disampaikan dalam seminar dan diskusi panel 'Evidence-based Policy dalam bidang otonomi kesehatan' diselenggarakan oleh Puslitbang IKM dan Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM. Yogyakarta 1 Maret 2001.
20. Firmanda D. Professional continuous quality improvement health care: standard of procedures, clinical guidelines, pathways of care and evidence-based medicine. What are they? *J Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 1999; 1(3): 139-144.
21. Firmanda D. The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation. *Global Health Journal* 2000;1(2) <http://www.interloq.com/a39vli2.htm>
22. Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.
23. Firmanda D. Editorial: Profesionalisme. *Medicinal* 2000; 1(1):6.
24. Firmanda D. Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence-based Medicine*) I: satu pendekatan dalam pengambilan keputusan klinis. *Medicinal* 2000; 1(1):21-5.
25. Firmanda D. Key to success of quality care programs: empowering medical professional. *Global Health Journal* 2000; 1(1) <http://www.interloq.com/a26.htm>
26. Firmanda D. Total Quality Management in Kapuas General Hospital. Nuffield Institute of Health, University of Leeds, United Kingdom, 1998.
27. Fletcher IR. Clinical governance. *Euro J of Anaesth* 2000; 17:471-3.
28. Granados A. Health technology assessment and clinical decision making: which is the best evidence? *Int J Technol Assess Health Care* 1999 Summer;15(3):585-92.
29. Greaves D, Evans M. Conceptions of medical humanities. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:60.
30. Gross PA, Braun BI, Kritchevsky SB, Simmons BP. Comparison of clinical indicators for performance measurement of health care quality: a cautionary note. *Clinical Performance and Quality Health Care* 2000; 8(4):202-11.

31. Gourlay R. Clinical governance: another fashion or a real cultural change? *Int J of Health Qual Assur* 1999;12(3);78.
32. Hackett MC. Implementing clinical governance in Trusts. *Int J of Health Qual Assur* 1999;12(5);210-37.
33. Hackett MC, Lilford R, Jordan J. Clinical governance: culture, leadership and power - the key to changing attitudes and behaviours in trusts. *Int J of Health Qual Assur* 1999;12(3);98-104.
34. Harris A. Risk management in practice: how are we managing? *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(3):142-9.
35. Holland K, Fennel S. Clinical governance is “ACE” – using the EFQM excellence model to support baseline assessment. *Int J of Health Qual Assur* 2000;13(4);170-7.
36. Hollamby R. Disease management: is it contagious? *European Hospital Management* 1995;2(3):20-2.
37. Hunter, D. J (2000). Disease management: has it a future?. *BMJ* 320: 530.
38. Hunter D, Fairfield G. Managers' checklist: disease management. *Health Services Journal* 1996;106(suppl 7):11-2.
39. Ibrahim JE. What is the quality of our quality managers? Is it time for quality managers in Australia to be certified? *J. Qual. Clin. Practice* 2000; 20:32.
40. Jonsson E, Banta D. Management of health technologies: an international view. *BMJ* 1999; 319:1293-5.
41. Jorgensen T, Hvenegaard A, Kristensen FB. Health technology assessment in Denmark. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(2):347-81.
42. Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:23–30.
43. McIlwain JC. Clinical risk management: principles of consent and patient information. *Clin Otolaryngol* 1999; 24:144-50.
44. McManus I C, Gordon D, Winder BC. Duties of a doctor: UK doctors and Good Medical Practice. *Quality in Health Care* 2000; 9:14–22.

45. Meakin R, Kirklin D. Humanities special studies modules: making better doctors or just happier ones? *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:49-50.
46. Morrison J. Clinical governance – implication for medical education. *Medical Education* 1999; 33:162-4.
47. Miles A, Charlton B, Bentley P, Polychronis A, Grey J, Price N. New perspectives in the evidence-based healthcare debate. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2000; 6(2):77-84.
48. Morrison J. Clinical governance: the implications for medical education. *Medical Education* 1999; 33:162-4.
49. Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1999; 8:177–83.
50. Morris JN, Johnson RW. Clinical governance – what is it all about? *Anaesth* 1999; 54:311-2.
51. Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(3):172-8.
52. Onion CWR. Principles to govern Clinical governance. *J of Evaluation in Clinical Practice* 2000; 6(4):405-12.
53. Paris JAG, McKeown KM. Clinical governance for public health professionals. *J of Public Health Medicine* 1999; 21(4):430-4.
54. Richards, T. (1998). Disease management in Europe. *BMJ* 317: 426-7.
55. Rigby KD, Litt JCB. Errors in health care management: what do they cost? *Quality in Health Care* 2000; 9:216–21.
56. Riordan JF, Simpson J. Getting started as a medical manager. *BMJ* 1994;309:1563-5.
57. Rosen R, Gabbay J. Linking health technology assessment to practice. *BMJ* 1999; 13:1295-7.
58. Sanderson H. Information requirements for clinical governance. *British Journal of Clinical Governance* 2000; 5(1):52-7.



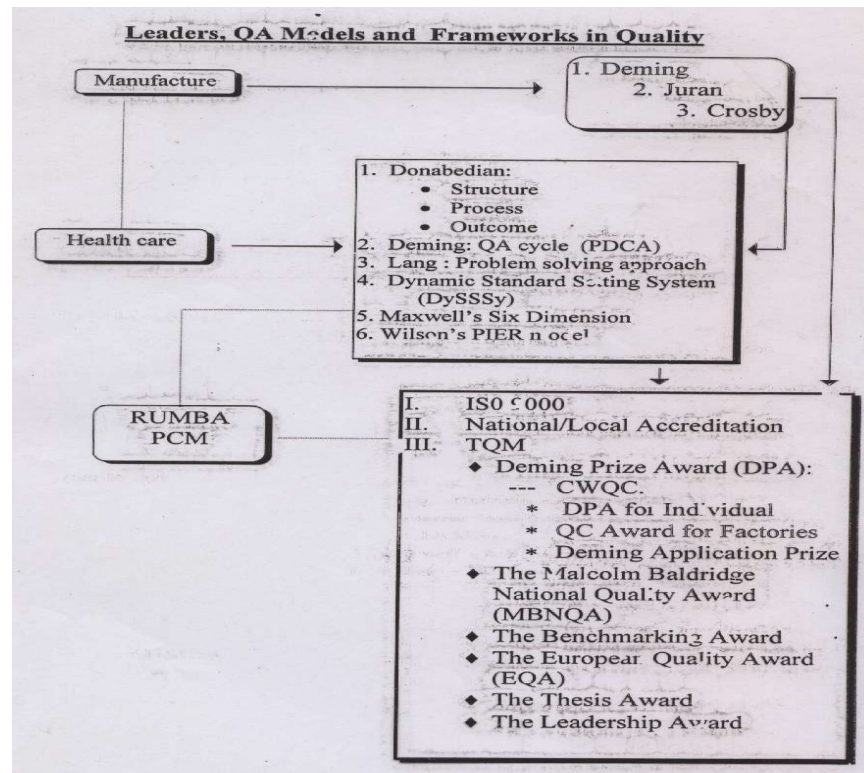
59. Saunders J. The practice of clinical medicine as an art and as a science. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:18–22.
60. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998 Jul 4;317(7150):61-5.
61. Spiegelhalter DJ, Myles JP, Jones DR, Abrams KR. An introduction to bayesian methods in health technology assessment. *BMJ* 1999; 319:508–12.
62. The new NHS. Modern. Dependable. Government White Paper. Her Majesty's Stationary Office. December, 1997.
63. Thornton JG, Lilford R J. Management for Doctors: Decision analysis for medical managers. *BMJ* 1995;310:791-4.
64. Woolf SH, Henshall C. Health technology assessment in the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(2):591-625.

# Quality Assurance<sup>#</sup>

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA.  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati, Jakarta.

## Pendahuluan

Istilah dan definisi 'mutu' mempunyai arti/makna dan perspektif yang berbeda bagi setiap individu tergantung dari sudut pandang masing masing. Dapat ditinjau dari segi profesi medis/perawat, manajer, birokrat maupun konsumen pengguna jasa pelayanan sarana kesehatan.<sup>1,2</sup> ('Quality is different things to different people based on their belief and norms'). (Lihat Gambar 1).



Gambar 1. Berbagai perspektif dari mutu.

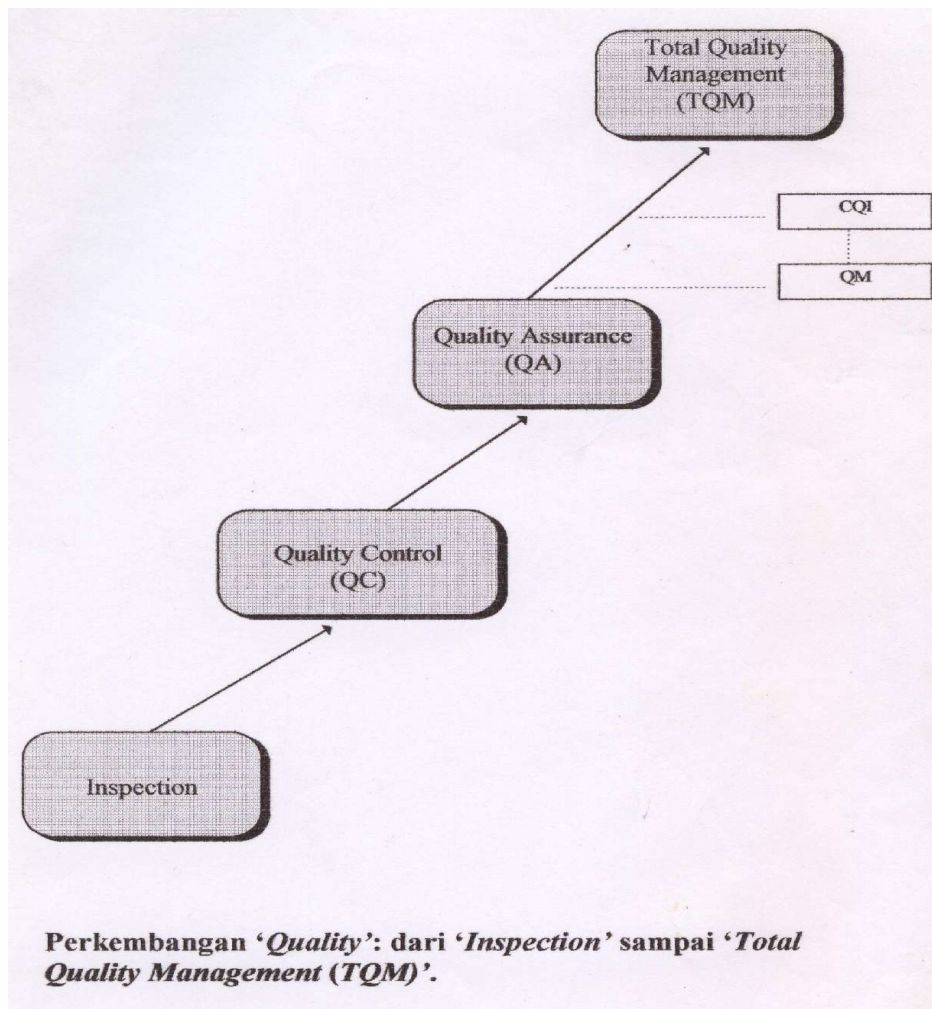
<sup>#</sup> Disampaikan dalam Pelatihan Manajemen Mutu RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso di Cisarua, 16 – 17 September 2005.

<sup>1</sup> Firmanda D. Total Quality Management in Healthcare (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

<sup>2</sup> Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000;12(4): 281-5.

## Perkembangan (Evolusi) Mutu

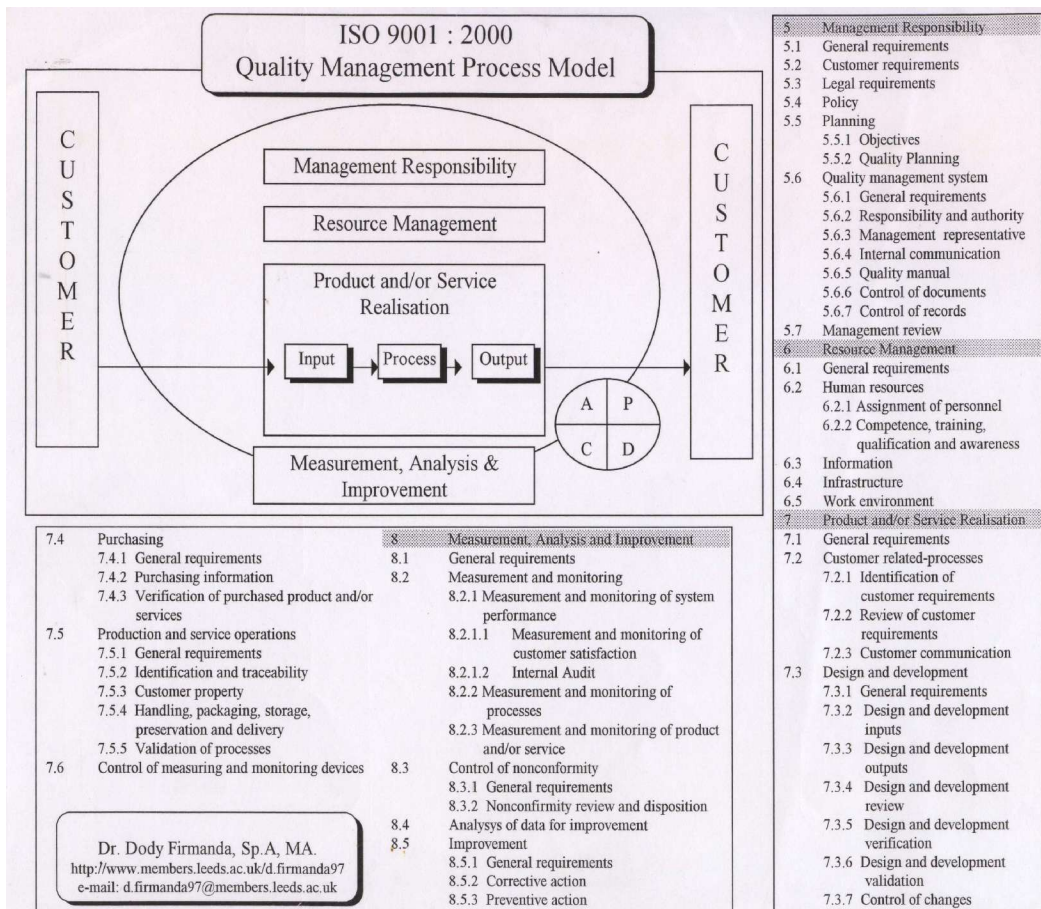
Perkembangan akan 'mutu' itu sendiri dari cara *'inspection'*, *quality control*, *quality assurance* sampai ke *total quality* sangat bervariasi sesuai dengan perkembangan ilmu. Jepang menggunakan istilah *quality control* untuk seluruhnya, sedangkan di Amerika memakai istilah *'continuous quality improvement'* untuk *'total quality'* dan Inggris memakai istilah *quality assurance* untuk *'quality assurance'*, *'continuous quality improvement'* maupun untuk *'total quality'* dan tidak membedakannya. (Lihat Gambar 2).



Gambar 2. Skema sederhana perkembangan mutu.

Evolusi perkembangan mutu itu sendiri berasal dari bidang industri pada awal akhir abad ke sembilan belas dan awal abad ke dua puluh di masa perang dunia pertama. Pada waktu itu industri senjata menerapkan kaidah *'inspection'* dalam

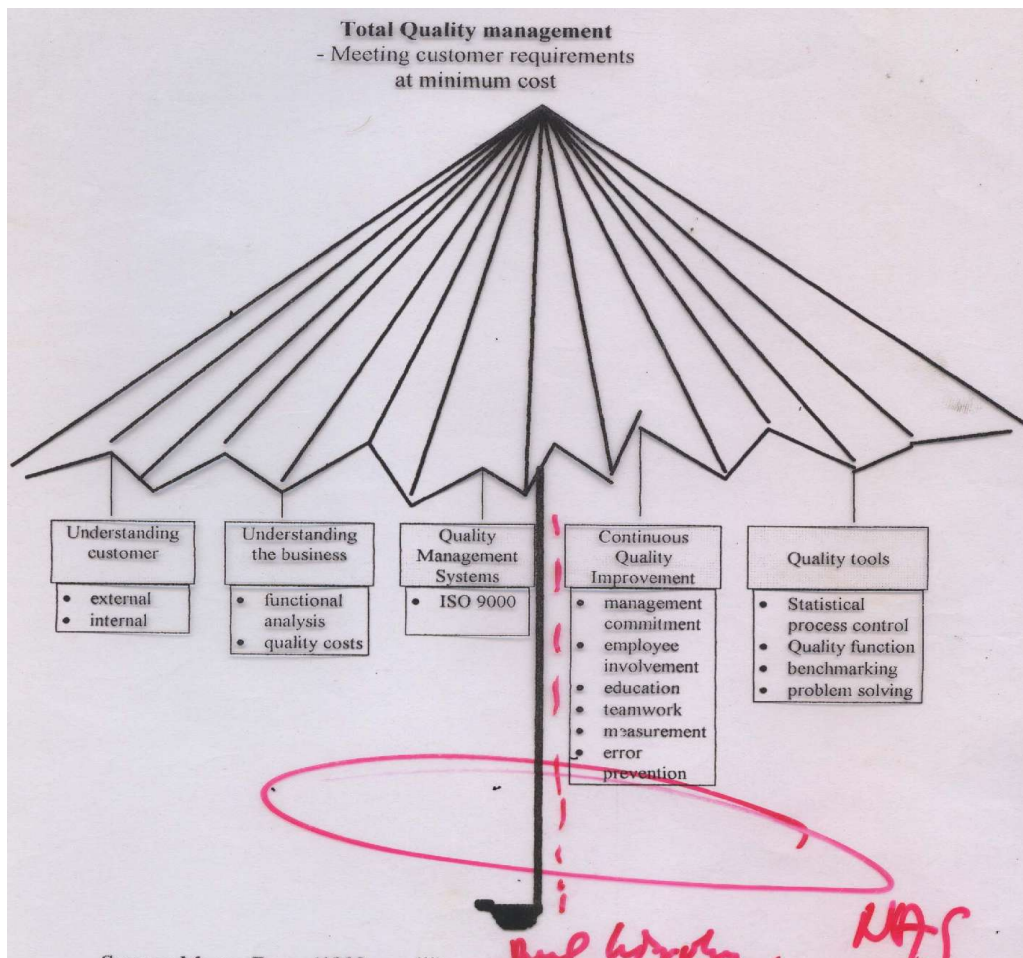
menjaga kualitas produksi amunisi dan senjata. Kemudian Shewart mengembangkan dan mengadopsi serta menerapkan kaidah statistik sebagai 'quality control' serta memperkenalkan pendekatan siklus P-D-S-A (Plan, Do, Study dan Act) yang mana hal ini kemudian dikembangkan oleh muridnya Deming sebagai P-D-C-A (Plan, Do, Check dan Action). Kaidah PDCA ini menjadi cikal bakal yang kemudian dikenal sebagai 'generic form of quality system' dalam 'quality assurance' dari BSI 5751 (British Standards of Institute) yang kemudian menjadi seri EN/ISO 9000 dan 14 000. (Lihat Gambar 3). Tatkala Deming diperbantukan ke Jepang dalam upaya memperbaiki dan mengembangkan industri, beliau mengembangkan dengan memadukan unsur budaya Jepang 'kaizen' dan filosofi Sun Tzu dalam hal 'benchmarking' maupun manajemen dan dikenal sebagai 'total quality'.<sup>3</sup> (Lihat Gambar 4)



Gambar 3. Contoh dari model Quality Assurance versi ISO 9001:2000

<sup>3</sup> Moss F, Palmberg M, Plsek P, Schellekens W. Quality improvement around the world: how much we learn from each other. *Qual Health Care* 2000;8:63-6.

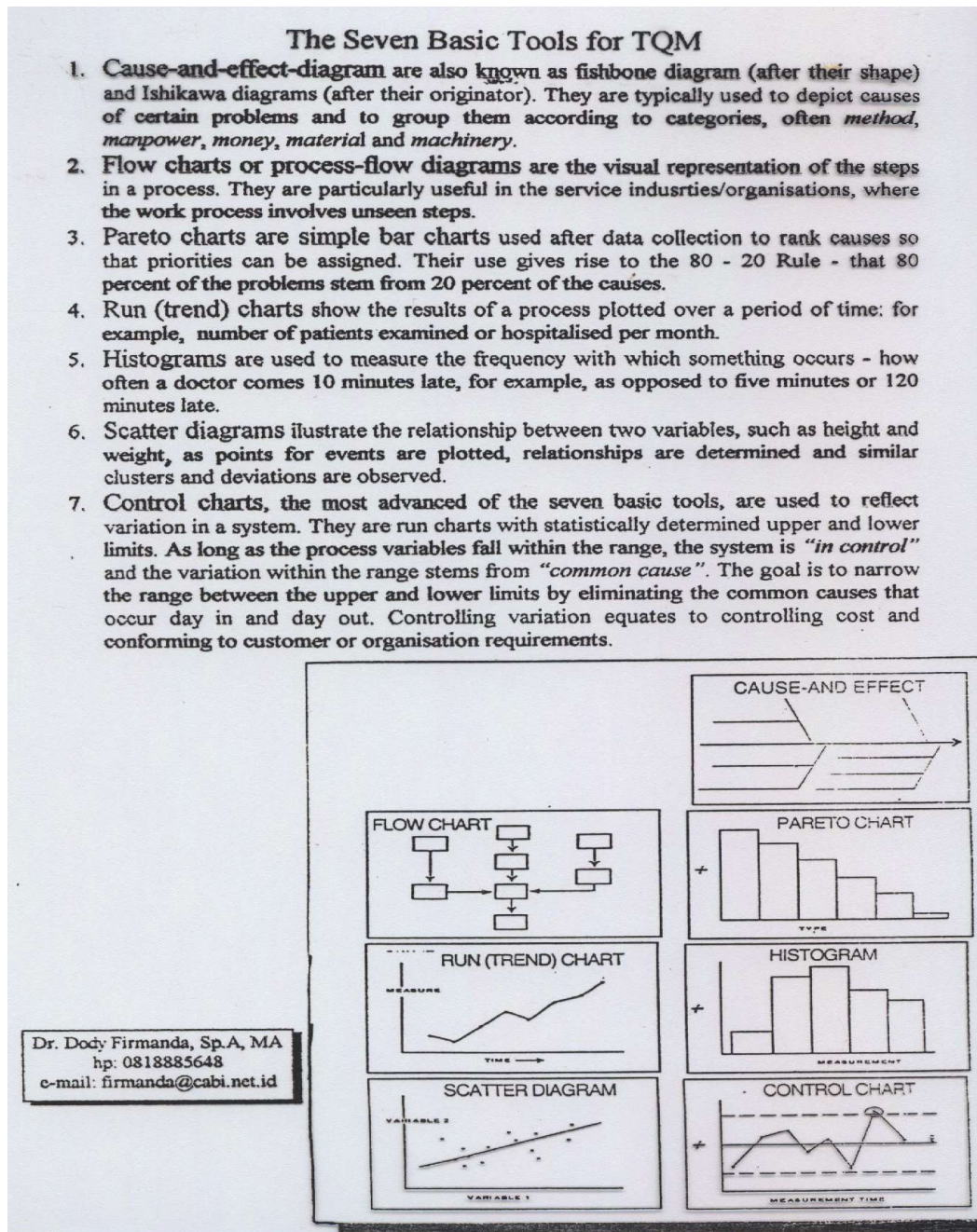
Sedangkan *Total Quality Management/Service (TQM/S)* adalah suatu cara pendekatan organisasi dalam upaya meningkatkan efektifitas, efisiensi dan responsif organisasi secara melibatkan seluruh staf/karyawan dalam segala proses aktifitas peningkatan mutu dalam rangka memenuhi kebutuhan/tuntutan konsumen pengguna jasa organisasi organisasi tersebut. (*'Process driven'* dan *'customer-focused oriented'*). Ini merupakan suatu tingkat tertinggi dalam upaya organisasi tersebut untuk mencapai tingkat dunia (*World Class Quality Health Care*).<sup>4</sup> Secara ringkas ada 5 struktur komponen utama dalam *Total Quality Management (TQM)* yakni *understanding the customer, understanding the hospital's business, quality systems, continuous quality improvement* dan *quality tools*. (Lihat Gambar 4).



Gambar 4. Komponen *Total Quality Management (TQM)*

<sup>4</sup> Firmanda D. Total Quality Management in Healthcare (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

Untuk dapat menguasai TQM harus menguasai akan kaidah/teknik dari perkembangan mutu itu sendiri dari *inspection, quality control* dengan *seven basic statistics process control/ SPC* (Lihat Gambar 5), dan *quality assurance* dengan ketiga komponen utamanya yang terdiri *setting standards, checking the standards (audit and accreditation)* dan *continuous quality improvement (CQI)*.



Gambar 5. Seven basic statistics process control (SPC) dari Total Quality Management (TQM).

Beberapa rumah sakit di Amerika Serikat yang telah menerapkan pendekatan varians sistem dari *Total Quality Management* (TQM) adalah sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 6 berikut.

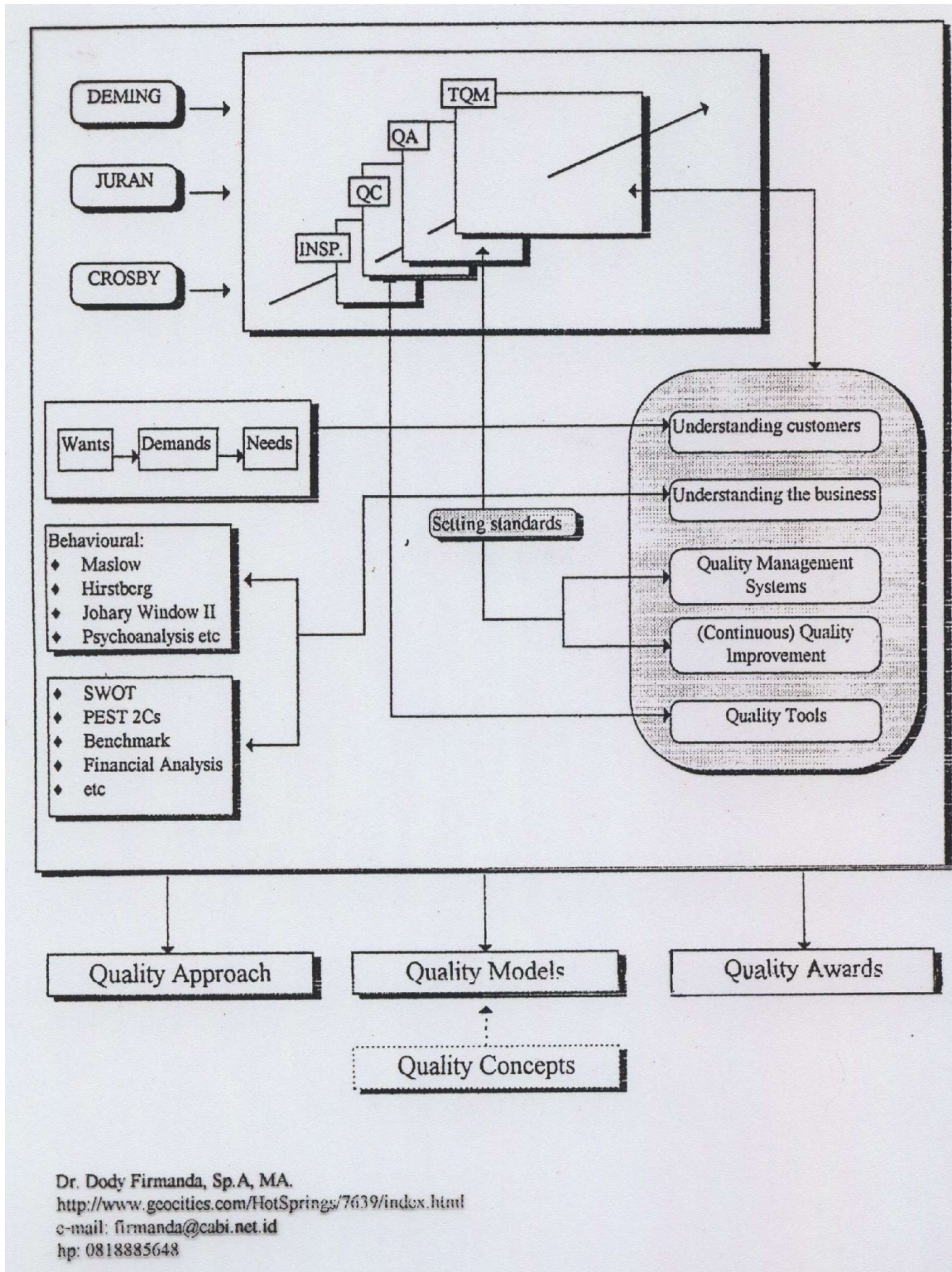
There are five different TQM's hospital setting models in USA that deserve attention:

- 1. The NKC model**  
This model developed by NKC inc., the winner of the First Annual healthcare forum/Witt award, describes **10 steps to quality** it took in the '*absence of a model*'. Since then, more sophisticated models have been described in the healthcare literature. One needs, however, to keep in mind that this healthcare institution was one of the first to actually apply TQM to the hospital setting and that total quality processes are still very new to healthcare.
- 2. The Hospital Corporation of America model**  
The Hospital Corporation of America has been using the Deming philosophy, and adapted the well-known **14 Deming points** and a strategy called "**FOCUS-PDCA**" to the health care setting. It described a **five-step** quality improvement implementation process. These steps are: organising efforts to improve quality, action plan to improve quality, pilot implementation, executive visioning, and developing and implementing cultural change strategy.
- 3. The Harvard Community Health Plan model**  
The model developed and professed **four phases** of quality improvement (start-up, test, scale-up, institutionalise) and **12 specific steps** of quality improvement process. This model has been tested quite extensively through the various phases of the USA National Demonstration Project.
- 4. The American Hospital Association model**  
This model described **three major steps** (prepare to improve, implement, innovate) for achieving high quality and appropriate cost reduction, and developed an operational model for quality in healthcare based on the four different dimensions of quality (quality of organisation/management, quality of evaluation, quality of service, value of care).
- 5. The University of Michigan Medical Center (UMMC) model**  
Gaucher & Coffey's book '*Total Quality in health care*' (1993, 1st ed.) published by Jossey-Bass, San Francisco. The book based on their project in the University of Michigan Medical Center (UMMC) in 1990 as a participant in USA National Demonstration Project and winner of Second Annual Healthcare Forum/Witt award. Their total quality process includes a number phases (create awareness, top leadership training, development of internal resources, mid-level training, introduction of quality improvement teams, employee and clinical training) and is conceived as a 5-year process (from awareness to maturity).

*Solifian*  
20-02-1997.

Gambar 6. Beberapa model TQM di rumah sakit Amerika Serikat.

Ruang lingkup *Total Quality Management* (TQM) dapat disederhanakan sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 7 berikut.

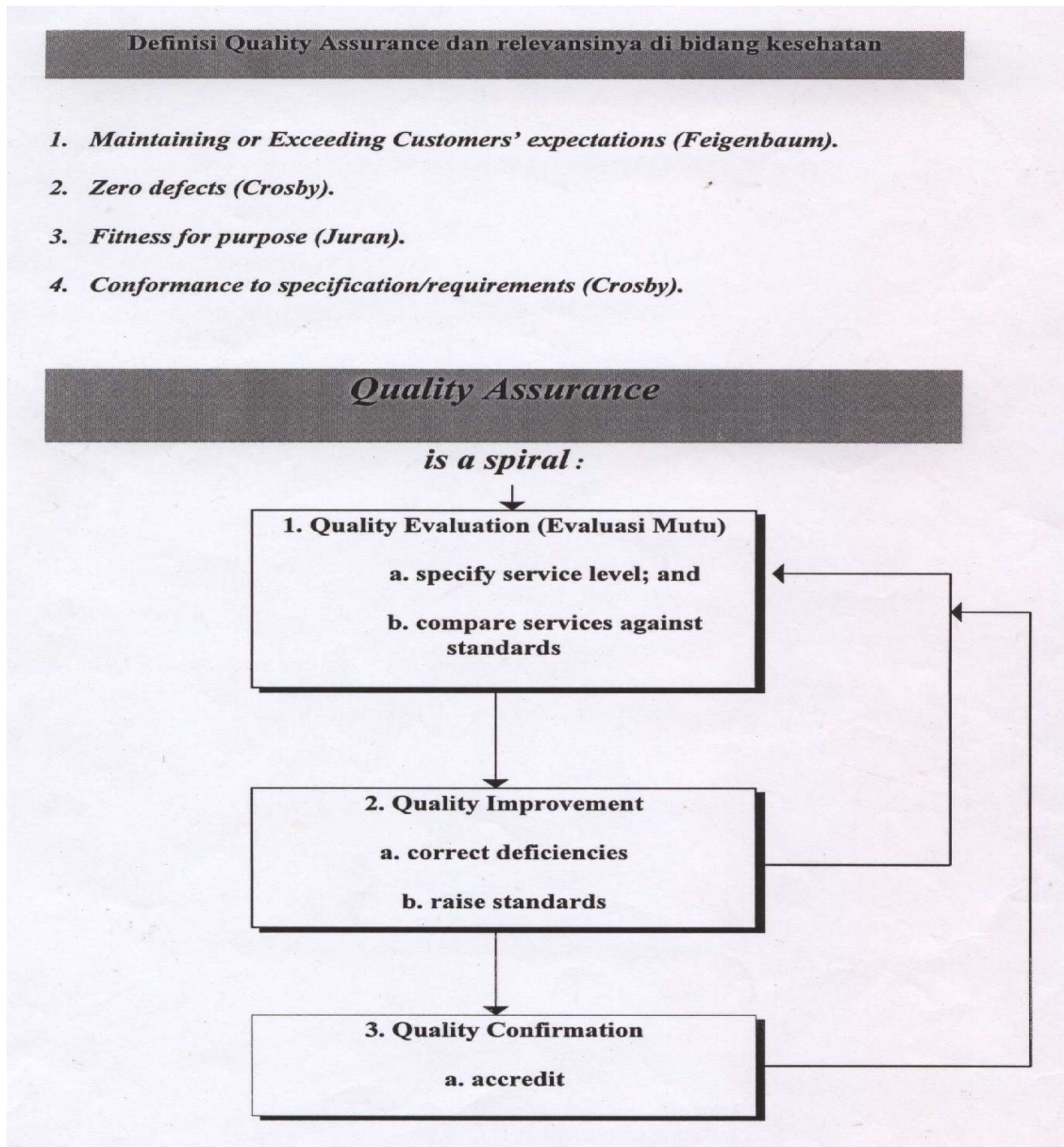


Gambar 7. Ruang Lingkup *Total Quality Management* (TQM)



## Quality Assurance (QA)

Quality Assurance (QA) adalah tahap ke tiga dan yang paling penting dalam perkembangan mutu suatu institusi/organisasi menuju tingkat yang lebih luas dan tinggi ('*total quality*'). QA itu sendiri terdiri dari beberapa komponen sebagai berikut<sup>5,6</sup>;



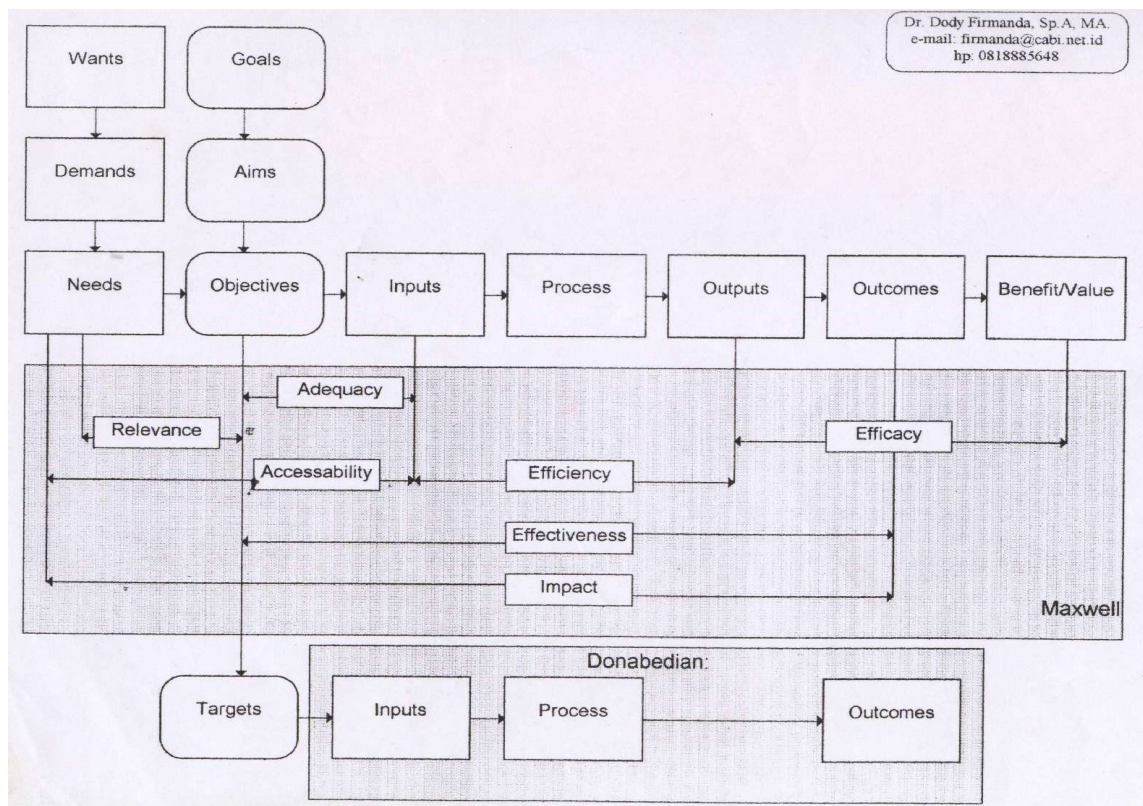
Gambar 8. Komponen Quality Assurance (QA)

<sup>5</sup> Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2000;12(3): 191-201.

<sup>6</sup> Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPERT project on *visitatie*, accreditation, EFQM and ISO assessment in European countries. *Int J Qual Health Care* 2000;12(3): 169-75.

## 1. Standar

Standar dibuat berdasarkan kebijakan (*policy*), tujuan (*aims*) dan objektif yang telah disepakati bersama dalam institusi tersebut untuk dijadikan *kriteria* yang dapat ditinjau dari segi *input/struktur*, proses dan *output/outcome* sebagaimana dapat pada Gambar 9 di bawah. Untuk bidang kesehatan Donabedian<sup>7</sup> dengan '*structure, process dan outcome*' pada awal tahun 80an memperkenalkan tentang cara penilaian untuk standar, kriteria dan indikator. Selang beberapa tahun kemudian Maxwell mengembangkan '*six dimensions of quality*'. Teknik Donabedian dan Maxwell ini lebih menitikberatkan tentang hal membuat standar dan penilaiannya (akreditasi) yang merupakan 2 dari 3 komponen '*quality assurance*'.<sup>8, 9</sup>



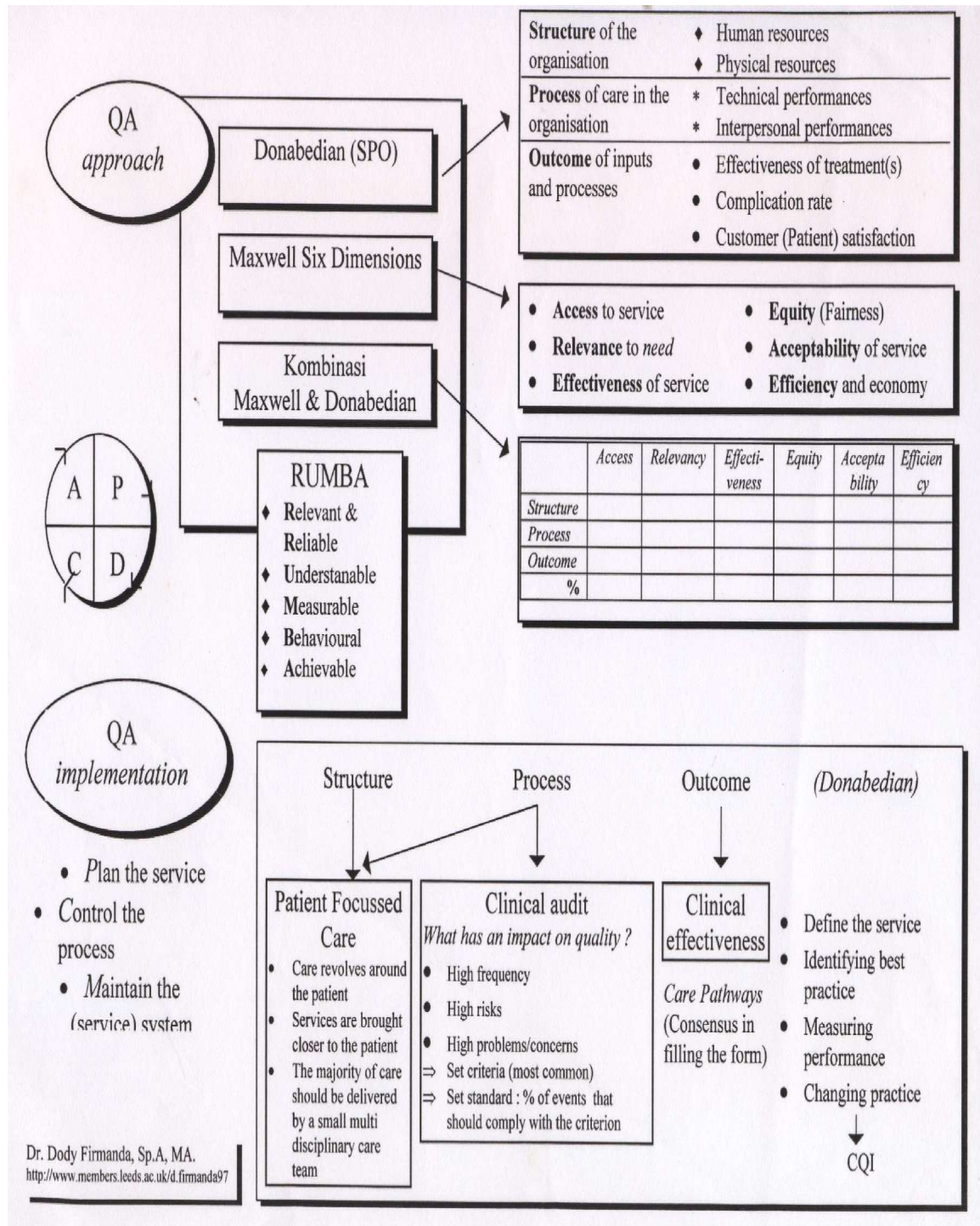
Gambar 9. Hubungan antara tujuan dan objektif suatu organisasi/ institusi dalam hal standar, kriteria dan indikator mutu berdasarkan pendekatan tehnik Donabedian dan Maxwell.

<sup>7</sup> Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed ? *JAMA* 1988; 260:1743-8.

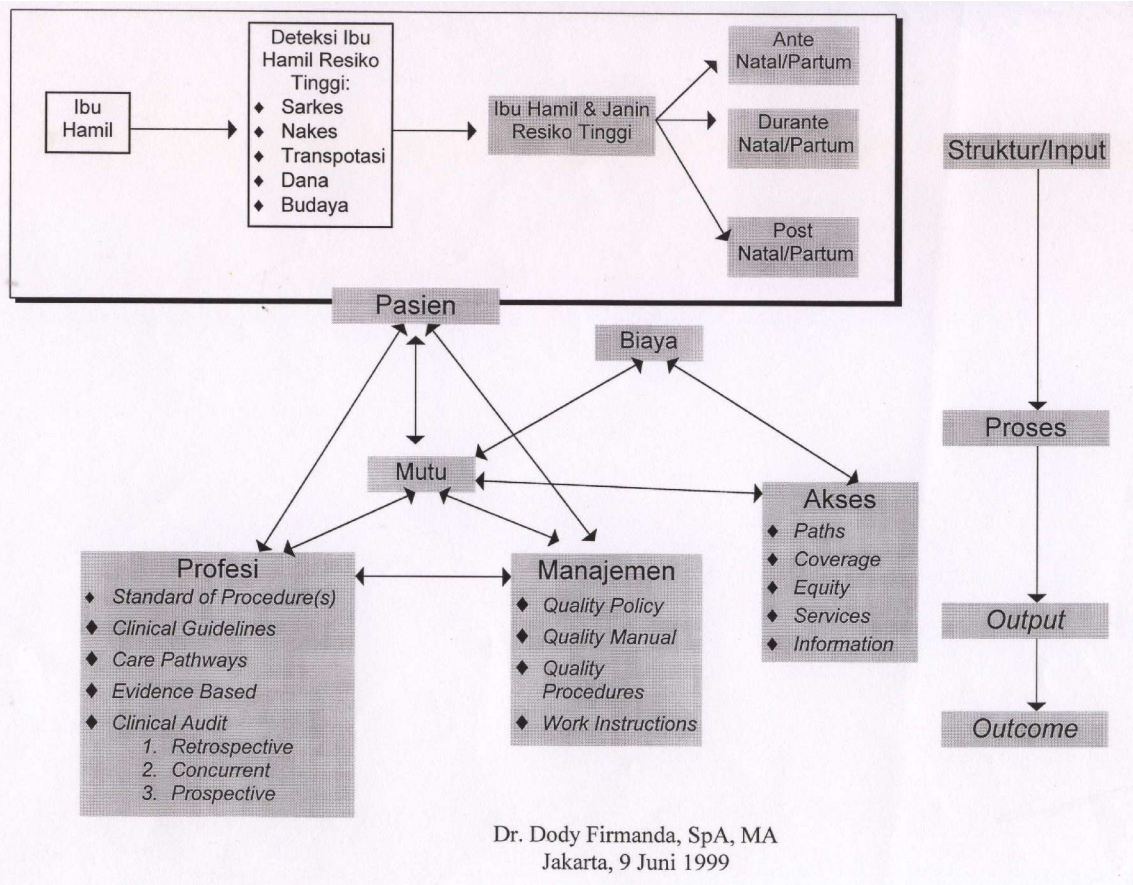
<sup>8</sup> Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

<sup>9</sup> Firmanda D. The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation. *Global Health Journal* 2000;1(2) <http://www.interloq.com/a39vliis2.htm>

Ada beberapa tehnik/cara dalam membuat standar tersebut: cara Donabedian atau Maxwell atau bahkan kombinasi antar keduanya (cara Don-Max) sebagaimana contoh berikut (Gambar 10 dan 11):



Gambar 10. Contoh Implementasi Hubungan Teknik Donabedian dan Maxwell dalam hal standar, kriteria dan indikator mutu.



Gambar 11. Contoh implementasi QA untuk pelayanan ibu hamil dalam membuat standar, kriteria dan indikator mutunya.

## 2. Audit dan Akreditasi

Audit dapat dilaksanakan dalam 3 tahap dengan maksud dan tujuan yang berbeda.<sup>10,11,12</sup>

**Audit pertama** (*1st Party Audit*) sebagai '*internal audit*' atau '*self assessment*' untuk penilaian promotif dalam rangka deteksi dini dan melakukan perbaikan/peningkatan standar (*'corrective action'*). Audit pertama ini dilakukan dan diselesaikan pada tingkat SMF masing masing (*1st Party Medical Audit*)

<sup>10</sup> Adams C, Neely A. The performance prism to boost success. *Measuring Health Business Excellence* 2000; 4(3):19-23.

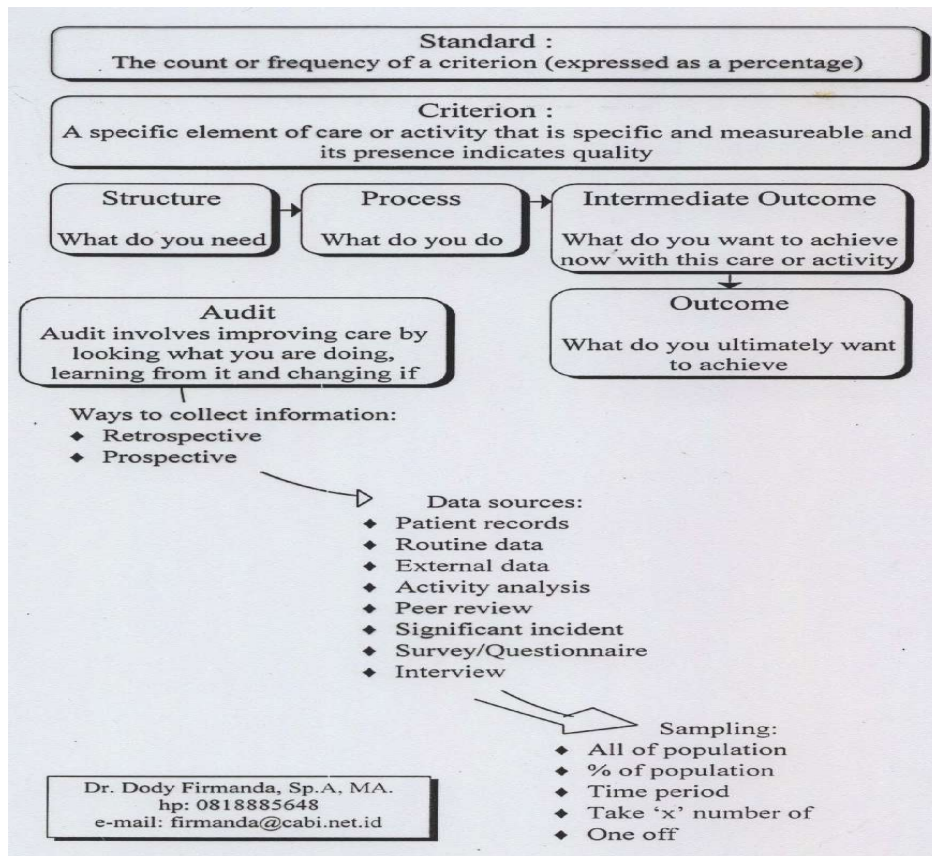
<sup>11</sup> Lawrence JJ, Dangerfield B. Integrating professional reaccreditation and quality award. *Qual Assur Education* 2001; 9(2):80-91.

<sup>12</sup> Coyle YM, Battles JB. Using antecedents of medical care to develop valid quality of care measures. *Int J Qual Health Care* 1999;11(1): 5-12.

dengan melibatkan seluruh dokter SMF dan pelaksanaan audit tersebut dipimpin oleh Koordinator Etik dan Mutu SMF; Bila perlu dapat mengundang jajaran struktural/manajerial dimana pelayanan tersebut berlangsung (*1<sup>st</sup> Party Managerial Audit*).

**Audit ke dua** (*2nd Party Medical Audit*) dilakukan oleh Tim Etik dan Mutu Pelayanan Komite Medis terhadap kasus Medis yang tidak dapat diselesaikan pada tingkat audit pertama atau kasus tersebut melibatkan antar profesi Medis (beberapa SMF), melibatkan tim lintas fungsi maupun lintas manajerial.

**Audit ke tiga** (*3rd Party Audit*) merupakan '*external audit/peer review*' yang dilakukan oleh pihak ketiga dari satu badan independen yang berwenang memberikan penilaian pendekatan sistem ('*system-approached*') dan memberikan rekomendasi terakreditasi untuk menyelenggarakan pelayanan ataupun pendidikan suatu bidang tertentu ('*scope*') selama sekian tahun untuk di akreditasi kembali. Secara ringkas mengenai hubungan antara audit dengan standar sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 12 berikut.

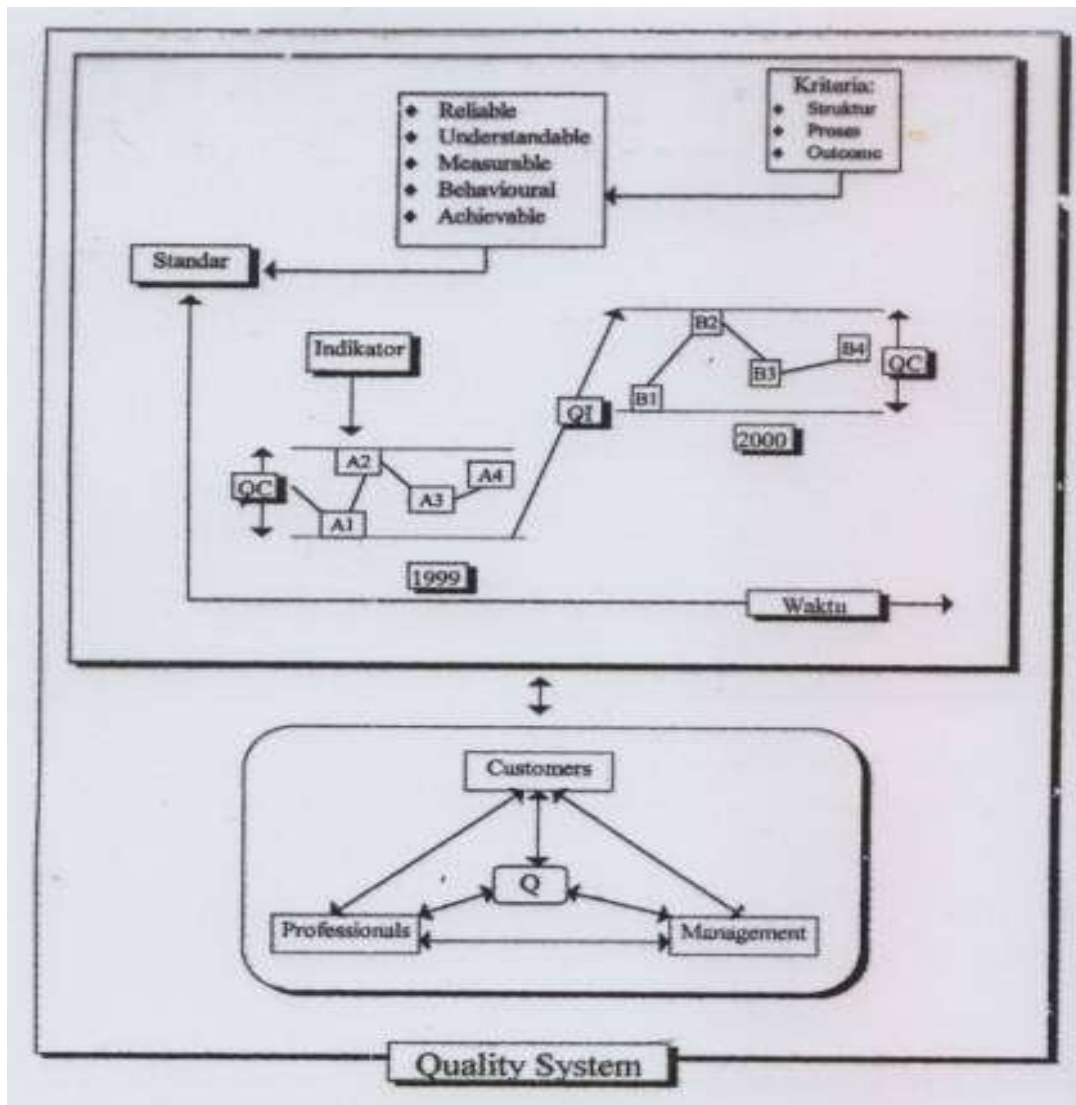


Gambar 12. Hubungan antara standar dengan audit

Mengenai implementasi dan contoh audit medis di rumah sakit akan dibahas secara khusus dalam makalah Peran Komite Medis dalam Mutu Pelayanan.

### 3. *Continuous Quality Improvement (CQI)*

*Continuous Quality Improvement (CQI)* adalah langkah selanjutnya dalam siklus QA yang merupakan upaya institusi pelayanan tersebut mempertahankan (*monitoring*) dan meningkatkan mutu melalui berbagai kegiatan sesuai standar, kriteria dan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya dalam suatu sistem manajemen mutu sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 13 berikut.



Gambar 13. Skema ringkas konsep *Continuous Quality Improvement (CQI)*

## Variasi *Quality Assurance (QA) : Clinical Governance*

Sejak 8 tahun terakhir ini QA di bidang kesehatan/kedokteran telah bergeser ke arah satu variasi yang dinamakan '*Clinical Governance (CG)*' dengan menitikberatkan dalam hal dampak (*impact*) yakni **Patients Safety**.<sup>13,14,15,16,17,18</sup> (Akan dibahas lebih mendalam pada makalah Peran Komite Medik dalam Mutu Pelayanan).

Konsep garis besar '*Clinical Governance (CG)*' dikatakan sebagai upaya dalam rangka *continuous quality improvement (CQI)* berdasarkan pendekatan integrasi *Evidence-based Medicine (EBM)*, *Evidence-based Health Care (EBHC)* dan *Evidence-based Policy* yang terdiri dari empat aspek utama dari enam aspek yaitu *professional performance*, *resource use (efficiency)*, *risk management* dan *patients' satisfaction*. Penerapan '*Clinical Governance*' dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan memerlukan beberapa persyaratan yakni *organisastion-wide transformation*, *clinical leadership* dan *positive organizational cultures*.<sup>19,20,21,22</sup>

*Clinical Governance (CG)* adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dalam satu organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan (rumah sakit) yang efisien. Clinical

<sup>13</sup> Donaldson L. Championing patient safety: going global – a resolution by the World Health Assembly. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:112.

<sup>14</sup> US Department of Health and Human Services. US and UK sign agreements to collaborate on health care quality. 10 October 2001.

<sup>15</sup> World Health Organization. World Health Organization Executive Board Resolution EB109.R16, 18 January 2002.

<sup>16</sup> Moss F, Barach P. Quality and safety in health care: a time of transition. *Qual Saf Health Care* 2002;11:1.

<sup>17</sup> Leach DC. Changing education to improve patient care. *Qual Health Care* 2001; 10:54-8.

<sup>18</sup> Lilford RJ. Patient safety research: does it have legs? *Qual Saf Health Care* 2002; 11:113-4.

<sup>19</sup> Firmanda D. The evolution and roles of Evidence-based Health Policy in Health Service Management. Presented in seminar and discussion panel on "*Evidence-based Policy for the era of Indonesian Health Decentralized System in 21<sup>st</sup> Century*". Center for Public Health Research, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, Yogyakarta 1<sup>st</sup> March 2001.

<sup>20</sup> Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-5.

<sup>21</sup> Heard SR, Schiller G, Aitken M, Fergie C, Hall LM. Continuous quality improvement: educating towards a culture of clinical governance. *Qual Health Care* 2001; 10:70-8.

<sup>22</sup> Sausman C. New roles and responsibilities of chief executives in relation to quality and clinical governance. *Qual Health Care* 2001;10(Suppl II):13-20.

governance is “a framework through which organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish.”<sup>23</sup>

Secara konsep komponen utama CG terdiri dari:

1. Akauntabilitas dan alur pertanggung jawaban yang jelas bagi mutu pelayanan
2. secara umum dan khusus. Kegiatan program peningkatan mutu yang berkesinambungan.
3. Kebijakan manajemen resiko.
4. Prosedur profesi dalam identifikasi dan upaya perbaikan/peningkatan kinerja.

Agar keempat komponen utama tersebut dapat terlaksana dengan baik dan hasil yang optimum, maka dalam rencana strategisnya ditekankan akan ‘mutu’ dari segi ‘*inputs*’. Sudah seyogyanya pelayanan kesehatan/kedokteran terstruktur dan dengan baik serta diselenggarakan secara simultan dan berkesinambungan melalui suatu sistem dan subsistem yang jelas dan konsisten dalam hal kebijakan (*policy*) dan panduan (*manual*).<sup>24,25,26,27</sup>

---

<sup>23</sup> Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999;8:184-190.

<sup>24</sup> Groll R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care – essential for all who want to improve health care and education. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:110-1.

<sup>25</sup> Pittilo RM, Morgan G, Fergy S. Developing programme specifications with professional bodies and statutory regulators in health and social care. *Qual Assur Education* 2000; 8(4):215-21.

<sup>26</sup> Ancarani A, Capaldo G. Management of standardised public services: a comprehensive approach to quality assessment. *Managing Service Qual* 2001;11(5):331-41.

<sup>27</sup> Carroll JS, Edmondson AC. Leading organisational learning in health care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:51–6.

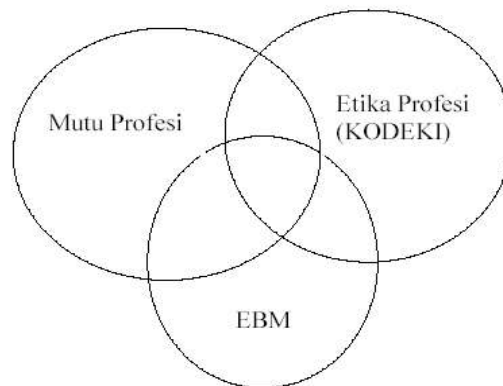


# Peran Komite Medik dalam Mutu Pelayanan<sup>#</sup>

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA.  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati, Jakarta.

## Pendahuluan

Fungsi dan wewenang Komite Medis adalah menegakkan etika profesi medis dan mutu pelayanan medis berbasis bukti.<sup>1</sup> Adapun tugas dan fungsi dari Kelompok Staf Medis (KSM)/Staf Medis Fungsional (SMF) adalah melaksanakan kegiatan pelayanan medis, pendidikan, penelitian dan pengembangan keilmuannya yang berpedoman pada ketetapan Komite Medis atas etika profesi Medis dan mutu keprofesian medis. Jadi profesi Medis dalam melaksanakan profesinya berdasarkan falsafah meliputi etika, mutu dan *evidence-based medicine*. Konsep dan filosofi Komite Medis RS adalah perpaduan antara ketiga komponen yang terdiri dari Etika Profesi, Mutu Profesi dan *Evidence-based Medicine* (EBM) sebagaimana terlihat dalam Gambar 1.<sup>2</sup>



Gambar 1. Konsep dan Filosofi Komite Medis RS: Etika, Mutu dan *Evidence-based Medicine* (EBM)

<sup>#</sup> Disampaikan dalam Pelatihan Manajemen Mutu RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso di Cisarua, 16 – 17 September 2005.

<sup>1</sup> Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah sakit, Jakarta 25 April 2005.

<sup>2</sup> Firmanda D. Sistem Komite Medik RS Fatmawati, 20 Februari 2003.

Meskipun pelayanan kesehatan sangat bervariasi dari dan dalam satu negara, propinsi maupun daerah di negara maju/industri maupun dunia ketiga. Akan tetapi ciri dan sifat masalah tersebut tidak jauh berbeda satu sama lainnya dalam hal yang mendasar yakni semakin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut (perubahan demografi), tuntutan dan harapan pasien akan pelayanan, perkembangan teknologi kedokteran dan semakin terbatasnya sumber dana.

Dalam pengelolaan suatu sarana kesehatan (rumah sakit maupun klinik) seorang manajer maupun dokter akan (bahkan harus) membuat suatu 'keputusan' dalam penyelenggaraan rumah sakit/klinik tersebut maupun dalam penatalaksanaan pasien sebagai individu maupun kelompok. Keputusan tersebut akan mempunyai dampak, terhadap pasien itu sendiri dan lingkungannya (dalam hal ini keluarga, masyarakat dan penyandang dana atau asuransi) serta lingkungan dimana pelayanan kesehatan tersebut diberikan/diselenggarakan (dari segi dimensi tempat: poliklinik rawat jalan, ruang gawat darurat, rawat inap, ruang perawatan intensif, ruang operasi dan lain lain; sedangkan dari segi dimensi fungsi: akan menggerakkan/utilisasi mulai dari registrasi unit rekam medis, penunjang laboratorium, farmasi, bank darah, unit gizi, laundry, penyediaan air, penerangan listrik dan sebagainya sampai proses pasien itu pulang sembuh dan kembali kontrol atau kembali kepada perujuk asal atau keluar rumah sakit melalui kamar jenazah) dan penyelesaian administrasi keuangan. Ini adalah satu proses dalam satu sistem sarana pelayanan kesehatan yang berlangsung secara simultan dan berurutan atas konsekuensi 'keputusan' diatas. Biaya atau dana untuk tenaga medis (dokter) hanya sekitar 20% dari seluruh anggaran yang dikeluarkan oleh satu sarana penyelenggara kesehatan (rumah sakit), sedangkan 80% lainnya sangat berhubungan dengan 'keputusan' dokter tersebut.

'Kesalahan' diakibatkan oleh faktor manusia hanya sekitar 10-20%, selebihnya (80%) dikarenakan oleh sistem, kebijakan (*policy*) dan prosedur yang tidak jelas serta tidak konsisten. Oleh karena itu dalam upaya mencapai hasil yang optima dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pasien baik secara individu maupun kelompok serta efisien dan berazas manfaat, maka diperlukan

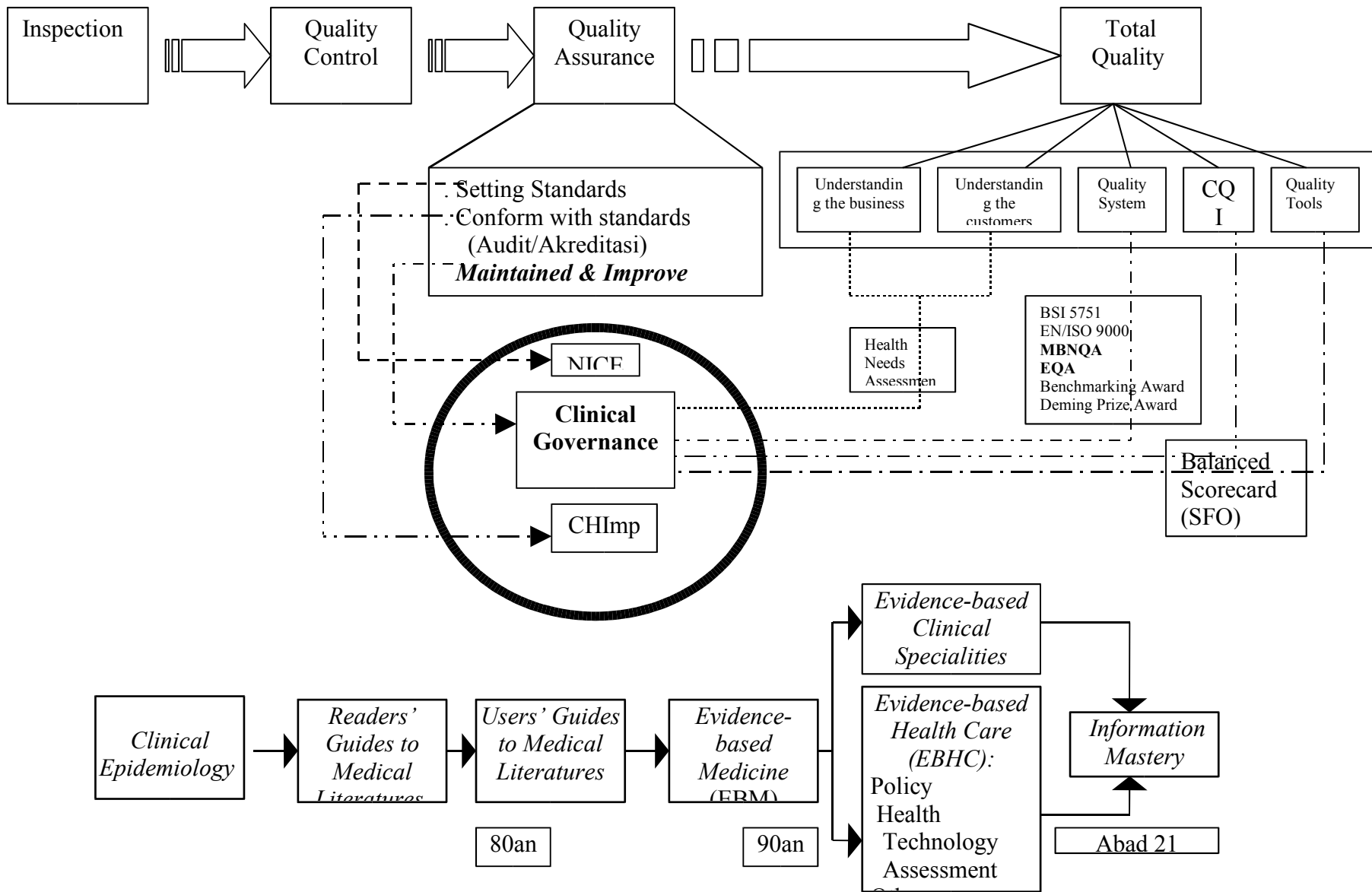
suatu 'keputusan' yang baik dan tepat didalam 'sistem' yang jelas dan konsisten. Hal ini akan terwujud bila mempunyai jiwa kepemimpinan (*leadership*) yang visioner, 'survivalist', konsisten dan konsekuen. Sistem itu sendiri terdiri dari tiga komponen yakni struktur, proses dan hasil (*outcome*) yang sama pentingnya serta saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

### **Sistem Komite Medik, Sistem SMF/KSM dan Sub Sistem Tim Tim Komite Medik (*Clinical Governance*)**

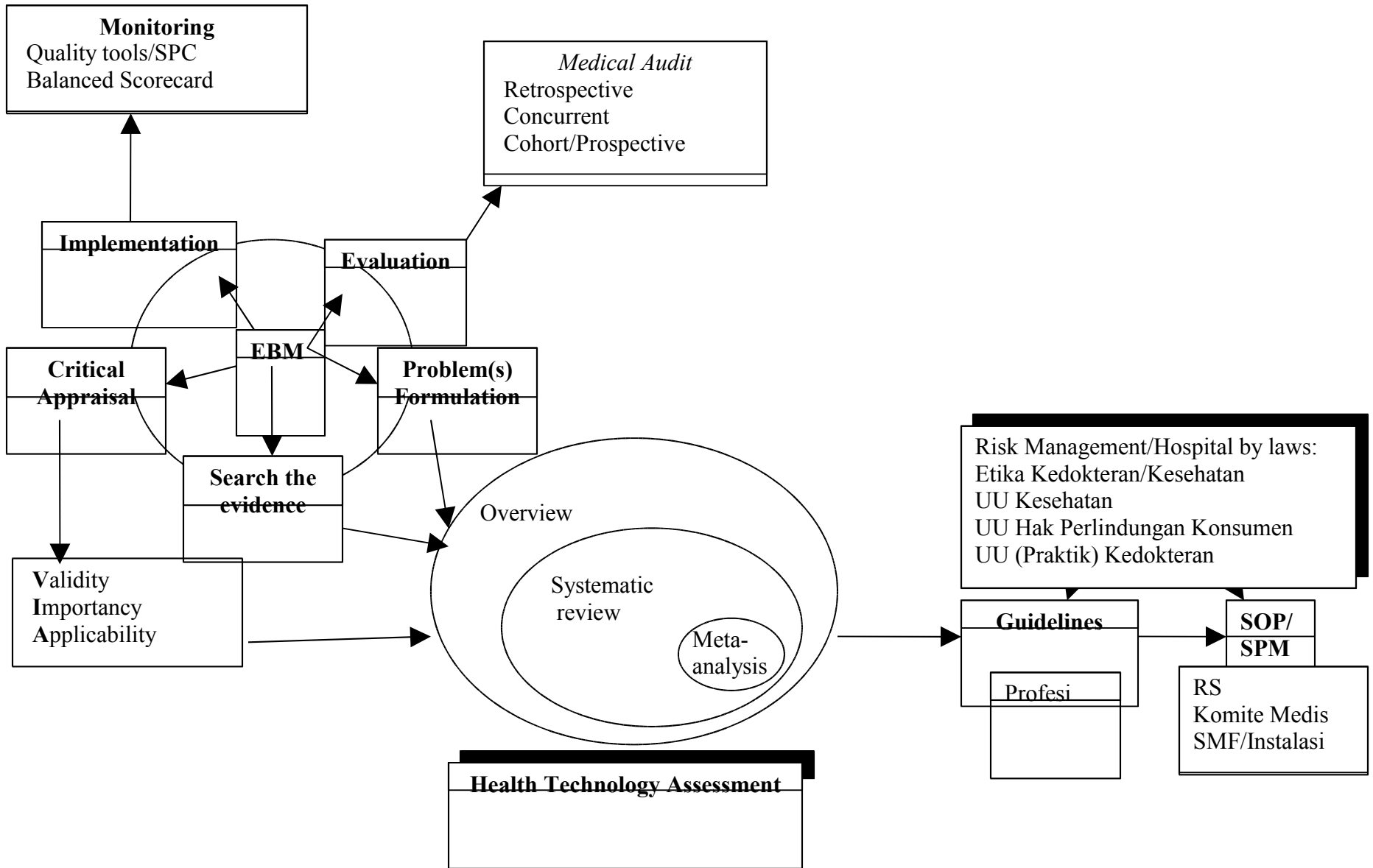
Dalam rangka meningkatkan mutu profesi baik secara keseluruhan, kelompok maupun individu profesi, Komite Medik membuat kebijakan melalui Sidang Pleno Komite Medik dan menetapkan Sistem Profesi di tingkat Komite Medik, SMF dan Tim Tim Komite Medik. Pada prinsip dasarnya sistem tersebut menjelaskan secara eksplisit mengenai struktur, fungsi, tugas, wewenang dan tanggung jawab serta jadwal dan alur kegiatan untuk bidang pelayanan profesi, pendidikan dan penelitian kedokteran di rumah sakit. Konsep dasar *Clinical Governance* Komite Medik terdiri dari gabungan dari sistem mutu, epidemiologi klinis (*Evidence-based Medicine/EBM*), dan peraturan serta perundangan yang berlaku. Secara sederhana sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 2 dan 3 berikut.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Firmanda D. Sistem Komite Medik RS Fatmawati, 20 Februari 2003.

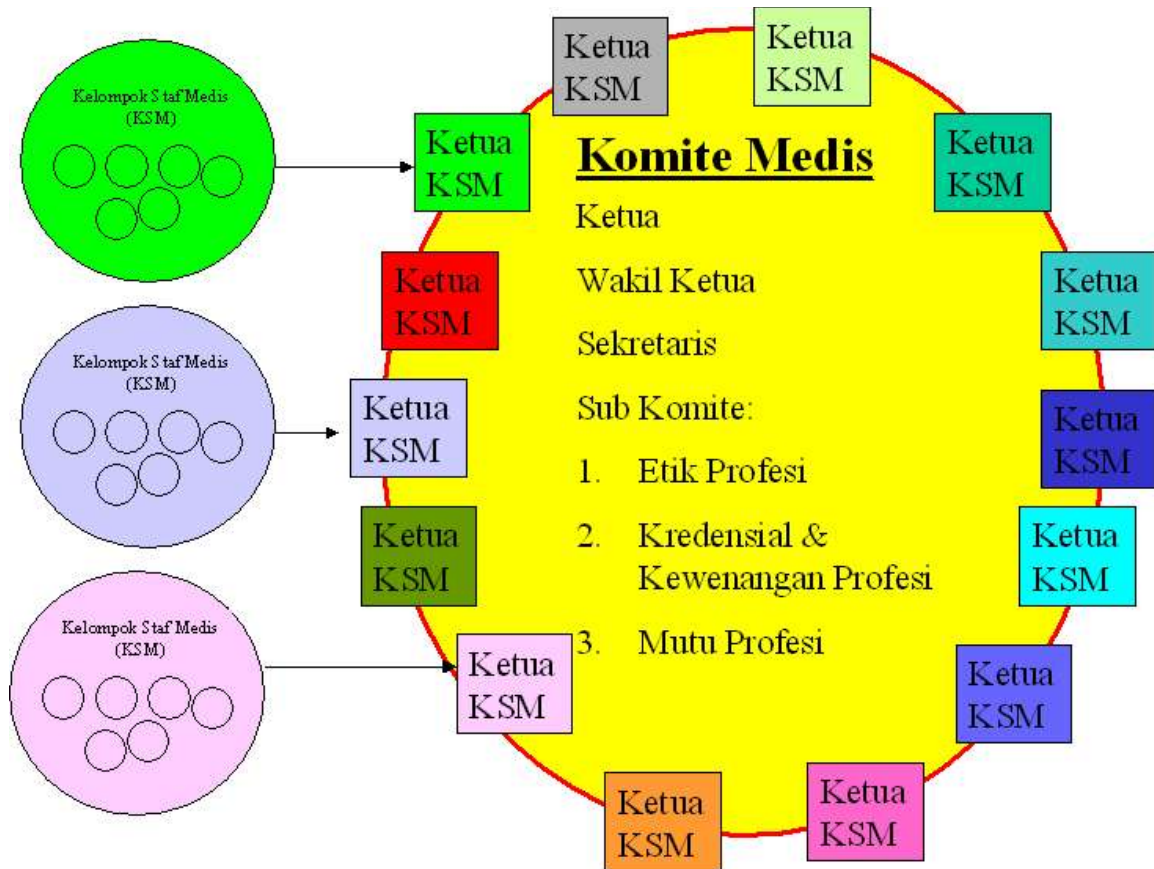


Gambar 2. Konsep gabungan sistem mutu dan Evidence based-medicine dalam Clinical Governance Komite Medik

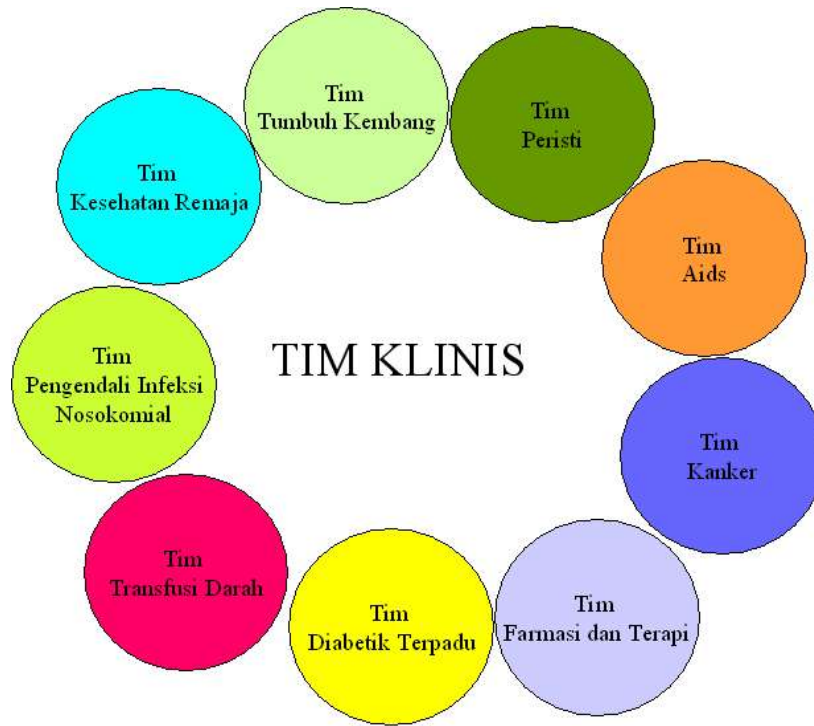


Gambar 3. Kontruksi/Struktur implementasi *Clinical Governance* Komite Medik

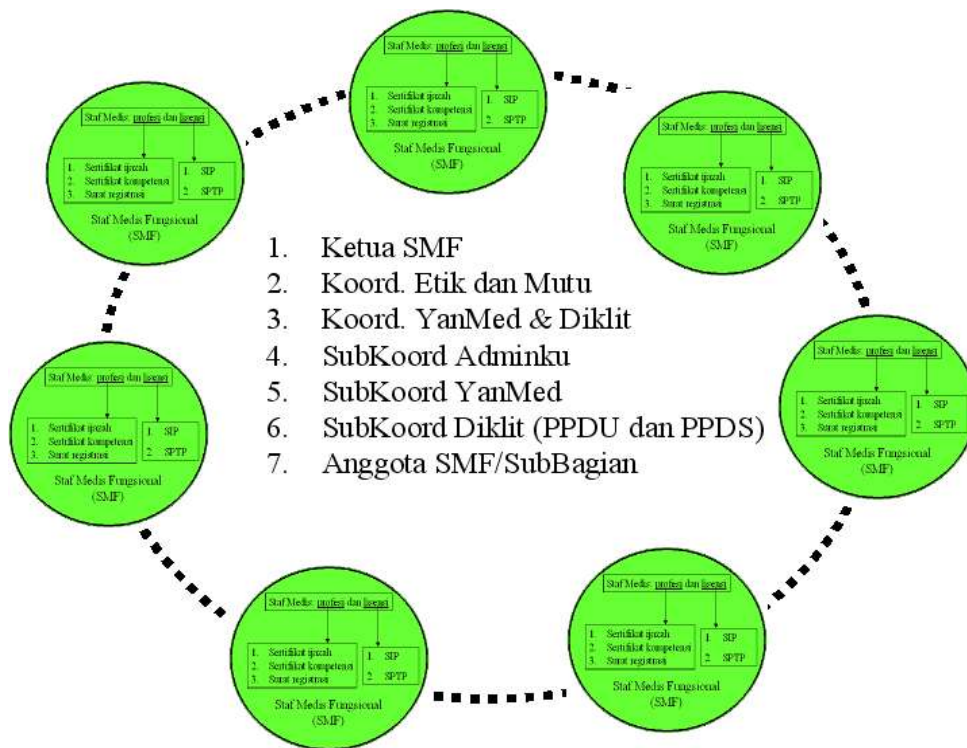
Dalam Sistem Komite Medik menerangkan tentang mekanisme pengambilan keputusan melalui Sidang Pleno Komite Medik yang diadakan setiap Senin jam 12.30 – 13.30 WIB. Hasil sidang pleno tersebut bersifat mengikat berlaku kepada seluruh anggota profesi di lingkungan rumah sakit. Secara singkat dapat di lihat pada Gambar 4 – Gambar 12 sebagai berikut:



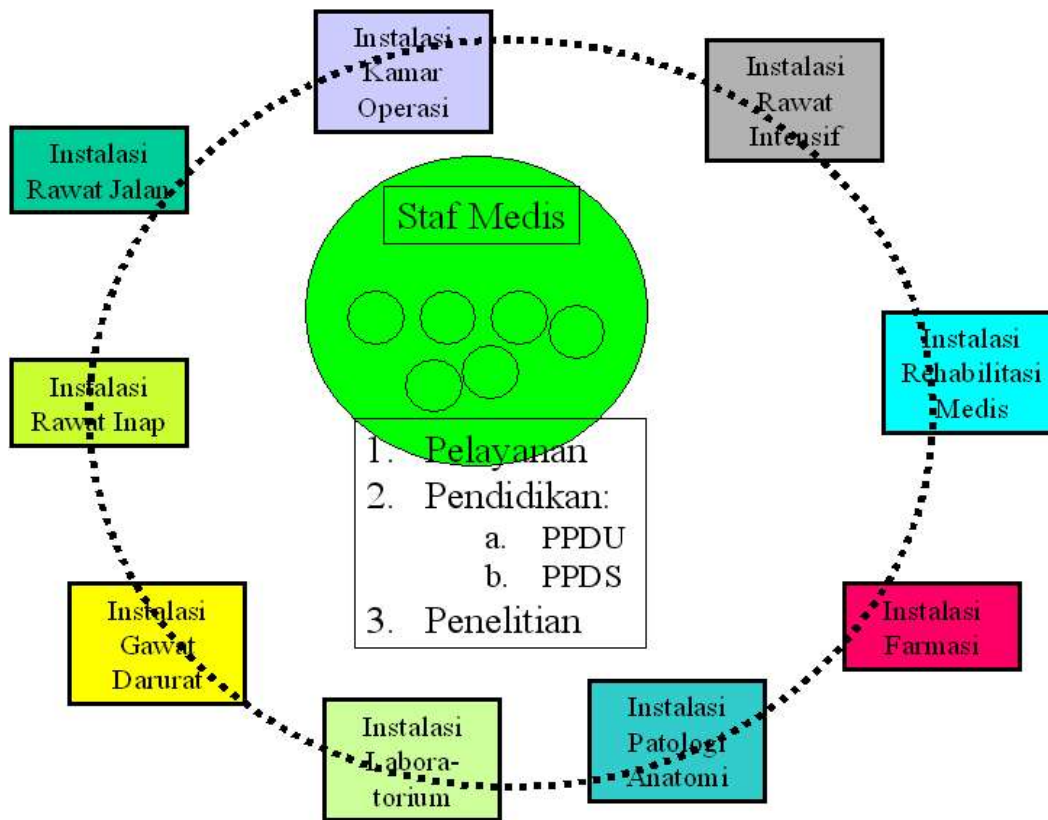
Gambar 4. Struktur dan Ruang Lingkup Komite Medik



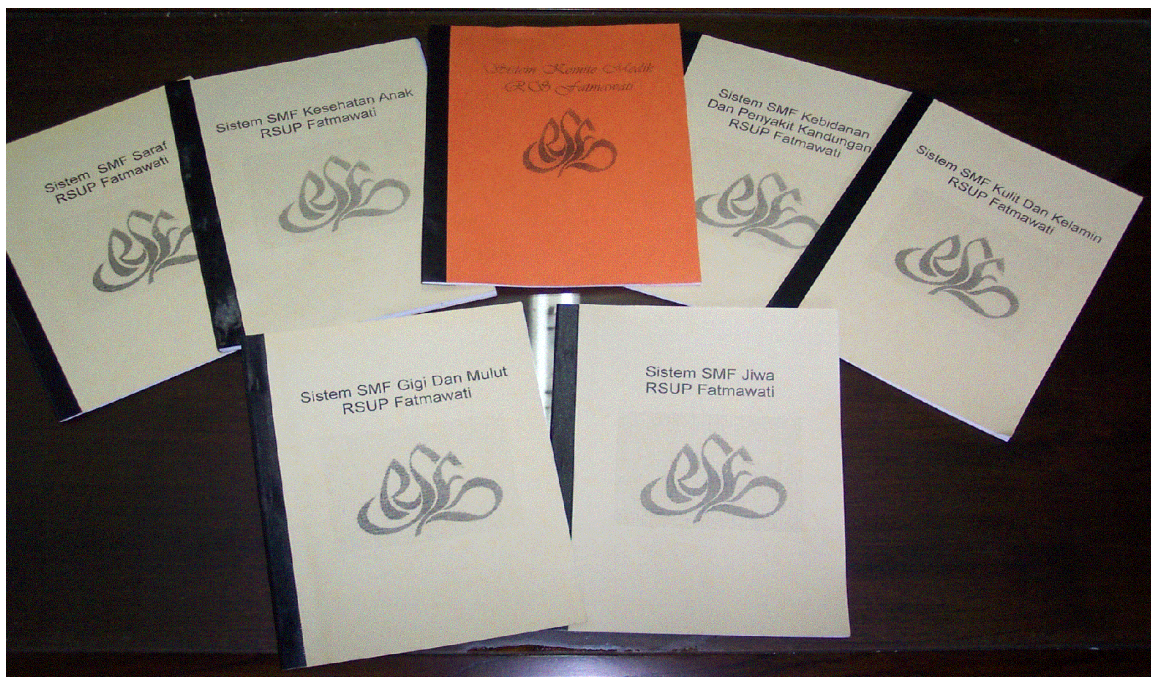
Gambar 5. Tim Tim Komite Medis



Gambar 6. Struktur SMF/KSM



Gambar 7. Ruang Lingkup SMF

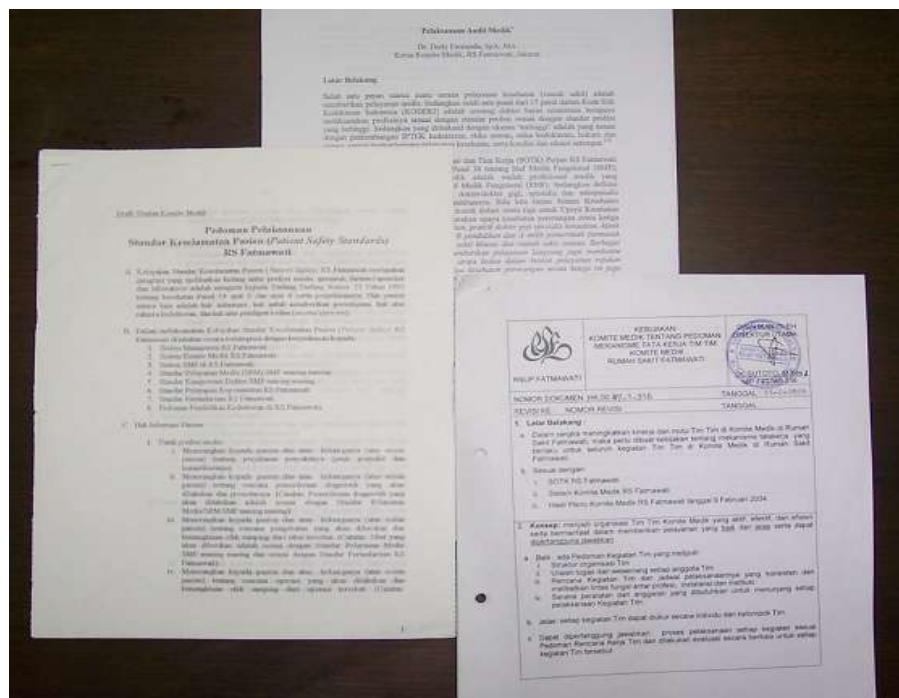


Gambar 8 . Contoh buku Sistem Komite Medik dan Sistem SMF







Gambar 9. Struktur Organisasi Komite Medik, Ketua SMF dan Tim Komite Medik



Gambar 10. Pedoman Audit Medik, Pedoman Pelaksanaan Patients Safety dan Pedoman Kerja Tim Komite Medik.



Gambar 11. Sistem Penelitian, Sistem Pendidikan Kedokteran dan Panduan Pendidikan Klinis Dasar.

 RSUP FATMAWATI	KEBIJAKAN KOMITE MEDIK TENTANG PEDOMAN MEKANISME TATA KERJA TIM TIM KOMITE MEDIK RUMAH SAKIT FATMAWATI		 Dr. SUTOTO, M.Kes NIP. 140.089.236																																													
	NOMOR DOKUMEN : HK.00.07.1.316 TANGGAL : 11-2-2004 REVISI KE : NOMOR REVISI : TANGGAL :																																															
<b>1. Latar Belakang :</b> a. Dalam rangka meningkatkan kinerja dan mutu Tim Tim di Komite Medik di Rumah Sakit Fatmawati, maka perlu dibuat kebijakan tentang mekanisme tatakerja yang berlaku untuk seluruh kegiatan Tim Tim di Komite Medik di Rumah Sakit Fatmawati. b. Sesuai dengan: i. SOTK RS Fatmawati. ii. Sistem Komite Medik RS Fatmawati. iii. Hasil Pleno Komite Medik RS Fatmawati tanggal 9 Februari 2004.																																																
<b>2. Konsep:</b> menjadi organisasi Tim Tim Komite Medik yang aktif, efektif, dan efisien serta bermanfaat dalam memberikan pelayanan yang baik dan jelas serta dapat dipertanggungjawabkan. a. Baik : ada Pedoman Kegiatan Tim yang meliputi: i. Struktur organisasi Tim ii. Uraian tugas dan wewenang setiap anggota Tim iii. Rencana Kegiatan Tim dan jadwal pelaksanaannya yang konsisten dan melibatkan lintas fungsi antar profesi, instalansi dan institusi. iv. Sarana peralatan dan anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang setiap pelaksanaan Kegiatan Tim. b. Jelas: setiap kegiatan Tim dapat diukur secara individu dan kelompok Tim. c. Dapat dipertanggung jawabkan: proses pelaksanaan setiap kegiatan sesuai Pedoman Rencana Kerja Tim dan dilakukan evaluasi secara berkala untuk setiap kegiatan Tim tersebut.																																																
<b>4. Rencana Kegiatan Tim dan Indikatornya:</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kegiatan</th> <th rowspan="2">Waktu</th> <th rowspan="2">Tempat</th> <th colspan="3">Indikator</th> <th rowspan="2">Saranan dan Anggaran</th> </tr> <tr> <th>Struktur</th> <th>Proses</th> <th>Output/Outcome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. ....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. ....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. ....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. ....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. ....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Kegiatan	Waktu	Tempat	Indikator			Saranan dan Anggaran	Struktur	Proses	Output/Outcome	1. ....							2. ....							3. ....							4. ....							5. ....						
Kegiatan	Waktu	Tempat	Indikator				Saranan dan Anggaran																																									
			Struktur	Proses	Output/Outcome																																											
1. ....																																																
2. ....																																																
3. ....																																																
4. ....																																																
5. ....																																																
Dsetujui oleh : Ketua Komite Medik   Dr. Dody Firminda, SpA, MA. NIP. 140 190 457		Dibuat oleh : Ketua Tim .....   NIP. ....																																														


**3. Struktur:**

- a. Ketua Tim membuat Pedoman Kerja Tim yang disetujui oleh Ketua Komite Medik dan disahkan oleh Direktur Utama RS Fatmawati. Pedoman tersebut terdiri dari:
  - i. Rencana Kegiatan Tim dan jadwal pelaksanaannya serta indikator setiap kegiatan tersebut dengan jelas meliputi nama, waktu dan tempatnya sesuai format.
  - ii. Uraian tugas dan wewenang setiap anggota Tim sesuai dengan Rencana Kegiatan Tim.
  - iii. Sarana informasi dan dokumentasi kegiatan Tim.
  - iv. Sarana peralatan dan anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang setiap pelaksanaan Kegiatan Tim.
- b. Ketua Tim membuat laporan Kegiatan Tim setiap bulan kepada Ketua Komite Medik melalui Panitia masing-masing.
- c. Ketua Tim melakukan evaluasi kinerja Tim dan anggota Tim serta hasil kepuasan pelanggan eksternal (survei) yang menjadi objek kegiatan Tim secara berkala untuk disampaikan kepada Ketua Komite Medik melalui Panitia masing-masing.

**5. Lampiran:**

1. Format Pedoman Kegiatan Tim.
2. Format Laporan Bulanan Tim.
3. Format Evaluasi Kinerja Tim.

Dibuat oleh :  
Ketua Komite Medik

  
 Dr. Dody Firminda, SpA, MA.  
 NIP. 140 190 457


**Lampiran 2. Laporan Bulanan/Tahunan Tim .....**

Tim: .....					
Bulan: .....					
Tahun: .....					
Tgl Kegiatan	Jenis Kegiatan	Nama Pelaksana	Hasil	Keterangan	
<b>Kesimpulan:</b>					
<b>Masalah:</b>					
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
<b>Alternatif Pemecahan Masalah</b>					
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				

Jakarta, .....  
Ketua Tim.....

(.....)

**Lampiran 1. Format Pedoman Kegiatan Tim.....**

 RSUP FATMAWATI	PEDOMAN KEGIATAN TIM ..... KOMITE MEDIK RUMAH SAKIT FATMAWATI		DISAHKAN OLEH DIREKTUR UTAMA :  Dr. SUTOTO, M.Kes NIP. 140 090 236
	NOMOR DOKUMEN : HK.00. .... TANGGAL : REVISI KE : NOMOR REVISI : TANGGAL :		
<b>1. Latar Belakang :</b>    			
<b>2. Struktur Tim ..... Komite Medik:</b> Ketua : ..... Sekretaris: ..... Anggota : 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....			
<b>3. Uraian Tugas dan Wewenang:</b> a. Ketua : .....  b. Sekretaris: .....  c. Anggota: .....			

**Lampiran 3. Format Evaluasi Kinerja TIM .....**

No.	Kegiatan	Proses Pelaksanaan Kegiatan Sesuai Rencana		Hasil (Output/Outcome) Kepuasan Pelanggan Eksternal	Partisipasi Anggota Tim
1	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)	.....	Ketua:..... Sekretaris:..... Anggla:.....
2	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)	.....	Ketua:..... Sekretaris:..... Anggla:.....
3	.....	Ya	Tidak (Alasan tidak terlaksana)	.....	Ketua:..... Sekretaris:..... Anggla:.....

Jakarta, .....  
Ketua Tim.....

(.....)

Gambar 12. Contoh Format Uraian Tugas, Fungsi dan Rencana Kerja Tim Tim Komite Medik

## **Struktur dan Model/Paradigma Sistem Komite Medis RS Fatmawati**

### **I. Kebijakan (*Policy*)**

1. **Visi dan Misi** Komite Medis Rumah Sakit Fatmawati tidak terlepas dan menjadi satu kesatuan dengan Visi dan Misi Rumah Sakit Fatmawati.
2. **Sistem Komite Medis** terintegrasi dan menjadi satu kesatuan dengan Sistem Rumah Sakit Fatmawati di bidang profesi Medis.
3. **Ketetapan** Komite Medis Rumah Sakit Fatmawati merupakan pedoman bagi seluruh SMF di lingkungan Rumah Sakit Fatmawati dalam menjalankan fungsi keprofesian di bidang pelayanan Medis.
4. **Sidang Pleno** merupakan sidang tertinggi Komite Medis dalam pengambilan keputusan yang menyangkut hal Kebijakan Komite Medis dan Sistem Komite Medis.
  - a. Peserta Sidang Pleno terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medis. Ketua dan Anggota Komite Medis mempunyai hak bicara dan hak suara sedangkan Sekretaris Komite Medis hanya mempunyai hak bicara.
  - b. Sidang Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Medis dengan didampingi Sekretaris Komite Medis.
  - c. Sidang Pleno dianggap sah jika dihadiri oleh sekurang kurangnya separuh dari Anggota Komite Medis ditambah satu. Bila korum tidak tercapai, maka secepat cepatnya dalam 15 (lima belas) menit dan selambat lambatnya 24 (dua puluh empat) jam, sidang dinyatakan sah tanpa memandang korum.
  - d. Keputusan Sidang Pleno diambil secara musyawarah dan mufakat. Dalam hal yang tidak memungkinkan, keputusan diambil dengan pemungutan suara menurut suara terbanyak.

### **II. Kode Etik Profesi Medis**

1. Kode Etik Profesi Medis Rumah Sakit Fatmawati merupakan satu kesatuan dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Sumpah/Janji Dokter yang berlaku mengikat bagi seluruh profesi Medis di Indonesia.
2. Sidang Etika Profesi Komite Medis merupakan sidang Komite Medis dalam pengambilan keputusan yang menyangkut hal etika profesi Medis di lingkungan Rumah Sakit Fatmawati.
  - 2.1 Peserta Sidang Etika Profesi Komite Medis terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medis. Ketua dan Anggota Komite Medis mempunyai hak bicara dan hak suara sedangkan Sekretaris Komite Medis hanya mempunyai hak bicara.

- 2.2 Sidang Etika Profesi Komite Medis **dipimpin** oleh Ketua Komite Medis atau yang diberi wewenang dengan didampingi Sekretaris Komite Medis.
- 2.3 Sidang Etika Profesi Komite Medis dianggap **sah** jika dihadiri oleh sekurang-kurangnya separuh dari Anggota Komite Medis ditambah satu. Bila korum tidak tercapai, maka secepat-cepatnya dalam 15 (lima belas) menit dan selambat-lambatnya 24 (dua puluh empat) jam, sidang dinyatakan sah tanpa memandang korum.
- 2.4 Keputusan Sidang Etika Profesi Komite Medis diambil secara musyawarah dan mufakat berdasarkan **penilaian format**. Dalam hal yang tidak memungkinkan, keputusan diambil dengan pemungutan suara menurut suara terbanyak.
3. **Keputusan** Sidang Etika Profesi Komite Medis diserahkan kepada Ketua Medis untuk disampaikan dalam bentuk **rekomendasi** sebagai bahan pertimbangan Direksi.
4. **Format** Penilaian Sidang Etika Profesi Komite Medis

Sedangkan untuk Sistem SMF sangat bervariasi tergantung dari sumber daya, sifat dan objektif dan struktur SMF masing-masing sesuai dengan kondisi fungsionalnya, akan tetapi format dasarnya adalah seragam terdiri dari sebagaimana berikut:

- I. Kebijakan: Visi, Misi, Sistem Pelayanan, Pendidikan dan penelitian SMF
- II. Struktur SMF:
  - i. Organisasi
  - ii. Rencana Strategis SMF
  - iii. Standar Pelayanan Medis (*Standard of Operating Procedures/SOP*) sesuai *Evidence-based Medicine/EBM*.
  - iv. Jadwal Kegiatan Ilmiah:
    - a. Ronde Besar,
    - b. *Journal Reading* dan
    - c. Kasus Kematian dan atau Kasus Sulit (*1<sup>st</sup> Party Medical Audit*).

- v. Jadwal Kegiatan Pelayanan Medis:
  - a. Poliklinik,
  - b. Ruang Rawat Inap dan
  - c. Dinas Jaga Konsulen.
- vi. Jadwal Kegiatan Pendidikan:
  - a. Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDSp):
    - i. Rotasi PPDSp
    - ii. *Journal Reading*
    - iii. Ronde Ruangan
  - b. Kepaniteraan S1:
    - i. Rotasi Mahasiswa
    - ii. Bimbingan Pemeriksaan Fisik
    - iii. Sajian Kasus
    - iv. Referat
    - v. Laporan Jaga
    - vi. Ujian Mingguan dan Ujian Akhir
    - vii. Yudisium
- vii. Jadwal Rencana Pendidikan dan Penelitian
- viii. Pembukuan Neraca Keuangan dan Jadwal Pelaporan Berkala.
- ix. Jadwal Cuti Tahunan.
- x. Jadwal Monitoring dan Audit Internal dalam rangka perbaikan dan peningkatan kegiatan (*corrective, preventive and advancing action*) SMF.

Proses ini diharapkan berkesinambungan agar terbentuk suatu *'quality trained community'* dan tercipta budaya transformasi *'quality is everyone's responsibility'* yang akan menuju kearah *Clinical Excellence* dengan *'process driven'* dan *'customer-focused oriented'*.

**Format “Etika Profesi Medis”**

2. **Kasus:** pidana/perdata/profesi/malpraktek/pengaduan\* .....
- .....
3. **Tanggal/Nomor Berkas:** .....
4. **Nama:** .....
5. **SMF :** .....
6. **Nomor KTA IDI/KTA Ikatan/Perhimpunan Spesialis:** .....
7. **Materi:**

Materi	Etika Kedokteran (Ethics)	Hukum Kedokteran/Kesehatan (Laws)	Kebijakan (Policy)	Studi empirik (Empirical studies)
<i>Consent</i>				
<i>Disclosure</i>				
<i>Capacity</i>				
<i>Voluntariness</i>				
<i>Substitute decision making</i>				
<i>Advance care planning</i>				
<i>Truth Telling</i>				
<i>Confidentiality</i>				
<i>.....dst</i>				

8. **Kesimpulan:**  
*Responsiveness:* .....dst  
*Responsibility :* .....dst  
*Duty of care:*.....dst
9. **Keputusan:**.....dst
10. **Saran/Anjuran:** .....dst

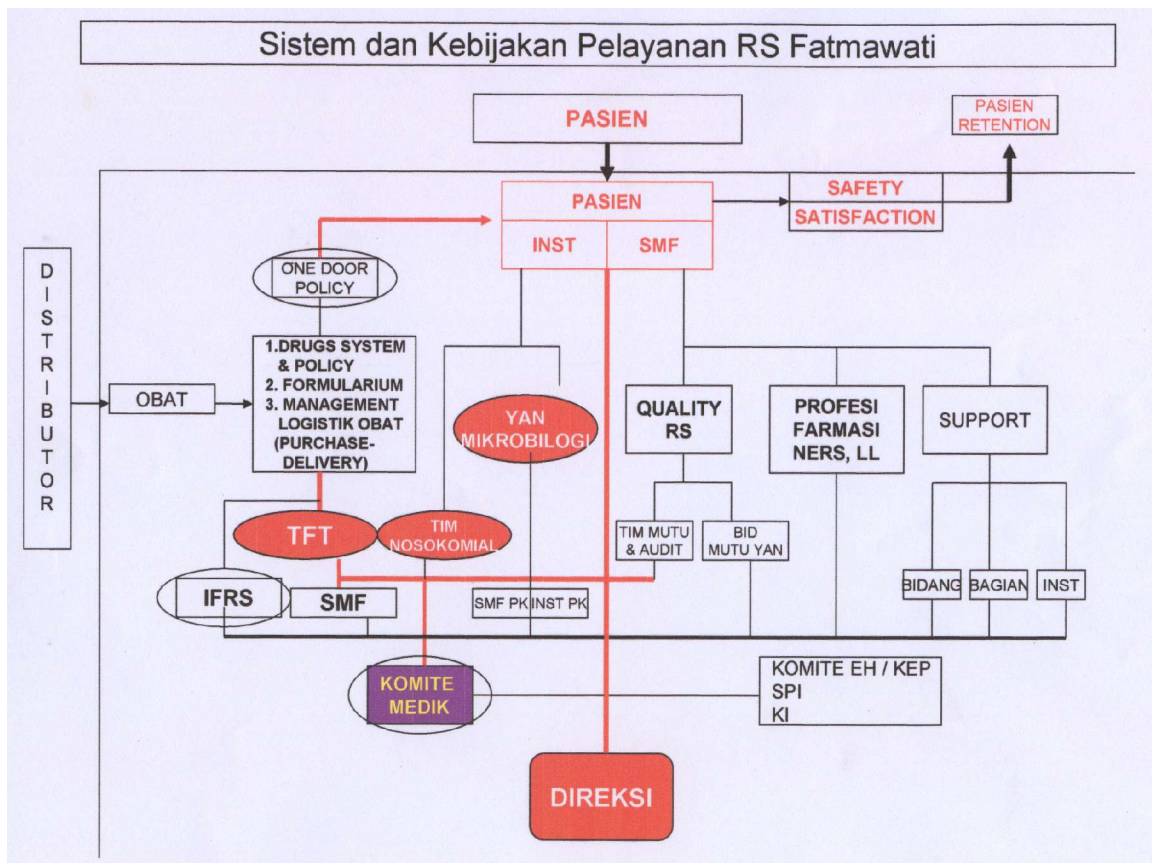
Jakarta, .....  
Ketua Sidang Etika Profesi Medis:

(.....)

Sebagai contoh Tim Komite Medik dalam kegiatan lintas fungsi di RS Fatmawati:

### 1. Tim Farmasi dan Terapi.

Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati merupakan salah satu dari 10 tim yang berfungsi secara lintas fungsi dan melibatkan multidisiplin profesi di Komite Medik RS Fatmawati, di bawah koordinasi Panitia Pemberdayaan Profesi Komite Medik. Sejak periode 2003, peran Tim Farmasi dan Terapi tidak hanya terbatas dalam penyusunan Daftar Formularium Rumah Sakit, akan tetapi diperluas dari mulai pengusulan di tingkat SMF sampai kebijakan pengambilan keputusan dari segi jenis, macam dan harga obat yang beredar di rumah sakit. Dalam pelaksanaan kegiatan Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati berada dalam Sistem RS Fatmawati dan Sistem Komite Medik RS Fatmawati sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 13 di bawah.



Gambar 13. Skema Sistem dan kebijakan pelayanan di RS Fatmawati.



## **Konsep Tim Farmasi dan Terapi tentang pengelolaan obat di RS Fatmawati:**

Prinsip Kebijakan:

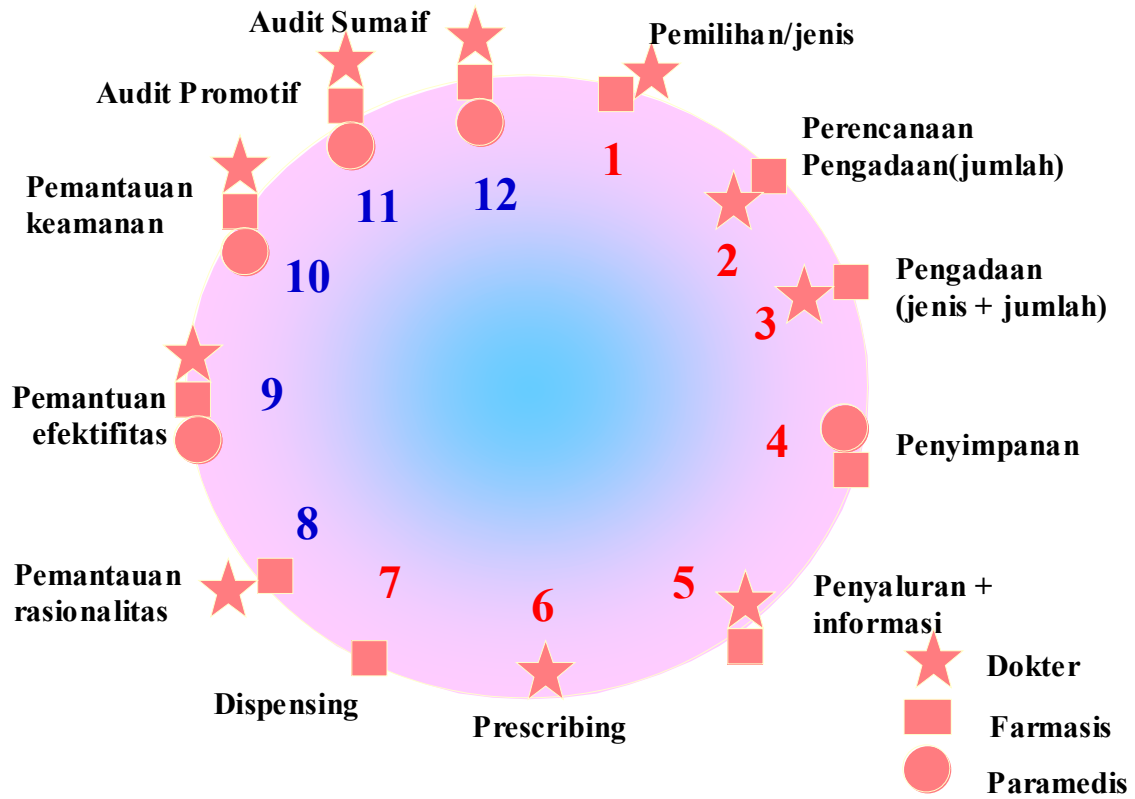
1. Dikelola secara transparan, adil dan akauntabel (TFA – *transparency, fairness and accountable*)
2. Melibatkan profesi medik, perawat dan farmasi dari seluruh proses pengelolaan (perencanaan sampai dengan audit).
3. Laporan tertulis secara berkala dan tepat waktu (setiap triwulan).
4. Meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit
5. Setiap keputusan kebijakan dibuat berdasarkan musyawarah dan mufakat.
6. Formularium RS Fatmawati: evaluasi/revisi setiap tahun (sekitar bulan Agustus/September)

## **Struktur**

Mengingat pengelolaan obat tersebut sangat strategis dan sensitif, maka agar Tim Farmasi dan Terapi dapat berfungsi optima dan efektif maka susunan struktur organisasi Tim Farmasi dan Terapi di RS Fatmawati harus mengikutsertakan partisipasi dari berbagai profesi. Tim Farmasi dan Terapi di RS Fatmawati terdiri dari seluruh 20 Ketua SMF, 9 farmasis, Komite Keperawatan, Bidang Perawatan dan dari jajaran administrasi struktural dengan uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas agar Tim Farmasi dan Terapi tersebut berfungsi dengan baik. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada Lampiran 1.

## **Model (5 Langkah 12 Kegiatan - 5 Steps 12 Activities)**

Tim Farmasi dan Terapi di RS Fatmawati menerapkan kegiatannya dalam bentuk/model yang dinamakan 5 Langkah 12 Kegiatan sebagai suatu lingkaran (Gambar 14).



Gambar 14. Model Lima Langkah Dua Belas Kegiatan

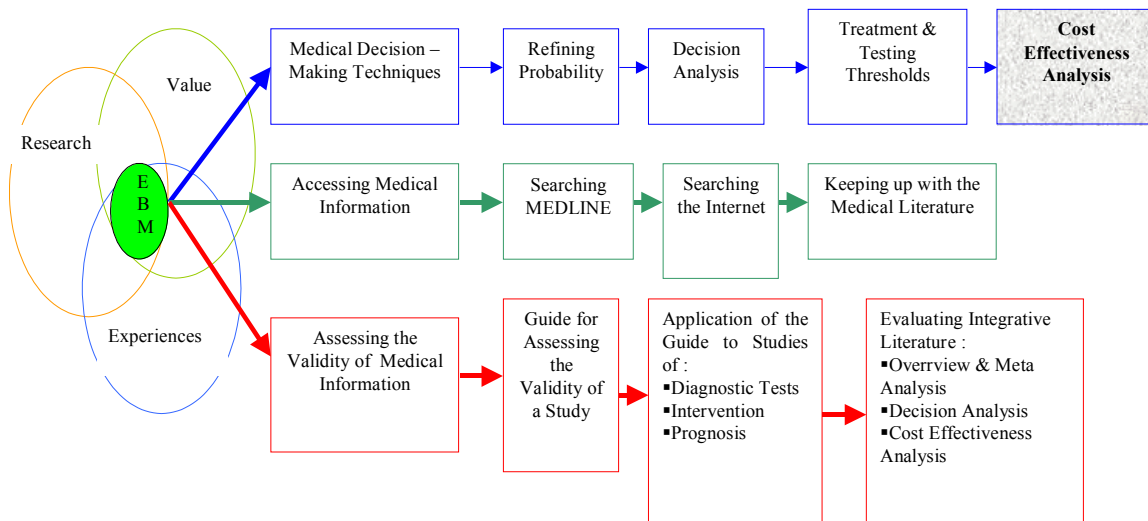
#### Implementasi Tim Farmasi dan Terapi:

Perincian pelaksanaan 5 Langkah 12 Kegiatan (5L12K) tersebut adalah sebagaimana dalam Tabel 1 berikut.

Tabel 1. 5 Langkah 12 Kegiatan Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati.

Langkah	Kegiatan	Pelaksana	Waktu	Keterangan
A. Perencanaan	2. Pemilihan dan pengusulan obat	SMF	2 mg	Form A
	3. Perencanaan pengadaan obat	TFT dan IF	1 mg	Form B
B. Pengadaan	3. Pengadaan obat	TFT dan IF	3 bln	Form C
	4. Penyimpanan obat	IF	Setiap waktu	Log Book
	5. Penyaluran (distribusi) obat	TFT dan IF	Setiap waktu	Form D
C. Pemakaian	6. Penggunaan (Prescribing) dan informasi obat	Dokter SMF	Setiap waktu	UDD
	7. Pemberian (Dispensing) dan informasi obat	TFT dan IF	Setiap waktu	Rekapitulasi harian
D. Monitoring	8. Pemantauan rasionalitas	Koord E&M SMF, TFT dan IF	Setiap bln	Form E
	9. Pemantauan efektifitas	Kepala Ruangan, Koord E&M SMF, TFT dan IF	Setiap bln	Form F
	10. Pemantauan keamanan obat	Kepala Ruangan, Koord E&M SMF, TFT dan IF	Setiap waktu	
E. Evaluasi (Audit)	11. Audit Promotif dan Preventif	TFT dan IF	3 bln	Form G
	12. Audit Sumatif	TFT dan IF	6 bln	

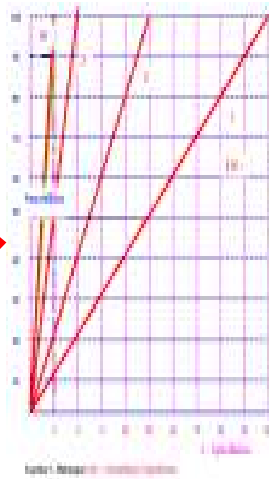
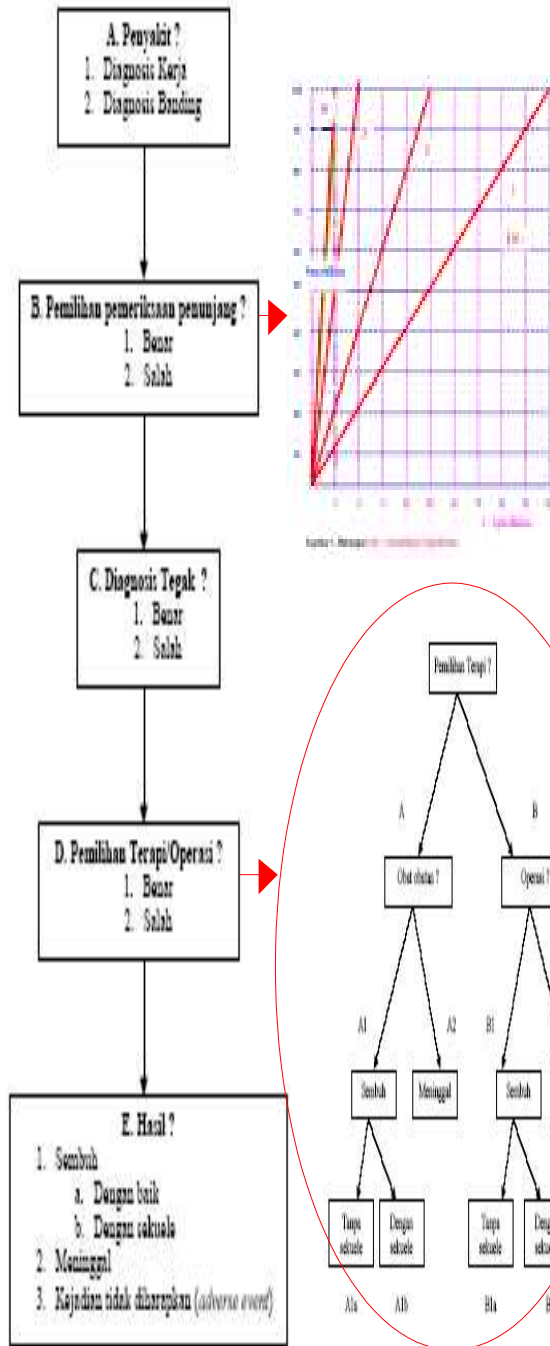
Khusus untuk Langkah A dan B menggunakan kaidah pengambilan keputusan berdasar-kan kesepakatan bersama Tim Farmasi dan Terapi yakni pendekatan *Evidence Based Medicine* sebagaimana Gambar 15 di bawah dengan komposisi pengusulan 1:1:2



Gambar 15. Mekanisme pengambilan keputusan pemilihan obat berdasarkan pendekatan Evidence-based Medicine (EBM)

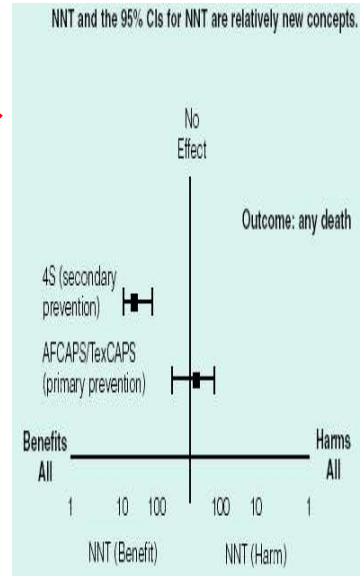
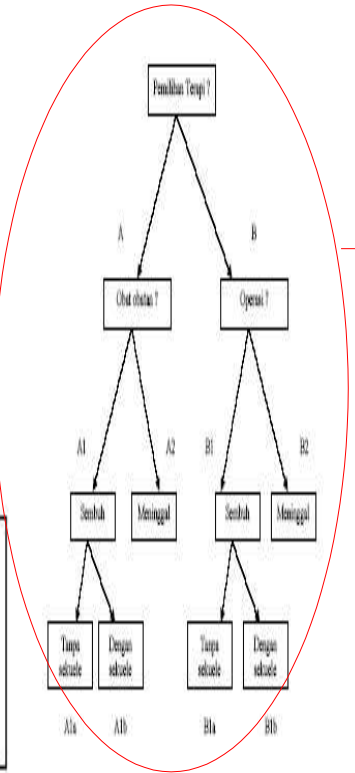
Sedangkan untuk Langkah C Kegiatan 6 melalui pendekatan skema sebagaimana pada Gambar 16 di bawah yang telah disepakati pada Sidang Pleno Komite Medik 2003 dan direvisi kembali Sidang Pleno Komite Medik 21 Maret 2005.

Gambar 1. Alur mekanisme pengambilan keputusan dan perjalanan penyakit pasien.



### Conditions under Which CEA Is Relevant

EFFECTIVENESS	COST	
	NEW STRATEGY COSTS MORE	NEW STRATEGY COSTS LESS
New strategy is <i>more</i> effective	CEA relevant	Adopt new strategy
New strategy is <i>less</i> effective	New strategy is "dominated"	CEA relevant

$$CE\ ratio = \frac{cost_{new\ strategy} - cost_{current\ practice}}{effect_{new\ strategy} - effect_{current\ practice}}$$


Gambar 16. Skema Langkah C Kegiatan 6.

Dalam rangka upaya peningkatan mutu (*quality assurance*) Tim Farmasi dan Terapi telah membuat beberapa kriteria dan indikator sebagaimana Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Upaya peningkatan mutu (*quality assurance*) Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati

Kriteria/Indikator	Struktur	Proses	Outcome
	(a)	(b)	(c)
A. Perencanaan	1:1:2	Rapat SMF	Daftar usul SMF (Form A)
B. Pengadaan	Jadwal tugas TFT	Rapat TFT Negosiasi	Daftar Formularium Form C dan D, Log Book
C. Pemakaian	Daftar Formularium Form C dan D, Log Book	Implementasi EBM: NNT, NNH, CEA	Rekapitulasi harian
D. Monitoring	Form E an F	Implementasi	Sesuai jadwal dan Daftar Formularium
E. Evaluasi (Audit)	Form G	Implementasi	Kebijakan/Policy (revisi)

### Perkembangan Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati

Sesuai dengan SK DirJen Yan. Medik No0428/YanMed/RSKS/SK/1989 Bab III Pasal 9 dan juga dengan standar S<sub>5</sub> P<sub>1</sub> dari persyaratan akreditasi Pelayanan Farmasi Rumah Sakit tentang penerapan sistem satu pintu untuk pelayanan obat-obatan di rumah sakit. Istilah satu pintu berarti satu kebijakan, satu standar prosedur operasional dan satu sistem informasi. Secara singkat perkembangan pelayanan tersebut sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 3 dan Tabel 4 berikut;

Tabel 3. Tahapan pelayanan Farmasi Klinik di RS Fatmawati

Pelaksanaan	Kegiatan
9 Desember 1985 s/d 1 Oktober 1993	Penerapan sistem unit dosis dan satu pintu dimulai dari khusus Ruang VIP s/d seluruh ruang rawat inap
2 November 1992	Pelayanan Informasi Obat untuk profesi kesehatan di rumah sakit.
9 Desember 1995	Pelayanan Konseling Obat bagi pasien penyakit jantung
4 April 1996	Edukasi Klinik pasien diabetes RJ
28 Mei 1997	Pelayanan Konseling Obat bagi pasien penyakit epilepsi
27 Juni 1997	Pelayanan Therapeutic Drug Monitoring
16 Agustus 1999	Kegiatan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit (PKRS)
Agustus 2001	Konseling obat bagi pasien diabetes dan hipertensi Rawat Inap
30 Mei 2001	Pelayanan pencampuran sitostatika dan TPN
10 September 2001	Kegiatan Ward Round di Ruang Rehabilitasi Medik

Tabel 4 Tahapan sistem unit dosis dan satu pintu.

Depo Farmasi	Ruangan	Unit Dosis	Satu Pintu
1	1, 6, 7 dan 8	6 Des 1988	3 Agustus 1992
2	2, 3, 5, Rehabilitasi Medik dan ICU	2 April 1990	16 Desember 1993
3	4 dan THT	14 Januari 1992	11 Mei 1992
4	VIP dan CEU	9 Desember 1985	9 Desember 1985
5	Askes	1 Januari 2003	1 Januari 2003
6	Unit Emergensi	-	1 Mei 2003
7	Rawat Jalan	-	1 Januari 2004

## Evaluasi

Hasil evaluasi tahun 2004 berdasarkan rencana dari Tabel 2 diatas:

- i. Langkah A: Kegiatan A(a), A(b) dan A(c) sudah terlaksana sesuai rencana.
- ii. Langkah B: Kegiatan B(a), B(b) dan B(c) sudah terlaksana sesuai rencana.
- iii. Langkah C: Kegiatan C(a), dan C(c) sudah terlaksana sesuai rencana. Sedangkan kegiatan C(b) masih dalam tahap pengenalan sosialisasi pengetahuan aplikasi EBM dalam hal terapi, *harm* dan *cost effectiveness analysis* (CEA) untuk diterapkan dalam Standar Pelayanan Medis (SPM) masing masing SMF. (Diajukan dalam Sidang Pleno Komite Medik 17 Januari 2005 dan 21 Maret 2005; serta publikasi artikel dalam *Fatmawati Journal of Science* edisi terakhir).



- iv. Langkah D: kegiatan di setiap SMF masing masing dan dilakukan audit medis oleh Tim Rekam Medis Komite Medik mengenai kelengkapan status, sedangkan Tim Etik dan Mutu Profesi Komite Medik mengenai bidang keilmuan medis secara *cross sectional random sampling* terhadap beberapa SMF.
  
- v. Evaluasi Formularium Edisi III 2003:
  - i. 13.% tidak pernah diresepkan
  - ii. 6.5% obat bersifat *slow moving*.
  - iii. Tindak lanjut (i) dan (ii):
    - a. Untuk (i) : dikeluarkan dari Formularium III, SMF pengusul diperingatkan dan tidak mendapat kesempatan untuk mengusulkan obat baru sejumlah yang dikeluarkan dari Formularium.
    - b. Untuk (ii): SMF pengusul diperingatkan dan diminta pertanggung jawabannya atas pengusulan obat tersebut. Bila alasannya tidak bisa diterima forum rapat Tim, maka SMF pengusul tersebut tidak diberi kesempatan untuk mengusulkan obat baru.
  
- vi. Tentang keselamatan pasien (*Patient Safety*):
  - i. Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik adalah sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 5 di bawah.

Tabel 5. Data Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik tahun 2004

Bulan	Infeksi luka operasi (ILO)			Dekubitus			Infeksi karena jarum infus			Infeksi karena pemasangan kateter			Pasien jatuh		
	Num	Denum	%	Num	Denum	%	Num	Denum	%	Num	Denum	%	Num	Denum	%
Jan	1	213	0.46	2	644	0.31	16	1661	0.96	0	280	0	0	163	0
Feb	1	183	0.54	4	707	0.56	16	1821	0.87	0	285	0	0	179	0
Maret	2	211	0.94	1	739	0.13	25	1889	1.32	0	248	0	0	131	0
April	0	248	0	4	663	0.60	21	1697	1.23	0	225	0	1	193	0.51
Mei	2	168	1.19	0	594	0	12	1612	0.74	0	228	0	0	272	0
Juni	1	197	0.5	2	575	0.34	20	1489	1.34	0	247	0	0	216	0
Juli	8	241	3.3	1	645	0.15	12	1538	0.78	0	255	0	0	257	0
Agust	2	245	0.82	2	730	0.27	12	1713	0.7	0	257	0	0	251	0
Sept	2	233	0.85	4	795	0.50	12	1522	0.78	0	387	0	0	270	0
Okto	4	218	1.83	1	547	0.18	15	1532	0.97	0	226	0	0	177	0
Nop	0	154	0	5	584	0.85	13	1183	1.09	0	225	0	0	282	0
Des	2	124	1.61	3	649	0.46	17	1556	1.09	0	259	0	0	299	0
Jumlah	25	2439	1.03	29	7872	0.36	191	19213	0.99	0	3122	0	1	2690	0.03

Sumber: Tim Pencegahan Infeksi Nosokomial Komite Medik, 15 Maret 2005.

- ii. Sedangkan peta/pola kuman dan resistensi di RS Fatmawati untuk tahun 2004 dan semester pertama 2005 sebagaimana dapat dilihat dalam Tabel 6, Tabel 7 dan Tabel 8 berikut.

Tabel 6. Pola kuman di R Fatmawati tahun 2004.

		POLA KUMAN DAN RESISTENSI DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2004																													
NO	Jumlah	Jenis Kuman	Amikasin	Dibekasin	Gentamisin	Kanamisin	Cephalotin	Cefotiam	Cefotaxim	Cefpirom	Eritromisin	Ampicilin	Augmentin	Amoxilin	Meticilin	Subbenicilin	Chloramfenicol	Tetrasiklin	Sulfa-trimetoprim	Ciprofloksacin	Ceftriaxon	Clindamisin	Penicilin	Imipenem	Fosfomisin	Vancomisin	Meropenem	Nalidiksid	Pipemidic	Cefepime	Sulbactam
1	178	E. coli	89	58	60	31	36	46	47	71	-	5	38	7	-	7	26	12	22	52	49	-	0	71	81	-	100	49	41	93	75
2	171	Pseudomonas sp	77	64	55	17	5	8	25	60	-	3	14	5	-	22	15	9	26	63	32	-	0	61	63	-	98	24	36	93	46
3	147	Enterobacter sp	83	68	71	39	31	41	49	70	-	1	44	8	-	7	33	29	36	67	51	-	0	72	79	-	100	30	33	95	73
4	132	Klebsiella sp	92	59	61	38	29	35	40	65	-	5	38	4	-	3	30	33	32	63	42	-	0	64	83	-	100	41	41	88	75
5	117	S. epidermidis	95	83	72	40	56	56	51	87	27	16	59	43	61	19	37	40	47	79	59	28	0	71	73	68	100	26	43	91	100
6	82	S.aureus	92	96	92	39	79	60	77	100	46	23	74	41	84	21	46	35	43	87	87	29	0	78	91	79	100	27	53	98	-
7	75	Serratia sp	72	41	41	20	9	16	16	68	-	11	35	15	-	7	41	16	41	52	23	-	0	65	41	-	88	29	14	81	0
8	67	Proteus sp	96	78	81	34	22	37	48	79	-	7	22	12	-	21	15	3	19	63	54	-	0	79	61	-	100	17	42	100	50
9	45	S. beta hemolitikus	89	76	76	33	38	60	62	100	27	2	76	24	78	2	29	24	36	87	56	24	0	78	91	78	100	-	-	95	100
10	15	Citrobacter sp	87	67	53	40	7	20	27	50	-	0	20	0	-	0	33	20	33	53	20	-	0	67	93	-	100	25	50	100	-
11	5	S.typhi									100						100	100	100	100			100								
	1034	Total																													

Sumber: SMF Laboratorium Klinis dan Instalasi Laboratorium Klinis, 16 Maret 2005.

Tabel 7. Pola kuman berdasarkan ruang rawat inap di RS Fatmawati tahun 2004.

POLA KUMAN BERDASARKAN RUANG DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2004

NO	RUANGAN				
	ICU/CEU	VIP	IRNA	LT. III	R I / RC
1	Pseudomonas sp	E.coli	Klebsiella sp	S.epidermidis	E.coli
2	S.epidermidis	Enterobacter sp	Enterobacter sp	Pseudomonas sp	Pseudomonas sp
3	Klebsiella sp	Pseudomonas sp	E.coli	Serratia sp	Proteus sp
4	Enterobacter sp	Proteus sp	Pseudomonas sp	E.coli	Enterobacter sp
5	Serratia sp	Klebsiella sp	S.aureus	Enterobacter sp	Klebsiella sp
6	E.coli	S.epidermidis	S.epidermidis	Klebsiella sp	Serratia sp
7	S.beta hemolitikus	S.beta hemolitikus	S.beta hemolitikus	S.aureus	S.aureus
8	S.aureus	Citrobacter sp	Proteus sp	Proteus sp	S.epidermidis
9	Proteus sp	S.aureus	Serratia sp	Citrobacter sp	Citrobacter sp
10	Citrobacter sp	Serratia sp	Citrobacter sp		

Sumber: SMF Laboratorium Klinis dan Instalasi Laboratorium Klinis, 16 Maret 2005.

Tabel 8. Pola kuman di RS Fatmawati Januari – Maret 2005.

POLA KUMAN DAN RESISTENSI DI RSUP FATMAWATI TRIMESTER I ( Januari - Maret ) 2005

NO	Jumlah	Jenis Kuman	Amikasin	Dibekasin	Gentamisin	Kanamisin	Cephalotin	Cefotiam	Cefotaxim	Cefpirom	Eritromisin	Ampicilin	Augmentin	Amoxilin	Meticilin	Sulbenicilin	Chloramfenicol	Tetrasiklin	Sulfa-trimetoprim	Ciprofloksacin	Ceftriaxon	Clindamisin	Penicilin	Imipenem	Fosfomisin	Vancomisin	Meropenem	Nalidiksida	Pipemidic	Avelox	Sulbactam
1	64	E. coli	94	62	70	40	33	35	48	18	-	2	67	5	-	8	19	6	25	47	50	-	0	-	77	-	-	32	36	60	60
2	60	Klebsiella sp	98	70	75	57	38	37	43	46	-	2	76	25	-	3	30	47	43	62	45	-	0	-	83	-	-	0	0	51	82
3	51	Enterobacter sp	98	61	69	57	22	38	55	58	-	6	76	6	-	-	37	31	43	69	43	-	0	-	94	-	-	50	50	67	76
4	37	Pseudomonas sp	78	81	70	30	14	21	46	30	-	11	11	29	-	24	32	16	51	76	32	-	0	-	70	-	-	40	60	71	51
5	22	S.beta hemolitikus	73	73	91	23	27	68	45	43	25	4	93	32	41	33	59	27	32	64	36	18	0	-	86	-	-	-	-	93	77
6	19	S.epidermidis	100	89	100	63	53	100	63	57	36	5	80	84	50	62	37	58	58	79	74	21	0	-	79	-	-	15	31	87	95
7	13	S.aureus	69	62	62	31	31	18	31	38	27	0	64	38	69	15	23	38	62	62	38	23	0	-	92	-	-	0	0	82	77
8	7	Serratia sp	71	43	29	43	14	0	29	57	-	14	43	14	-	-	29	14	57	71	43	-	0	-	43	-	-	0	0	83	57
9	4	Proteus sp	100	75	75	75	25	50	50	0	27	0	25	0	-	0	0	25	25	75	50	-	0	-	75	-	-	-	-	-	75
10	4	Citrobacter sp	100	75	50	50	0	25	50	0	-	0	100	25	-	0	0	25	50	50	25	-	0	-	25	-	-	0	0	75	25
11	4	S.typhi										100					100	100	100	100				100							
285		Total																													

Sumber: SMF Laboratorium Klinis dan Instalasi Laboratorium Klinis, 16 Maret 2005.

Rencana tindak lanjut Tim Farmasi dan Terapi RS Fatmawati selanjutnya adalah:

1. Evaluasi dan revisi/adendum Formularium.
2. Jumlah item obat akan dikurangi dari yang ada sekarang 1068, terutama yang 170 item antibiotik akan disesuaikan berdasarkan 6 (i) dan 6 (ii) serta Tabel 6, Tabel 7 dan Tabel 8 diatas mengenai pola kuman di RS Fatmawati.
3. Kebijakan 1:1:2 ditinjau menjadi 1:0:2.
4. *Ward Round* Farmasi Klinis diperluas hingga ke seluruh ruang rawat inap.
5. Menerapkan unit dosis di Unit Emergensi dan Rawat Jalan.

## 2. Kegiatan Audit Medis

Audit medik merupakan salah satu suatu kegiatan sistematis dari beberapa komponen yang saling berkaitan dan tidak terpisahkan di dalam satu sistem lingkaran *Clinical Governance* dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan profesi medis di institusi pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit). Audit sebagai salah satu upaya dalam rangka meningkatkan mutu profesi berkesinambungan berdasarkan Evidence – based Medicine ( EBM ) dan Evidence – based Health Care ( EBHC ). Audit dapat dilakukan secara pendekatan ‘*bottom up*’ dan ‘*top down*’ dengan mekanisme sebagai berikut:

### AUDIT MEDIK

1. Salah satu upaya dalam rangka meningkatkan mutu profesi berkesinambungan berdasarkan ***Evidence – based Medicine ( EBM ) dan Evidence – based Health Care ( EBHC )***.
2. Ruang lingkup : profesi medis
3. Bentuk :
  - a. Tingkat SMF – ***First Party Audit ( Self – Assessment )***
    - 2 minggu / kali
    - Dipimpin : Koordinator Etik dan Mutu SMF
    - Sekretaris : Koordinator Pelayanan Medis dan Diklit SMF
    - Penyaji : dokter yang memegang kasus
    - Peserta : seluruh staf medis SMF
    - Hasil : - alternatif pemecahan masalah  
- salinan dikirim ke Komite Medis
  - b. Tingkat Komite Medis – ***Second Party Audit***
    - Sebulan / kali atau bila ada hal yang mendesak
    - Dipimpin : Ketua Komite Medis
    - Moderator : Ketua Tim Etik dan Mutu Komite Medis
    - Sekretaris : Sekretaris Komite Medis dan Sekretaris Tim Etik dan Mutu

- Penyaji : dokter pemegang kasus dan Ka. SMF bersangkutan.
- Peserta :
  - Seluruh Ketua. SMF dan staf medis
  - Direksi
  - Kepala Bidang Mutu Pelayanan
  - Manager Intaslasi terkait.
- Hasil : penyelesaian kasus

**Mekanisme :**

Informasi kasus/data dapat dari:

1. Jajaran Direktur Pelayanan Medis RSF
2. Komite Etik dan Hukum RSF
3. Tim Etik dan Mutu Komite Medis
4. Tim Rekam Medis Komite Medis
5. Manajer Instalasi
6. Ketua SMF
7. Pengaduan tertulis



1. Ketua Komite Medis dan Ketua Tim Mutu memilih dan menetapkan kasus berdasarkan data / kasus ( < 2 hari )
2. Ketua Komite Medis menetapkan tanggal pelaksanaan diskusi tingkat Komite dan membuat surat undangan ( < 2 hari )
3. Ketua Komite Medis menginformasikan secara tertulis kepada Ketua SMF kasus terkait ( < 2 hari ) untuk membahas kasus tersebut pada tingkat SMF (proses sesuai dengan Sistem SMF masing masing) dan mempersiapkannya untuk pembahasan tingkat Komite Medis ( < 2 minggu sejak surat Ketua Komite Medis diterima )
4. Ketua SMF menyerahkan berkas / formulir kepada Ketua Komite Medis 4 hari sebelum diskusi tingkat Komite Medis.
5. Tingkat Komite Medis :
  - Pembukaan oleh Ketua Komite Medis ( 5 menit )
  - Diskusi : moderator Ketua Tim Etik dan Mutu Komite Medis
    - Penyajian kasus : 15 menit
    - Diskusi : ( 20 menit )
    - Kesimpulan : ( 5 menit )
    - Penutup : Ketua Komite Medis ( 5 menit ) dan Direktur ( 5 menit )
6. Resume dan laporan tertulis : Sekretaris Komite Medis

Setiap kegiatan audit medis (baik 1<sup>st</sup> Party Medical audit, 1<sup>st</sup> Party Managerial Audit maupun 2nd Party Audit) dicatat sesuai dengan format Formulir berikut.

Form 1

**1<sup>ST</sup> PARTY MEDICAL AUDIT**

SMF .....  
Tanggal .....  
Waktu Pukul ..... sampai pukul .....  
Yang hadir ..... orang ( daftar hadir terlampir )  
Kasus .....

Identitas pasien .....  
No. RM .....  
Kronologis .....

.....  
.....  
.....  
.....

Masalah : .....

**Evaluasi**

No		Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Pelaksanaan SOP kasus tsb			SOP ada / tidak ada
2.	Diagnosis Kerja			
3.	Rencana tindakan ( penunjang )			
4.	Diagnosis pasti			
5.	Terapi			

Kesimpulan :

Saran :



Form 2

**1<sup>ST</sup> PARTY MANAGERIAL AUDIT**

Instalasi : .....  
Tanggal : .....  
Waktu : Pukul ..... sampai pukul .....  
Yang hadir : ..... orang ( daftar hadir terlampir )  
Kasus : .....

Identitas pasien : .....  
No. RM : .....  
Kronologis : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Masalah : .....  
.....  
.....

**Evaluasi**

NO	URAIAN	PETUGAS PJ / PELAKSANA	WAKTU		KET
			Tgl	Jam	
1.	Ekspedisi - Pasien - Berkas Rekam Medis - ..... - ..... - .....				
2.	Penatalaksanaan di ruang pelayanan : - ..... - ..... - ..... - .....				

Kesimpulan :

Saran :

**2<sup>nd</sup> PARTY MEDICAL AUDIT**  
TANGGAL : .....

I. IDENTITAS KASUS

- Diagnosis Kasus : .....
- Nama : .....
- Umur : .....
- Jenis kelamin : .....
- No. RM : .....

II. PEMBAHASAN

DIAGNOSIS

URAIAN	MASALAH	SOP/SPM

PENATALAKSANAAN

URAIAN	MASALAH	SOP/SPM

III. KESIMPULAN : .....

IV. SARAN – SARAN : .....

Mengetahui,  
Ketua Komite Medis

Jakarta, .....  
Notulis

( )

( )

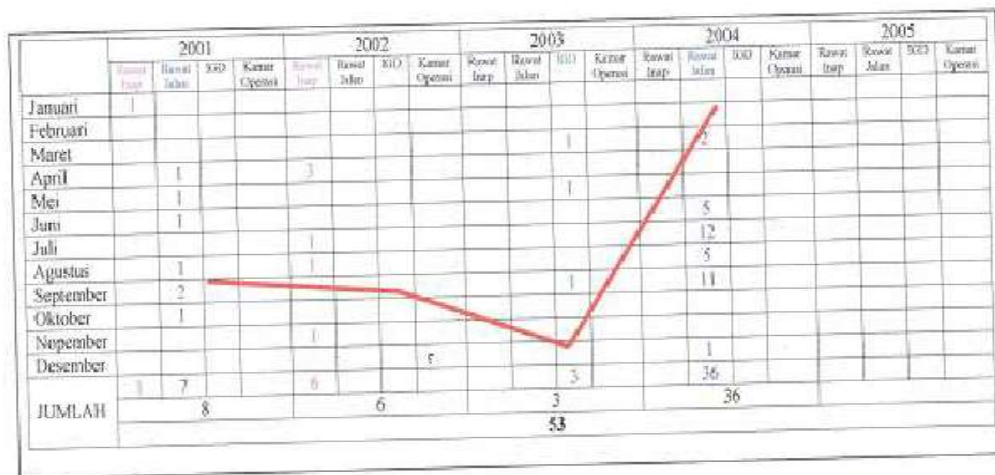
Tabel: Contoh Hasil Audit Medis 2nd Party Medical Audit dalam bentuk kegiatan surveilens oleh Tim Etik dan Mutu Profesi Komite Medik RS Fatmawati untuk bedah 2004

EVALUASI AUDIT REKAM MEDIS TAHUN 2004										
NO.	JENIS	NAMA	UMUR (Th)	P/L	NO. RM	DI	PENCAMUKAN			KETERANGAN
							Dr	Pd MMS	Pi	
1	Gawat Darurat	1. Jaka Yambing	31	P	94721	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		2. Ratan Simatupang	24	L	24454	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		3. M. Rizka	22	P	24454	Appendix acute	+	+	+	Ph. Sterilisasi sesuai prosedur operasi dalam a/c
		4. Subrata S.	28	L	20584	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		5. Satrio	28	P	24531	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		6. Satrio	42	L	113523	Appendix acute	-	+	-	Dr : Ada intermediasi dalam penanganan diagnosis Ph : Ada keterbatasan media operasi
		7. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	-	+	+	Dr : Ada keanehan prosedur dr dengan data yang sudah didapat Ph : Tak ada masalah untuk tanggal tindakan
		8. Polina Wahyu W	21	P	467111	Appendix acute	+	+	+	Ph : Tidak ada standar untuk tanggal tindakan
		9. Dwi Satrio	28	P	212008	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		2	Anastesi	1. Laetha	22	P	252247	Appendix acute	+	-
1. Subandi	22			L	242027	Appendix acute	+	-	-	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada) Pi. - Tidak ada
1. Dwi Satrio	28			P	212008	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
2. M. Rizka	22			P	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
1. Subrata S.	28			L	20584	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
1. Satrio	28			P	24531	Appendix acute	+	-	+	Dr. - Tidak ada
1. Ratan Simatupang	24			L	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
1. Jaka Yambing	28			P	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
1. M. Rizka	22			P	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
11. Jaka Yambing	21			L	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
12. Jaka Yambing	21			L	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
13. Ad Haris	24			L	18438	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
14. Lia Surni	22			P	252178	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada) Pi. - Tidak ada
15. Polina Wahyu W	21			P	467111	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
16. Ratu Ayu	12			P	242571	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
17. Lia Surni	22			P	252178	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
18. Satrio	42			L	113523	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
19. Dwi Satrio	28			P	212008	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
20. M. Rizka	22			P	24454	Appendix acute	+	-	+	Selesai SPD
21. M. Rizka	22			L	24454	Appendix acute	+	-	+	Selesai SPD
22. Lia Surni	22			L	252178	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada)
3	Bedah			23. Sabarun	51	L	18331	Hernia	+	-
		24. Satrio HP	55	L	248914	Hernia	+	-	-	Ph. Jeng. Lab. (AM), Radiologi (Tak ada) Pi. - Kardiologi (Tak ada), Info concern (Tak ada)
		25. Anwar Muhammad Haid	36	L	23999	Hernia	+	+	+	Selesai SPD
		26. Jaka Yambing	51	L	24454	H.I.J. Dextra	+	+	+	Selesai SPD
		27. M. Rizka	47	P	43443	Tumor	+	-	-	Ph. Jeng. Lab. (Tak ada), Radiologi (Tak ada) Pi. - Kardiologi (Tak ada), Info concern (Tak ada)
		28. Hani Anisah Harnas	19	P	191217	Tumor mammae	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (Tak ada), Radiologi (Tak ada)
		29. Harnas	17	P	242797	Tumor mammae	+	-	-	Ph. Jeng. Lab. (Tak ada), Radiologi (Tak ada) Pi. - Kardiologi (Tak ada), Info concern (Tak ada)
30. Satrio	28	P	24531	Tumor mammae	+	-	+	Ph. Jeng. Lab. (Tak ada), Radiologi (Tak ada) Pi. - Kardiologi (Tak ada), Info concern (Tak ada)		
3	Bedah	1. Polina Wahyu W	21	P	467111	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada H, Tak ada
		2. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		3. Ad Haris	24	L	18438	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada H
		4. M. Rizka	22	P	24454	Appendix acute	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada H, Hernia
		5. Jaka Yambing	28	P	24454	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		6. Dwi Satrio	28	P	212008	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		7. Ratan Simatupang	24	L	24454	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		8. Subrata S.	28	L	20584	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		9. Satrio	42	L	113523	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		10. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		11. Polina Wahyu W	21	P	467111	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		12. Harnas	22	P	242797	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		13. Jaka Yambing	28	P	24454	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada H
		14. Dwi Satrio	28	P	212008	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		15. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		16. M. Rizka	22	P	24454	Appendix acute	+	+	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		17. Satrio	42	L	113523	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		18. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		19. Polina Wahyu W	21	P	467111	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		20. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		21. Lia Surni	22	P	252178	Appendix acute	+	+	+	Selesai SPD
		22. Sabarun	51	L	18331	H.I.J. Dextra	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		23. Lia Surni	22	P	252178	H.I.J. Dextra	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada
		24. Satrio HP	55	L	248914	H.I.J. Dextra	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada ST, CT
		25. M. Rizka	22	P	24454	H.I.J.	+	-	+	Ph. Jeng. Tak ada
		26. Anwar Muhammad Haid	36	L	23999	H.I.J. Dextra	+	+	+	Selesai SPD
		27. M. Rizka	47	P	43443	T.O.	+	-	+	Selesai SPD
		28. Hani Anisah Harnas	19	P	191217	Tumor mammae kanan	+	-	+	Selesai SPD
		29. Harnas	17	P	242797	T.O. sep. Jamb.	+	+	+	Selesai SPD
		30. Satrio	42	L	113523	T.O. sep. Jamb.	+	+	+	Selesai SPD

**Langkah Selanjutnya Komite Medik RS Fatmawati dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan profesi.**

Untuk melengkapi proses implementasi hal diatas serta sekaligus untuk berpartisipasi aktif dalam rangka antisipasi globalisasi dan Undang Undang Praktik Kedokteran serta Rancangan Undang Undang Rumah Sakit Komite Medik RS Fatmawati telah membuat konsep, struktur dan modelnya yang lebih menitik beratkan dampak (*impact*) *Patient Safety* dalam kerangka kerja *Clinical Governance* Komite Medik untuk bidang pelayanan dan pendidikan profesi. Disamping berdasarkan hasil kajian analisis Komite Medik adanya kecenderungan meningkatnya pengaduan maupun tuntutan pasien sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 17 berikut

Pengaduan Pasien di RS Fatmawati 2001 s/d 2004 yang sampai ke Komite Medik RS Fatmawati



A. ACTUAL IMPACT ON PATIENT(S)

1. Apparent outcome of the incident in terms of harm etc.

	None	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
	1	2			

B. POTENTIAL FUTURE RISK TO PATIENTS AND TO THE ORGANISATION

2. Likelihood of recurrence

3. Most likely consequences (if in doubt grade as next down)

	None	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
Almost certain					
Likely	5	1			
Possible		2			
Unlikely					
Rare					

RISK: Very Low (Green), Low (Yellow), Moderate (Orange), High (Red)

Gambar 17. Trend and Risk Analysis pengaduan

Maka Komite Medik RS Fatmawati telah mengadakan Sidang Pleno sebanyak 5 kali khusus mengenai *Patient Safety*, pada tanggal 11 Juli 2005 memutuskan untuk mendesain khusus langkah langkah antisipasi sebagai berikut:

### **Resiko Manajemen Klinis**

#### \* Konsep **3 unsur**:

- \* **Persepsi** suatu kejadian
- \* **Kemungkinan** (probabilitas) terjadi (*Likelihood Ratio*)
- \* **Konsekuensi** (dampak atau akibat) kejadian (*Impact*)
- \* Matriks Nilai Derajat Resiko = LR x I

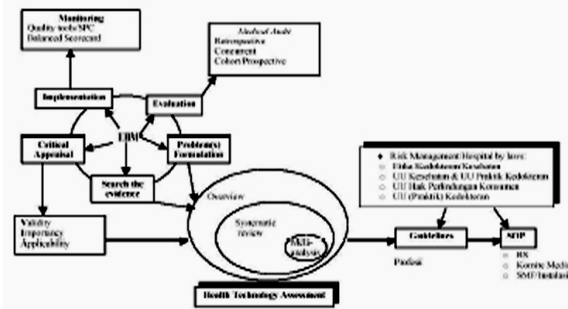
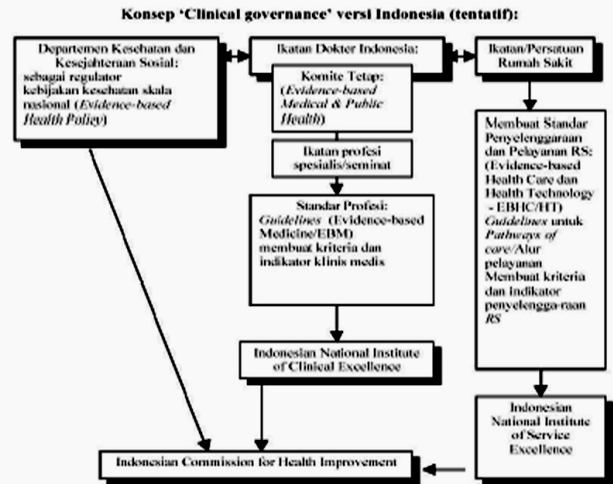
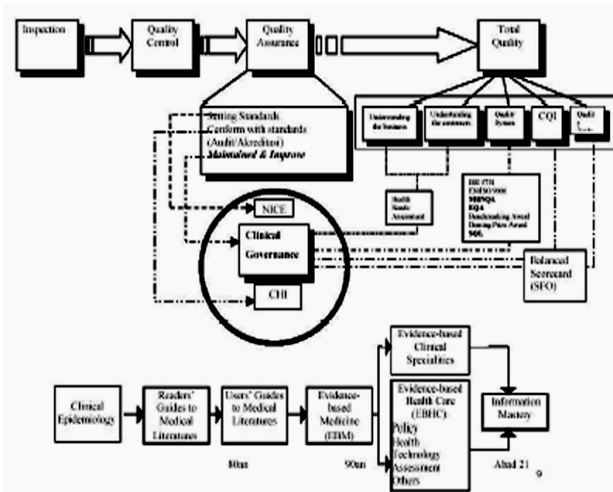
#### \* Struktur: **resiko bisa timbul pada setiap segi dan sudut perjalanan pasien selama dirawat**

- \* Sistem: Sistem Manajemen RS, Sistem Komite Medik, Sistem SMF, Sistem Pendidikan, Sistem Penelitian dll
- \* Legalitas: SP, SIP, SPTP
- \* Kebijakan: tingkat RS, Instalasi, Komite Medik & SMF
- \* Prosedur: SPO/SPM, Daftar Formularium RSF edisi 3 & adendum.

#### \* Model – **Manajemen Resiko Klinis (*Clinical Risk Management/CRM*)**

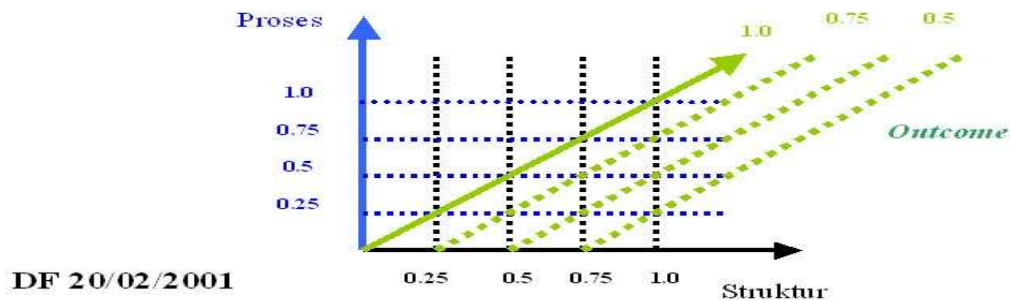
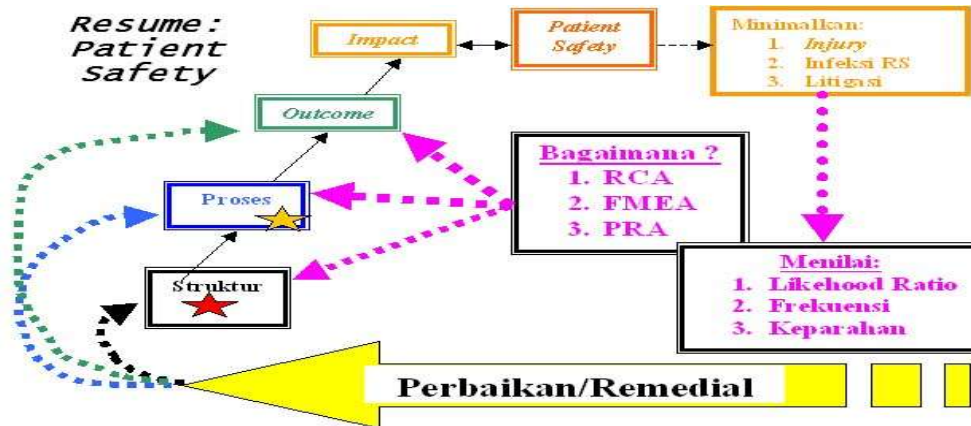
- \* Identifikasi
- \* Analisis: Derajat Resiko, Tingkat Keparahan, Penyebab (RCA)
- \* Penanganan Resiko
- \* Umpan balik
- \* Pendidikan dan pelatihan
- \* *Governance*

Maka Konsep, Struktur dan Model Komite Medik mengenai mutu akan menjadi sebagai berikut:



Gambar 4. Kerangka/Struktur: EBM, HTA, Quality, Balance Scorecard, Medical Audit, Risk Management/Hospital by level dan 'Clinical Governance' tingkat RS

1. Introduksi dan dasar-dasar manajemen medik/klinis
2. Organisasi: Visi, Misi, Objektif dan Target
3. *Operational Research/Strategic Management*
4. Evidence-based Medicine/Health Care/Health Technology Assessment
  - Epidemiologi Klinik dan aplikasinya
  - Langkah langkah EDM/EBHC/EBHT
  - Sumber dan sistem informasi
  - *Critical Appraisal* (termasuk review sistematis dan meta analisis)
  - Monitoring -> Balance Scorecard
  - Audit Medik
5. Introduksi/selayang pandang tentang Mutu:
  - Definisi
  - Prinsip Mutu di bidang kesehatan/keokteran, termasuk tentang *Patient Safety*
  - Posisi dan perkembangan Mutu (Evolusi)
6. Manajemen Mutu, Terpadu (*Total Quality Management/TQM*):
  - Definisi dan alqap TQM
  - Prinsip Dasar dari Komponen TQM
7. Sistem (Management) Mutu (*Quality Management System*) - termasuk prinsip-prinsip dari *Quality Cycle* dan *Patient Safety Circle*
8. *Quality Assurance* (dikaitkan dengan akreditasi untuk pelayanan dan pendidikan di Indonesia)
9. Proses Perbaikan/Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*)
10. Menjaga Mutu (*Quality Control*) - termasuk *Quality tools*
11. *Setting standard*, kriteria dan indikator serta monitoring dan evaluasinya (dengan studi kasus)
12. Pada akhir pelatihan: setiap peserta membuat assignment tentang 'quality approach' yang akan digunakan di bidang masing-masing dengan memilih salah satu pelayanan organisasi/unit kerja yang dikawatirkan/kekhawatiran pasien dalam rangka membuat standar yang dipilih, kriteria, indikator dan cara mengontrol/evaluasi serta alternatif solusi perbaikan.



DF 20/02/2001

# Audit Medis di Rumah Sakit<sup>#</sup>

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
Ketua Komite Medik RS Fatmawati  
Jakarta.

## Pendahuluan

Akhir akhir ini sesuai dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan, keamanan/keselamatan pasien dan isu akses pemerataan pelayanan kesehatan terutama terhadap masyarakat yang kurang/tidak mampu, disamping semakin pesatnya perkembangan kemajuan ilmu pengetahuan tehnik medis dan terbukanya era persaingan global di segala bidang termasuk jasa pelayanan kesehatan yang telah memasuki tahap modus ke empat yakni tenaga profesi – maka secara tidak langsung profesi medis harus mempersiapkan dan membenah diri untuk meningkatkan profesionalismenya tidak hanya dari segi tehnik medis semata akan tetapi juga bidang manajemen keprofesian agar lebih cepat tanggap (*responsiveness*), bersifat tanggung jawab dan gugat (*responsibility*) serta visioner dalam ruang lingkup keprofesiannya (*duty of care*) baik secara individu maupun organisasi.

Audit medis merupakan salah satu suatu kegiatan sistematis dari beberapa komponen yang saling berkaitan dan tidak terpisahkan di dalam satu sistem lingkaran *Clinical Governance* dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan profesi medis di institusi pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit). Maka kegiatan audit medik tersebut sangat erat dengan mutu, *clinical governance* dan *patient safety*.<sup>1</sup>

Sesuai dengan Undang Undang no. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dalam melaksanakan praktik kedokteran baik secara perorangan maupun berkelompok di institusi sarana penyelenggara pelayanan kesehatan (pemerintah

---

<sup>#</sup> Disampaikan pada Hospital Management Refreshing Course and Exhibition (HMRCE): Change Management in Healthcare Services. Diselenggarakan oleh Perhimpunan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia (PERMAPKIN) di Hotel Borobudur, Jakarta 21 – 23 Februari 2006.

<sup>1</sup> Firmanda D. Audit Medis di Rumah Sakit. Disampaikan dalam Sosialisasi Pedoman Audit Medik di Rumah Sakit, diselenggarakan oleh DepKes RI, Cisarua 7 September 2005.

dan swasta), dalam memberikan pelayanan medis harus sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional<sup>2</sup> dan wajib melakukan *kendali mutu dan biaya* melalui audit medis.<sup>3</sup> Sedangkan standar prosedur operasional itu sendiri dibuat oleh profesi di tempatnya melaksanakan praktik kedokteran dengan mengacu kepada Standar Pelayanan Medis dari organisasi/perhimpunan profesi masing masing. Sebagai pedoman dan acuan awal dalam melakukan audit medis dapat digunakan instrumen yang telah diterbitkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan).<sup>4</sup>

Dalam makalah ini akan dibahas beberapa hal yang berkaitan dengan audit medis seperti evolusi perkembangan mutu, *clinical governance*, *clinical risks management and patients safety*, *clinical pathways* dan segi kendali biaya DRGs Casemix serta pengalaman RS Fatmawati dalam melaksanakan audit medis.

### **Evolusi Perkembangan Mutu**

Istilah dan definisi 'mutu' mempunyai arti/makna dan perspektif yang berbeda bagi setiap individu tergantung dari sudut pandang masing masing. Dapat ditinjau dari segi profesi medis/perawat, manajer, birokrat maupun konsumen pengguna jasa pelayanan sarana kesehatan (*Quality is different things to different people based on their belief and norms*).<sup>5</sup>

Begitu juga mengenai perkembangan akan 'mutu' itu sendiri dari cara *inspection*, *quality control*, *quality assurance* sampai ke *total quality*. Jepang menggunakan istilah *quality control* untuk seluruhnya, Amerika memakai istilah '*continuous quality improvement*' untuk '*total quality*' dan Inggris memakai istilah *quality assurance* untuk '*quality assurance*', '*continuous quality improvement*' maupun untuk '*total quality*' dan tidak membedakannya. Di negara kita dikenal juga akan istilah '*Gugus Kendali Mutu/GKM*' dan '*Akreditasi Rumah Sakit*'.

---

2 Undang Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 51a.

3 Undang Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 ayat 1 dan 2.

4 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.

5 Adams C, Neely A. The performance prism to boost success. *Measuring Health Business Excellence* 2000; 4(3):19-23.



Bila kita pelajari, evolusi perkembangan mutu itu sendiri berasal dari bidang industri pada awal akhir abad ke sembilan belas dan awal abad ke dua puluh di masa perang dunia pertama. Pada waktu itu industri senjata menerapkan kaidah *'inspection'* dalam menjaga kualitas produksi amunisi dan senjata. Kemudian Shewart mengembangkan dan mengadopsi serta menerapkan kaidah statistik sebagai *'quality control'* serta memperkenalkan pendekatan siklus P-D-S-A (*Plan, Do, Study dan Act*) yang mana hal ini kemudian dikembangkan oleh muridnya Deming sebagai P-D-C-A (*Plan, Do, Check dan Action*). Kaidah PDCA ini menjadi cikal bakal yang kemudian dikenal sebagai *generic form of quality system* dalam *quality assurance* dari BSI 5751 (*British Standards of Institute*) yang kemudian menjadi seri EN/ISO 9000 dan 14 000. Tatkala Deming diperbantukan ke Jepang dalam upaya memperbaiki dan mengembangkan industri, beliau mengembangkan dengan memadukan unsur budaya Jepang *'kaizen'* dan filosofi Sun Tzu dalam hal *'benchmarking'* maupun manajemen dan dikenal sebagai *'total quality'*.<sup>6,7</sup>

Sedangkan untuk bidang kesehatan, Donabedian dengan *'structure, process dan outcome'* pada awal tahun 80an memperkenalkan tentang cara penilaian untuk standar, kriteria dan indikator.<sup>8</sup> Selang beberapa tahun kemudian Maxwell mengembangkan *'six dimensions of quality'*. Teknik Donabedian dan Maxwell ini lebih menitikberatkan tentang hal membuat standar dan penilaiannya (akreditasi) yang merupakan 2 dari 3 komponen *'quality assurance'*. Komponen ke tiga (*'continuous quality improvement'*) tidak berkembang, sehingga akibatnya meskipun suatu organisasi pelayanan kesehatan tersebut telah mendapat akreditasi akan tetapi 'mutu'nya tetap tidak bergeming dan tidak meningkat. Apa yang yang salah?

*'Clinical Governance (CG)'* yang dikatakan sebagai upaya dalam rangka *continuous quality improvement (CQI)* berdasarkan pendekatan *"Evidence-based Medicine/EBM"* dan *"Evidence-based Health Care/EBHC"* yang terdiri dari empat aspek yaitu *professional performance, resource use (efficiency), risk management*

---

6 Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(4): 281-5.

7 Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1): 43-9.

8 Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.

dan *patients' satisfaction*. Penerapan '*Clinical Governance*' dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan memerlukan beberapa persyaratan yakni *organisastion-wide transformation, clinical leadership* dan *positive organizational cultures*.

Secara sederhana *Clinical Governance* (CG) adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dalam satu organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan (rumah sakit) yang efisien. *Clinical governance* is "a framework through which organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish." Secara konsep komponen utama CG terdiri dari:<sup>9</sup>

1. Akauntabilitas dan alur pertanggung jawaban yang jelas bagi mutu pelayanan secara umum dan khusus.
2. Kegiatan program peningkatan mutu yang berkesinambungan.
3. Kebijakan manajemen resiko.
4. Prosedur profesi dalam identifikasi dan upaya perbaikan/peningkatan kinerja.

Agar keempat komponen utama tersebut dapat terlaksana dengan baik dan hasil yang optimum, maka dalam rencana strategisnya ditekankan akan 'mutu' dari segi '*inputs*' (dalam hal ini pelayanan operasi). Sudah seyogyanya pelayanan kesehatan/kedokteran terstruktur dan dengan baik serta diselenggarakan secara simultan dan berkesinambungan melalui suatu sistem dan subsistem yang jelas dan konsisten dalam hal kebijakan (*policy*) dan panduan (*manual*).

Sedangkan *Total Quality Management/Service* (TQM/s) adalah suatu cara pendekatan organisasi dalam upaya meningkatkan efektivitas, efisiensi dan responsif organisasi secara melibatkan seluruh staf/karyawan dalam segala proses aktivitas peningkatan mutu dalam rangka memenuhi kebutuhan/tuntutan konsumen pengguna jasa organisasi organisasi tersebut. ('*Process driven*' dan '*customer-focused oriented*'). Ini merupakan suatu tingkat tertinggi dalam upaya

---

9 Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-5.

organisasi tersebut untuk mencapai tingkat dunia (*World Class Quality Health Care*).

Secara ringkas ada 5 struktur komponen utama dalam *Total Quality Management* (TQM) yakni *understanding the customer, understanding the hospital's business, quality systems, continuous quality improvement* dan *quality tools*. Untuk dapat menguasai TQM harus menguasai akan kaidah/teknik dari perkembangan mutu itu sendiri dari *inspection, quality control* dengan *seven basic statistics process control/ SPC*, dan *quality assurance* dengan ketiga komponen utamanya yang terdiri *setting standards, checking the standards (audit and accreditation)* dan *continuous quality improvement (CQI)*.

Quality Assurance (QA) adalah tahap ke tiga dan yang paling penting dalam perkembangan mutu suatu institusi/organisasi menuju tingkat yang lebih luas dan tinggi (*'total quality'*). QA itu sendiri terdiri dari beberapa komponen sebagai berikut;

#### 1. Standar

Standar dibuat berdasarkan kebijakan (*policy*), tujuan (*aims*) dan objektif yang telah disepakati bersama dalam institusi tersebut untuk dijadikan *kriteria* yang dapat ditinjau dari segi *input/struktur*, proses dan *output/outcome*. Ada beberapa teknik/cara dalam membuat standar tersebut: cara Donabedian atau Maxwell atau bahkan kombinasi antar keduanya (cara Don-Max).

#### 2. Audit dan Akreditasi

Audit dapat dilaksanakan dalam 3 tahap dengan maksud dan tujuan yang berbeda. **Audit pertama** (*1<sup>st</sup> Party Audit*) sebagai *'internal audit'* atau *'self-assessment'* untuk penilaian promotif dalam rangka deteksi dini dan melakukan perbaikan/peningkatan standar (*'corrective action'*). Audit pertama ini dilakukan dan diselesaikan pada tingkat SMF masing masing dengan melibatkan seluruh dokter SMF dan pelaksanaan audit tersebut dipimpin oleh Koordinator Etik dan Mutu SMF; Bila perlu dapat mengundang jajaran struktural/manajerial dimana

pelayanan tersebut berlangsung. **Audit ke dua** (*2<sup>nd</sup> Party Audit*) dilakukan oleh Tim Etik dan Mutu Pelayanan Komite Medis terhadap kasus medis yang tidak dapat diselesaikan pada tingkat audit pertama atau kasus tersebut melibatkan antar profesi medis (beberapa SMF), melibatkan tim lintas fungsi maupun lintas manajerial. **Audit ke tiga** (*3<sup>rd</sup> Party Audit*) merupakan 'external audit/peer review' yang dilakukan oleh pihak ketiga dari satu badan independen yang berwenang memberikan penilaian pendekatan sistem (*'system-approached'*) dan memberikan rekomendasi terakreditasi untuk menyelenggarakan pelayanan ataupun pendidikan suatu bidang tertentu (*'scope'*) selama sekian tahun untuk di akreditasi kembali.

### 3. *Continuous Quality Improvement (CQI)*

Upaya institusi pelayanan tersebut mempertahankan (*monitoring*) dan meningkatkan mutu melalui berbagai kegiatan sesuai kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam suatu sistem manajemen mutu.

## **Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien (*Clinical Risks Management and Patient Safety*)**

Dalam World Health Assembly pada tanggal 18 Januari 2002 lalu, WHO Executive Board yang terdiri 32 wakil dari 191 negara anggota telah mengeluarkan suatu resolusi yang disponsori oleh pemerintah Inggris, Belgia, Itali dan Jepang untuk membentuk program manajemen resiko klinis (*clinical risks management and patient safety*) yang terdiri dari 4 aspek utama yakni:<sup>10</sup>

1. *Determination of global norms, standards and guidelines for definition, measurement and reporting in taking preventive action, and implementing measures to reduce risks;*
2. *Framing of Evidence-based Policies in global standards that will improve patient care with particular emphasis on such aspects as product safety, safe clinical practice in compliance with appropriate guidelines and safe use of medical*

---

<sup>10</sup> World Health Organization. WHO Executive Board Resolution EB109.R16, 18 January 2002.

- products and medical devices and creation of a culture of safety within healthcare and teaching organisations;*
3. *Development of mechanism through accreditation and other means, to recognise the characteristics of health care providers that over a benchmark for excellence in patient safety internationally;*
  4. *Encouragement of research into patient safety.”*

Keempat aspek diatas sangat erat kaitannya dengan era globalisasi bidang kesehatan yang menitikberatkan akan ‘mutu’. Maka tidak heran bila setiap negara maju maupun berkembang berusaha meskipun secara implisit untuk memproteksi ‘jasa kedokteran/kesehatan’ yang merupakan sebagai salah satu industri jasa strategis bagi negara masing masing.<sup>11</sup> Sebagai contoh, negara Inggris<sup>12</sup> dengan *Clinical Governance* (yang merupakan suatu pengembangan dari sistem *quality assurance*), negara Eropa daratan dengan EFQM<sup>13</sup> dan Amerika dengan MBNQA.<sup>14</sup> Bila berbicara mengenai sistem maka secara langsung akan membahas konsep, struktur/konstruksi, model atau paradigma multi dimensi yang meliputi struktur, proses dan *outcome/output* serta *impact*.

Istilah *Patient Safety* akhir akhir ini sering menjadi topik pembahasan, meskipun batasan ataupun definisi dari istilah *Patient Safety* itu sendiri belum jelas.<sup>15,16</sup> Pada awal perkembangan konsep *Patient Safety* di Inggris<sup>17</sup>, Amerika<sup>18</sup>, Australia<sup>19</sup> dan Jepang<sup>20</sup> lebih banyak menfokuskan kepada hal *medical error*, namun saat ini konsep dan konstruksi tersebut telah berkembang sesuai dengan

---

11 Firmanda D. The evolution and roles of Evidence-based Health Policy in Health Service Management. Presented in seminar and discussion panel on “Evidence-based Policy for the era of Indonesian Health Decentralized System in 21st Century”. Center for Public Health Research, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, Yogyakarta 1st March 2001.

12 Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150):61-5.

13 Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(3): 191-201.

14 Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(4): 281-5.

15 Cosby KS, Croskerry P. Patient safety: a curriculum for teaching patient safety in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2003; 10(1):69-78.

16 WHO. World alliance for patient safety – forward programme: Action area 3: Developing a patient safety taxonomy. Geneva, 2004.

17 Berwick DM, Leape LL. Reducing errors in medicine. *BMJ* 1999; 318:136-7. Diterbitkan kembali dalam *Qual in Health Care* 1999;8:145-6.

18 Institute of Medicine Report 2000. To err is human. Washington DC.

19 Smallwood R. Safety and quality in healthcare – what can England and Australia learn from each other? *Clinical Medicine* 2003;3(1):68-73.

20 Uetmatsu H. Patient Safety – the collaboration between the health professions in Japan. *World Health Journal* 2004;50(4)6-70.

yang dianjurkan oleh WHO bahwa *Patient Safety* adalah suatu bagian penting dari mutu dan meliputi sistem mutu sebagaimana berikut:<sup>21</sup>

1. *“Patient safety is a critical component of quality as defined by WHO.*
2. *System design: systemic factors that contribute to safety*
3. *Product safety: drugs, devices, vaccines and other biologicals*
4. *Safety of services: inpatient and outpatient medical practices, non personal services*
5. *Safe environment of care: facilities, waste management, environmental considerations”*

Sehingga beberapa negara yang bergabung dalam Commonwealth dengan Sistem Britishnya (*National Health Service/NHS-* melalui program *Clinical Governance*)<sup>22</sup> dan Amerika Serikat melalui *Assosiation of American Medical Colleges (AAMC)*<sup>23</sup> mengembangkan lebih jauh lagi dengan memasukkan mata ajaran *Patient Safety* tersebut dalam kurikulum pendidikan kedokteran umum/keluarga dan kedokteran spesialisnya<sup>24</sup> serta diadopsi sebagai standar pelayanan di rumah sakit.<sup>25</sup>

Mengenai *Clinical Governance* untuk versi Indonesia pernah diusulkan beberapa waktu yang lalu<sup>26,27,28,29,30,31</sup> yang merupakan suatu sistem dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan/kedokteran dan terdiri dari beberapa komponen yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi dari segi makrosistem.

---

21 WHO Working Group Meeting. *Patient Safety: Rapid assessment methods for estimating hazards*. Geneva, 2003.

22 Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. *Clinical Governance – its origins and its foundations*. *Brit J Clin Governance* 2000;5(3): 172-8.

23 AAMC. *Patient Safety and Graduate Medical Education*. New York, February 2003.

24 Battles JB, Shea CE. *A system of analyzing medical errors to improve GME Curricula and programs*. *Acad Med* 2001;76(2):125-33.

25 Leach DC. *Changing education to improve patient care*. *Qual in Health Care* 2001; 1 0(Suppl II):ii54-58.

26 Firmanda D. “*Clinical Governance : Konsep, konstruksi dan implementasi manajemen medik.*” Disampaikan pada seminar dan business meeting “Manajemen Medis: dari Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence-based Medicine/EBM*) menuju *Clinical Governance*” dalam rangka HUT RSUP Fatmawati ke 40 di Gedung Bidakara Jakarta 30 Mei 2000

27 Firmanda D. *Clinical Governance dan aplikasinya di Rumah Sakit*. Disampaikan pada Pendalaman Materi Rapat Kerja RS Pertamina Jaya , Jakarta 29 Oktober 2001.

28 Firmanda D. *Mutu Pelayanan dikaitkan dengan persiapan dan proses operasi*. Disampaikan dalam Seminar Sehari: Kamar Operasi sebagai Strategi Bisnis Unit Utama Rumah Sakit, Direktorat Pelayanan Medik Depkes RI; Hotel Santika Jakarta 16 Juni 2003.

29 Firmanda D. *Pengalaman Komite Medis RS Fatmawati dalam melaksanakan Audit Medis*. Disampaikan dalam Temu Karya I: Implementasi Good Clinical Governance di bidang Pelayanan Medis, Jakarta 27 September 2004.

30 Firmanda D. *Aplikasi integrasi sinergis antara Evidence-based Medicine, Evidence-based Healthcare dan Evidence-based Policy dalam satu sistem peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan kedokteran (Clinical Governance): Cost Effectiveness Analyses (CEA) Standar Pelayanan Medis (SPM): suatu tantangan profesi di masa mendatang*. Disampaikan pada Rapat Kerja Nasional JPSN/JPKM Depkes RI, Bogor Maret 2005.

31 Firmanda D. *Aplikasi integrasi sinergis antara Evidence-based Medicine, Evidence-based Healthcare dan Evidence-based Policy dalam Clinical Governance*. *Fatmawati J Health Sci* 2005;6(14):570-6.

Konsep dasar pemikiran mengenai *Patient Safety* RS di Indonesia adalah dengan memadukan peraturan perundangan yang berlaku di tanah air, dalam hal ini memperhatikan Undang Undang Republik Indonesia Nomor: 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Sisdiknas), Undang Undang Republik Indonesia Nomor: 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional, serta mengacu kepada berbagai referensi luar negeri seperti *Trilogy of World Federation for Medical Education Documents – World Standards for Medical Education*, *British General Medical Council* dan *Royal College of Physicians*, *American Institute of Medicine*, *Association of American Medical Colleges*, *WHO: World alliance for patient safety – forward programme* serta disesuaikan aplikasinya dengan situasi kondisi di tanah air melalui suatu upaya program sistem peningkatan mutu pelayanan dan pendidikan di rumah sakit (*Clinical Governance*). Pada saat ini sedang diolah mengenai Pedoman<sup>32</sup> *Clinical Risks Management* dan *Patient Safety* di Depkes RI dan sedang dilakukan uji coba di 4 propinsi yakni RSUD Serang (Banten), RSUD Sukabumi (Jawa Barat) , RSUD Malang (Jawa Timur) dan RSUD Labuang Baji (Sulawesi Selatan) untuk 4 bidang pelayanan (kesehatan anak, kebidanan-kandungan, anestesi dan bedah).

Untuk komponen struktur dan uraian tentang profesi medis di rumah sakit dapat diadaptasi dari KepMenkes RI Nomor 631 /Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*) di rumah sakit<sup>33</sup>, sedangkan untuk audit klinis/medis dapat diadaptasi dari KepMenkes RI Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis Rumah Sakit.<sup>34</sup> Salah satu komponennya adalah mengenai manajemen resiko klinis dan berujung tombak kepada hasil (*outcome*) yakni *patient safety*.

Format Penilaian Instrumen Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk Komite Medik RS Fatmawati dapat dilihat sebagaimana dalam Lampiran 3.

---

32 Firmanda D. Instrumen Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien. Disampaikan pada Rapat Penyusunan Pedoman Manajemen Risiko Klinis, Depkes RI Agustus 2005.

33 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 63 1/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws) di rumah sakit, Jakarta 25 April 2005.

34 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 63 1/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di rumah sakit. Jakarta 5 April 2005.

## ***Integrated Clinical Pathways (ICP): Peran profesi medis dalam rangka menyusun Sistem DRGs-Casemix di Rumah Sakit***

Salah satu bidang yang jarang/belum disentuh oleh profesi medis adalah kaitan dalam hal mutu profesi dan biaya, meskipun dalam Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada pasal 49 ayat 1 menyebutkan bahwa dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. Dalam rangka menuju tujuan tersebut adalah melalui suatu sistem penataan klinis (*Clinical Governance/CG*), dimana salah satu dari 5 komponen CG adalah *clinical effectiveness* yang apabila diimplementasikan secara sinergis dengan pelayanan yang bersifat fokus terhadap pasien (*Patient Focused Care/PFC*) dan berkesinambungan (*continuing patient care*) menjadi dalam bentuk terpadu/integrasi yang disebut sebagai *Integrated Clinical Pathways (ICP)* sebagai kunci utama untuk masuk ke dalam sistem pembiayaan yang dinamakan DRG-Casemix.

Ada banyak istilah atau nama lain yang digunakan untuk *Integrated Clinical Pathways* seperti *Pathways of Care*, *Anticipated Recovery Pathways (ARPs)*, *Multidisciplinary Pathways of Care (MPCs)*, *Care Protocols*, *Critical Care Pathways*, *Pathways of Care*, *Care Packages*, *Collaborative Care Pathways*, *CareMaps®*, *Care Profiles* dan lainnya. *Integrated Clinical Pathways* **bukan** yang selama ini dikenal sebagai *protocol*, *flow chart of events*, *care map*, *process map*, *decision tree*, *guideline* ataupun *care plan*; akan tetapi dapat terdiri dari komponen komponen tersebut dengan kombinasi yang mengandung unsur unsur:

1. *systematic action for consistent best practice, continuous improvements in patient care, all with attention to the patient experience*
2. *patient centred - built into packages of care for identified groupings*
3. *provides continuous feedback via variance tracking and analysis*
4. *multidisciplinary - based on roles, competence & responsibility rather than discipline alone*
5. *maps and models clinical and non-clinical care processes*
6. *incorporates order and priorities including guidelines and protocols*
7. *includes standards and outcomes*

Untuk Indonesia sebagai usul tentatif dalam rangka antisipasi dan pemberdayaan profesi medis; maka sebaiknya mulai dari sistem penataan klinis (*Clinical*



*Governance*) dengan ke lima komponennya dan memadukan dengan yang telah ada dalam hal ini profesi keperawatan dengan asuhan keperawatannya dan PSBH, profesi medis dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang telah dimiliki.

### **Konsep dan Struktur Integrated Clinical Pathways (ICP)**

*Integrated Clinical Pathways* (ICP) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit. Implementasi ICP sangat erat berhubungan dan berkaitan dengan *Clinical Governance* dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasi dan terjangkau.<sup>35,36</sup>

*Integrated Clinical Pathways* (ICP) merupakan salah satu komponen dari Sistem DRG-Casemix yang terdiri dari kodefikasi penyakit dan prosedur tindakan (ICD 10 dan ICD 9-CM) dan perhitungan biaya (baik secara *top down costing* atau *activity based costing* maupun kombinasi keduanya).<sup>37</sup>

### **Implementasi *Integrated Clinical Pathways* (ICP) dalam *Clinical Governance* dan Audit Medis**

Dalam membuat *Integrated 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 (*continuing of care*)
2. Melibatkan seluruh profesi (dokter, perawat/bidan, penata, laboratoris dan farmasis)

---

35. Campbell H., et al. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-144

36. Johnson S. Pathways of care. Blackwell Science, Oxford 1997.

37. Firmanda D. Introduction to Diagnosis Related Groups (DRG), Medical Record coding and Casemix Management, Pleno Komite Medik RS Fatmawati 18 Agustus 2005.

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 ICP 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 ICP 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.

*Integrated Clinical Pathways* tersebut dapat merupakan suatu Standar Prosedur Operasional yang merangkum:

1. Profesi medis: Standar Pelayanan Medis dari setiap Kelompok Staf Medis/Staf Medis Fungsional (SMF) klinis dan penunjang.
2. Profesi keperawatan: Asuhan Keperawatan
3. Profesi farmasi: *Unit Dose Daily* dan *Stop Ordering*
4. Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap dan Operasi dari Sistem Kelompok Staf Medis/Staf Medis Fungsional (SMF), Instalasi dan Sistem Manajemen Rumah Sakit.

ICP dapat digunakan sebagai alat untuk melakukan audit medis dan manajemen baik untuk tingkat pertama maupun kedua (*1<sup>st</sup> Party and 2<sup>nd</sup> Party Audits*) dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.<sup>38</sup>

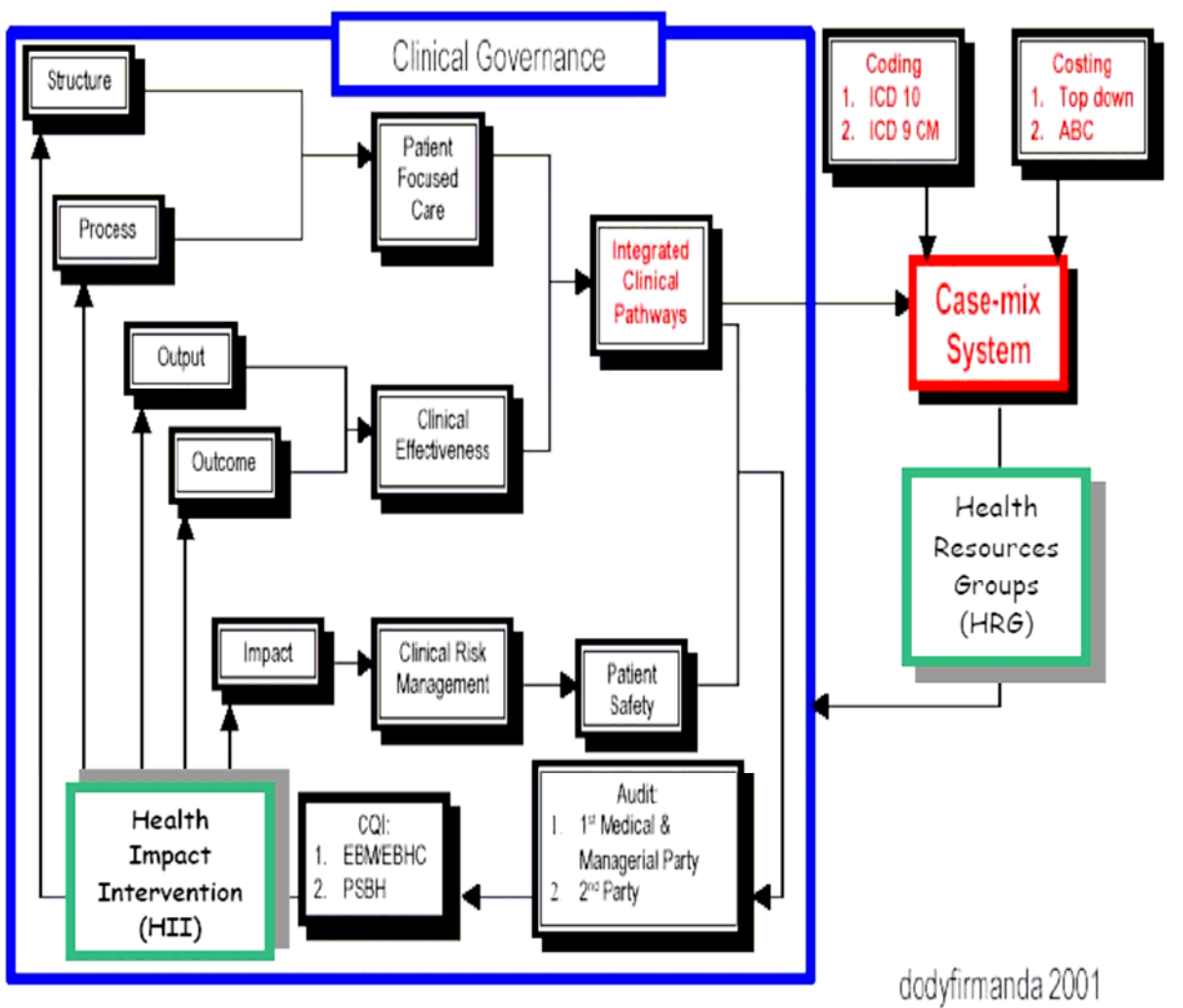
ICP dapat digunakan juga sebagai salah satu alat mekanisme evaluasi penilaian risiko untuk mendeteksi kesalahan aktif (*active errors*) dan laten (*latent / system errors*) maupun nyaris terjadi (*near miss*) dalam Manajemen Risiko Klinis (*Clinical*

---

38. Firmanda D. Pedoman Audit Medis RS Fatmawati, Jakarta 2003.

*Risk Management*) dalam rangka menjaga dan meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien (*patient safety*).<sup>39</sup>

Maka secara ringkas letak kedudukan ICP tersebut sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 1 berikut<sup>40,41</sup>.




Gambar 1. Skema Pendekatan Komite Medik RS Fatmawati tentang *Integrated Clinical Pathways* dalam hubungan antara *Clinical Governance*, Audit Medis dan Sistem DRGs-Casemix.

39. Firmanda D. Instrumen Manajemen Risiko Klinis dan Keselamatan pasien, Depkes RI 2005.

40. Firmanda D. Pedoman Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati, Jakarta 7 Oktober 2005.

41. Firmanda D. Standar fasilitas dalam penetapan kompetensi di sarana pelayanan kesehatan. Disampaikan dalam Semiloka Standar Fasilitas dalam *Undang Undang Praktik Kedokteran*. Diselenggarakan oleh Konsorsium Pelayanan Medik Depkes RI di Hotel Mulia Jakarta 7 Februari 2006.

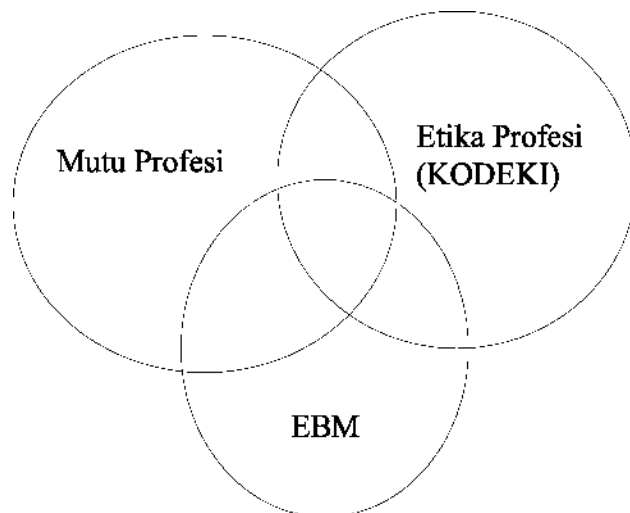
Contoh Format Umum *Clinical Pathways*

		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA ..... 2006					
		Nama Pasien: .....		Umur: .....	Berat Badan: .....kg	Tinggi Badan: .....cm	Nomor Rekam Medis: .....
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....			Rencana rawat : ..... hari		
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp): .....	Biaya (Rp) .....
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Penyakit Penyerta		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Komplikasi		.....	.....	.....	.....	.....	
Asesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Konsultasi		.....	.....	.....	.....	.....	
Pemeriksaan Penunjang:		.....	.....	.....	.....	.....	
Tindakan:		.....	.....	.....	.....	.....	
Obat-obatan:		.....	.....	.....	.....	.....	
▪		.....	.....	.....	.....	.....	
Nutrisi:		.....	.....	.....	.....	.....	
Mobilisasi:		.....	.....	.....	.....	.....	
Hasil (Outcome):							
▪		.....	.....	.....	.....	.....	
▪		.....	.....	.....	.....	.....	
▪		.....	.....	.....	.....	.....	
Pendidikan/Rencana Pemulangan:		.....	.....	.....	.....	.....	
Variasi:		.....	.....	.....	.....	.....	
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	.....	.....	▪	.....	.....	
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪	.....	.....	
.....		.....	.....	▪	.....	.....	
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪	.....	.....	
.....		.....	.....	▪	.....	.....	

## Pengalaman Audit Medis RS Fatmawati

Fungsi dan wewenang Komite Medis adalah menegakkan etika profesi medis dan mutu pelayanan medis berbasis bukti. Sedangkan tugas dan fungsi dari SMF adalah melaksanakan kegiatan pelayanan medis, pendidikan, penelitian dan pengembangan keilmuannya yang berpedoman pada ketetapan Komite Medis atas etika profesi Medis dan mutu keprofesian medis. Jadi profesi Medis dalam melaksanakan profesinya berdasarkan falsafah meliputi etika, mutu dan *evidence-based medicine*.

Konsep dan filosofi Komite Medis RS Fatmawati adalah perpaduan antara ketiga komponen yang terdiri dari Etika Profesi, Mutu Profesi dan *Evidence-based Medicine* (EBM) sebagaimana terlihat dalam Gambar 2.



Gambar 2. Konsep dan Filosofi Komite Medis RS Fatmawati: Etika, Mutu dan *Evidence-based Medicine* (EBM)<sup>42</sup>

Definisi Audit Medis adalah proses analisis kritis yang dilaksanakan secara sistematis terhadap pelayanan medis (meliputi diagnosis, terapi, hasil dan penggunaan sumberdaya/peralatan) yang diberikan dan efeknya terhadap kualitas kehidupan pasien.<sup>43</sup> Komite Medik RS Fatmawati membagi 2 tingkat audit medis yakni *1<sup>st</sup> party audit* (untuk tingkat SMF dan manajemen instalasi)

42 Firmanda D. Sistem Komite Medik RS Fatmawati, Jakarta 2003.

43 Firmanda D. Pdoman Audit Medis RS Fatmawati, Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati 2003.

dan *2<sup>nd</sup> party audit* (untuk tingkat Komite Medik melalui Tim Etik dan Mutu Komite Medik). dengan 3 cara mekanisme pendekatan proses audit medis yaitu:

1. Pendekatan *bottom up* : dilakukan audit medis di lingkungan terbatas *peer review* tingkat profesi.
2. Pendekatan *top down*: dilakukan audit medis atas permintaan dari Komite Medik ke SMF profesi.
3. Pendekatan kombinasi keduanya

Sedangkan mengenai mekanisme dan Format 1<sup>st</sup> dan 2<sup>nd</sup> Party Audit tersebut sebagaimana dapat dilihat pada Lampiran 1 dan 2.

**Lampiran 1: Jenis, Ruang Lingkup, Penanggung Jawab dan Kriteria/Indikator Mutu dalam Mekanisme Audit**

Jenis:	Ruang Lingkup	Penanggung Jawab	Kriteria/Indikator Mutu		
			Struktur	Proses	Outcome
Audit Pertama <i>1<sup>st</sup> Party Audit</i>	SMF	Koordinator Etik dan Mutu SMF	1. Jadwal Audit SMF 2. Format 1 <sup>st</sup> Party Audit	Pelaksanaan Audit SMF	' <i>Corrective and Preventive Action</i> '
Audit Kedua <i>2<sup>nd</sup> Party Audit</i>	Lintas SMF	Tim Etik dan Mutu Komite Medis	1. Jadwal Audit Tim Etik dan Mutu Komite Medis 2. Format 2 <sup>nd</sup> Party Audit	Pelaksanaan Tim Etik dan Mutu Komite Medis	Kebijakan Klinis ( <i>Medical/clinical Policies</i> )
Audit Ketiga <i>3<sup>rd</sup> Party Audit</i>	RSF	Ketua Komite Medis, Ketua Komite Etik dan Hukum RSF, Direktur Pelayanan Medis RSF	1. Jadwal Audit dan persiapan akreditasi 2. Format Akreditasi 3. Format Kasus (Pidana/Perdata)	Pelaksanaan akreditasi	Terakreditasi dengan nilai maksimum

**AUDIT MEDIK**

1. Salah satu upaya dalam rangka meningkatkan mutu profesi berkesinambungan berdasarkan **Evidence – based Medicine ( EBM ) dan Evidence – based Health Care ( EBHC )**.
2. Ruang lingkup : profesi medis
3. Bentuk :
  - a. Tingkat SMF – **First Party Audit ( Self – Assessment )**
    - 2 minggu / kali
    - Dipimpin : Koordinator Etik dan Mutu SMF
    - Sekretaris : Koordinator Pelayanan Medis dan Diklit SMF
    - Penyaji : dokter yang memegang kasus
    - Peserta : seluruh staf medis SMF
    - Hasil : - alternatif pemecahan masalah  
- salinan dikirim ke Komite Medis
  - b. Tingkat Komite Medis – **Second Party Audit**
    - Sebulan / kali atau bila ada hal yang mendesak
    - Dipimpin : Ketua Komite Medis
    - Moderator : Ketua Tim Etik dan Mutu Komite Medis
    - Sekretaris : Sekretaris Komite Medis dan Sekretaris Tim Etik dan Mutu

- Penyaji : dokter pemegang kasus dan Ka. SMF bersangkutan.
- Peserta :
  - Seluruh Ketua. SMF dan staf medis
  - Direksi
  - Kepala Bidang Mutu Pelayanan
  - Manager Intaslasi terkait.
- Hasil : penyelesaian kasus

**Mekanisme :**

Informasi kasus/data dapat dari:

1. Jajaran Direktur Pelayanan Medis RSF
2. Komite Etik dan Hukum RSF
3. Tim Etik dan Mutu Komite Medis
4. Tim Rekam Medis Komite Medis
5. Manajer Instalasi
6. Ketua SMF
7. Pengaduan tertulis



1. Ketua Komite Medis dan Ketua Tim Mutu memilih dan menetapkan kasus berdasarkan data / kasus ( < 2 hari )
2. Ketua Komite Medis menetapkan tanggal pelaksanaan diskusi tingkat Komite dan membuat surat undangan ( < 2 hari )
3. Ketua Komite Medis menginformasikan secara tertulis kepada Ketua SMF kasus terkait ( < 2 hari ) untuk membahas kasus tersebut pada tingkat SMF (proses sesuai dengan Sistem SMF masing masing) dan mempersiapkannya untuk pembahasan tingkat Komite Medis ( < 2 minggu sejak surat Ketua Komite Medis diterima )
4. Ketua SMF menyerahkan berkas / formulir kepada Ketua Komite Medis 4 hari sebelum diskusi tingkat Komite Medis.
5. Tingkat Komite Medis :
  - Pembukaan oleh Ketua Komite Medis ( 5 menit )
  - Diskusi : moderator Ketua Tim Etik dan Mutu Komite Medis
    - Penyajian kasus : 15 menit
    - Diskusi : ( 20 menit )
    - Kesimpulan : ( 5 menit )
    - Penutup : Ketua Komite Medis ( 5 menit ) dan Direktur ( 5 menit )
6. Resume dan laporan tertulis : Sekretaris Komite Medis



Lampiran 2. Format 1<sup>st</sup> dan 2<sup>nd</sup> Party Audit

Form 1

**1<sup>ST</sup> PARTY AUDIT**

SMF : .....

Tanggal : .....

Waktu : Pukul ..... sampai pukul .....

Yang hadir : ..... orang ( daftar hadir terlampir )

Kasus : .....

Identitas pasien : .....

No. RM : .....

Kronologis : .....

.....

.....

.....

.....

Masalah : .....

.....

.....

**Evaluasi**

No		Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Pelaksanaan SOP kasus tsb			SOP ada / tidak ada
2.	Diagnosis Kerja			
3.	Rencana tindakan ( penunjang )			
4.	Diagnosis pasti			
5.	Terapi			

Kesimpulan :

Saran :

Form 2

**1<sup>ST</sup> PARTY AUDIT**

Instalasi : .....  
Tanggal : .....  
Waktu : Pukul ..... sampai pukul .....  
Yang hadir : ..... orang ( daftar hadir terlampir )  
Kasus : .....

Identitas pasien : .....  
No. RM : .....  
Kronologis : .....

Masalah : .....

**Evaluasi**

NO	URAIAN	PETUGAS PJ / PELAKSANA	WAKTU		KET
			Tgl	Jam	
1.	Ekspedisi - Pasien - Berkas Rekam Medis - ..... - ..... - .....				
2.	Penatalaksanaan di ruang pelayanan : - ..... - ..... - ..... - .....				

Kesimpulan :

Saran :



**INSTRUMEN**  
**MANAJEMEN RISIKO KLINIS**  
**DAN**  
**KEAMANAN PASIEN**

*CLINICAL RISK MANAGEMENT*  
*AND*  
*PATIENT SAFETY*

Editor  
Dody Firmanda



Komite Medik  
Rumah Sakit Fatmawati  
Jakarta  
2005

## KONTRIBUTOR

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Dody Firmanda, Dr, Sp. A, MA       | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua Komite Medik,</li><li>▪ Ketua SMF Kesehatan Anak</li><li>▪ Ketua Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik</li></ul>   |
| Taufik Zein, Dr, Sp. OG            | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wakil Ketua Komite Medik</li><li>▪ Ketua SMF Kebidanan dan Kandungan</li><li>▪ Ketua Tim Kanker Komite Medik</li></ul> |
| Arnold Harahap, Dr, Sp. PD         | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Penyakit Dalam</li></ul>   |
| Asnawi Yanto, Dr, Sp. PK           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua Smf Patologi Klinik</li></ul>  |
| Bambang Nugroho, Dr, Sp. BOT       | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Bedah Orthopedik</li></ul>   |
| Bangun M Hutagalung, Dr, Sp. PA    | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Patologi Anatomi</li></ul>   |
| Budiyatmoko, Dr. Sp. B             | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Bedah</li></ul>  |
| Darma Setya Kusuma, Dr, Sp. P      | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Pulmonologi</li><li>▪ Ketua Tim Infeksi Khusus Komite Medik</li></ul>  |
| Dewi Lestari, Dr, Sp. KK           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Kulit dan kelamin</li><li>▪ Ketua Tim Etik dan Mutu Profesi Komite Medik</li></ul>                           |
| Djati Prasetyo Samsuridzal, Dr     | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Gawat Darurat</li></ul>  |
| Dyah Sri Puspitaningsih, Dr, Sp. R | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Radiologi</li></ul>  |
| Halim Ahmad, Dr, Sp. BS            | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Bedah Saraf</li><li>▪ Ketua Tim Kredensial Komite Medik</li></ul>  |
| Idjas Intan Tamba, Dr, Sp. J       | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Kesehatan Jiwa</li></ul>   |
| Irma Mardiana, Dr, Sp. JP          | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Jantung</li></ul>  |
| Lestaria Aryani, Dr, Sp. RM        | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ketua SMF Rehabilitasi Medik</li><li>▪ Ketua Tim Diklit Komite Medik</li></ul>   |

Ridwan Bachri, Dr, Sp. An	▪ Ketua SMF Anestesi
Sri Susilowati, Dr, Sp. THT	▪ Ketua SMF THT
Sylvia, Dr, Sp. M	▪ Ketua SMF Mata
Tuti Hernawati Zacharia, Dr, Sp. S	▪ Ketua SMF Saraf ▪ Wakil Ketua Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik
Tuti Mutiah, Dr, Sp. KGA	▪ Ketua SMF Gigi dan Mulut
Sjafrudin, Dr, Sp. THT	▪ Ketua Tim Pengendali Infeksi Komite Medik ▪ Koordinator Etik dan Mutu SMF THT
Pratiwi Andayani, Dr, Sp. A	▪ Wakil Ketua Tim Pengendali Infeksi Komite Medik ▪ Koordinator Pelayanan Medik SMF Kesehatan Anak

# DAFTAR ISTILAH

Istilah	Definisi
Keselamatan pasien ( <i>Patient Safety</i> )	Adalah proses pelayanan pasien yang aman, terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asesmen risiko</li><li>2. Identifikasi dan manajemen risiko</li><li>3. Pelaporan dan analisis insiden</li><li>4. Tindak lanjut dan solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko</li></ol>
Insiden keselamatan pasien	Adalah kesalahan medis ( <i>medical errors</i> ), kejadian yang tidak diharapkan ( <i>adverse event</i> ), dan atau nyaris terjadi ( <i>near miss</i> )
Kesalahan Medis ( <i>Medical errors</i> )	Adalah suatu kesalahan dalam proses pelayanan yang mengakibatkan atau berpotensi menimbulkan cedera pada pasien, dapat terjadi karena akibat berbuat sesuatu ( <i>comission</i> ) atau tidak berbuat sesuatu yang seharusnya dilakukan ( <i>omission</i> ). Kesalahan termasuk: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kegagalan suatu rencana yang benar tapi tidak lengkap</li><li>2. Menggunakan rencana yang salah.</li></ol>
Kesalahan laten ( <i>Latent errors</i> )	Adalah suatu kesalahan pada sistem yang dapat terjadi dari segi kebijakan klinis, standar dan pedoman pelayanan maupun peralatan serta sumber daya penunjang pelayanan.
Kesalahan aktif ( <i>Active errors</i> )	Adalah suatu kesalahan yang terjadi pada saat penerapan dan implementasi kebijakan klinis, standar dan pedoman pelayanan maupun peralatan serta sumber daya penunjang pelayanan.
Kejadian yang tidak diharapkan ( <i>Adverse event</i> )	Adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak dikehendaki pada pasien bukan karena kondisi dan penyakit pasien, dapat terjadi dapat terjadi dengan atau tanpa kesalahan medis.
Nyaris terjadi ( <i>Near miss</i> )	Adalah suatu kesalahan medis karena berbuat atau karena tidak berbuat dan berpotensi menimbulkan cedera akan tetapi tidak terjadi karena telah diantisipasi.

# Instrumen

## Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien

No.	Standar	Kriteria			Indikator
		Struktur	Proses	Outcome	
1	Kebijakan SMF mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien	Kebijakan SMF	Penyusunan Kebijakan	SK Direksi	Kebijakan SMF
2	Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien	Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien	Penyusunan Panduan	Pengesahan Panduan	Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien
3	Alur masuk rawat inap	Gambar alur perawatan	Implementasi	Pengesahan Alur	Gambar alur perawatan
4	Jadwal dinas dan penanggung jawab dokter	Jadwal dinas dan penanggung jawab dokter	Implementasi	Pengesahan Jadwal Bulanan	Jadwal dinas dan penanggung jawab dokter
5	Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan)	Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan)	Penerapan SPM	Pengesahan SPO/SPM	Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan)
6	Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis	Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis	Penerapan Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis	Pengesahan Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis	Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis
7	Surveillance Infeksi dan Resistensi MRSA: 1. Plebitis 2. Infeksi Luka Operasi 3. ISK 4. Pneumonia akibat ventilator	Petugas ICN di Ruang	Pengisian Formulir	Kompilasi Data	%
8	Sarana Pengaduan	Sarana Pengaduan	Penerapan	Data	Jumlah
9	Audit Medis	Panduan Audit Medis	Implementasi Audit Medis	<b>Medical errors</b>	Jumlah dan %
10	Mekanisme tindak lanjut				Jumlah dan %



**S<sub>1</sub>** Kebijakan mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien

**S<sub>1</sub>P<sub>1</sub>** Proses penyusunan kebijakan tertulis mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien di Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Proses penyusunan kebijakan mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk tingkat Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) **tidak** melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait (*top down approach*).
- 1** Proses penyusunan kebijakan tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, **akan tetapi** tidak dibentuk Tim Penyusun.
- 2** Proses penyusunan kebijakan tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait dalam bentuk Tim Penyusun, **akan tetapi** tidak melibatkan Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik).
- 3** Proses penyusunan kebijakan tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik) dalam bentuk Tim Penyusun **akan tetapi** tidak ada jadwal pertemuan dan bukti notulen .
- 4** Proses penyusunan kebijakan tersebut dalam bentuk Tim Penyusun yang melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik), mempunyai agenda jadwal pertemuan dan bukti notulen **akan tetapi** belum ada evaluasi tentang kebijakan tersebut.
- 5** Telah melakukan evaluasi proses penyusunan kebijakan tersebut.

**S<sub>1</sub>P<sub>2</sub>** Kebijakan tertulis mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien di tingkat Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) dan SMF.

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan, SMF dan instalasi/unit pelayanan, **akan tetapi** belum disahkan penerapannya oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Ada kebijakan tertulis tersebut telah disahkan penerapannya oleh pimpinan rumah sakit, **akan tetapi** belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Kebijakan tertulis tersebut telah diterapkan dan telah difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.

**S<sub>2</sub>** Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien

**S<sub>2</sub>P<sub>1</sub>** Proses penyusunan Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien di Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Proses penyusunan Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk tingkat Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) tidak melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait (*top down approach*).
- 1** Proses penyusunan Panduan tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait **akan tetapi** tidak dibentuk Tim Penyusun.
- 2** Proses penyusunan Panduan tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait dalam bentuk Tim, **akan tetapi** tidak melibatkan Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik).
- 3** Proses penyusunan Panduan tersebut dalam bentuk Tim yang melibatkan profesi, jajaran struktural terkait, dan Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik) **akan tetapi** tidak ada agenda jadwal pertemuan dan bukti notulen .
- 4** Telah ada agenda jadwal pertemuan dan bukti notulen Tim Penyusun Panduan **akan tetapi** belum ada evaluasi Panduan tersebut.
- 5** Telah dilakukan evaluasi dan tindak lanjutnya dari Panduan tersebut.

**S<sub>2</sub>P<sub>2</sub>** Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien di tingkat Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) dan SMF.

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan..
- 2** Ada Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk tingkat rumah sakit, SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan penerapannya oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien tersebut telah disahkan penerapannya oleh pimpinan rumah sakit, **akan tetapi** belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien telah diterapkan dan telah difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan akan tetapi belum dilakukan evaluasi dan tindak lanjut.
- 5** Telah dilakukan evaluasi dan tindak lanjut dari penerapan Panduan tersebut.

**S<sub>2</sub>P<sub>3</sub>** Isi Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien.

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Panduan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien tidak menerangkan tentang daftar istilah yang dipergunakan.
- 1** Panduan tersebut menerangkan tentang daftar istilah yang dipergunakan **akan tetapi** tidak menjelaskan langkah langkah manajemen risiko klinis secara sistematis dari cara asesmen risiko, identifikasi risiko, pelaporan dan analisis insiden, dan tindak lanjut serta solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.
- 2** Panduan tersebut menerangkan tentang daftar istilah yang dipergunakan, menjelaskan langkah langkah manajemen risiko klinis secara sistematis dari cara asesmen risiko, identifikasi risiko, pelaporan dan analisis insiden, dan tindak lanjut serta solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko **akan tetapi** belum dilaksanakan/implementasikan.
- 3** Langkah langkah Manajemen Risiko Klinis dari Panduan tersebut telah dilaksanakan/implementasikan **akan tetapi** belum diadakan evaluasi.
- 4** Implementasi Panduan tersebut telah dilakukan evaluasi **akan tetapi** belum ada tindak lanjut dari hasil evaluasi tersebut.
- 5** Telah melakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi penerapan langkah langkah Manajemen Risiko Klinis dari Panduan tersebut.

**S<sub>3</sub>** Alur masuk rawat inap

**S<sub>3</sub>P<sub>1</sub>** Proses penyusunan alur masuk rawat inap di Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Proses penyusunan alur rawat inap mengenai Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien untuk tingkat Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) **tidak** melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait (*top down approach*).
- 1** Proses penyusunan alur rawat inap tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, **akan tetapi** tidak dibentuk Tim Penyusun.
- 2** Proses penyusunan alur rawat inap tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait dalam bentuk Tim Penyusun, **akan tetapi** tidak melibatkan Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik).
- 3** Proses penyusunan alur rawat inap tersebut melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik) dalam bentuk Tim Penyusun **akan tetapi** tidak ada jadwal pertemuan dan bukti notulen .
- 4** Proses penyusunan alur rawat inap tersebut dalam bentuk Tim Penyusun yang melibatkan profesi dan jajaran struktural terkait, Komite Medik (dalam hal ini Tim Farmasi dan Terapi Komite Medik, Tim Mutu Profesi Komite Medik dan Tim Pengendali Infeksi Komite Medik), mempunyai agenda jadwal pertemuan dan bukti notulen **akan tetapi** belum ada evaluasi tentang alur rawat inap tersebut.
- 5** Telah melakukan evaluasi proses penyusunan alur rawat inap tersebut.

**S<sub>4</sub>** Jadwal dinas dan penanggung jawab dokter

**S<sub>4</sub>P<sub>1</sub>** Ada jadwal dinas dan penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis tentang jadwal dinas dan penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*) dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada kebijakan tertulis tentang jadwal dinas penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*) dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada jadwal dinas dan penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*) di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Telah ada jadwal dinas penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*) di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan, **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Jadwal dinas dan penanggung jawab dokter yang menangani pasien (*by name*) di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan telah disahkan oleh pimpinan rumah sakit **akan tetapi** belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Jadwal yang telah disahkan tersebut telah difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi implementasinya.
- 5** Telah dilakukan evaluasi implementasi jadwal tersebut dan tindak lanjut dari hasil evaluasi tersebut.

**S<sub>5</sub>** Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan)

**S<sub>5</sub>P<sub>1</sub>** Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis penggunaan Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada kebijakan tertulis tentang penggunaan Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) **akan tetapi** belum disahkan penggunaannya oleh Komite Medik dan pimpinan rumah sakit.
- 3** Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) yang telah disahkan akan tetapi belum diimplementasikan oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) telah diimplementasikan **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi (audit medis).
- 5** Telah dilakukan evaluasi (audit medis) terhadap Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) **akan tetapi** belum dilakukan revisi Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan) tersebut.
- 6** Telah melakukan audit medis dan revisi Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Standar Pelayanan Medis (termasuk tindakan).



S<sub>5</sub>P<sub>2</sub>

Kesalahan medis (*medical errors*)

Nilai:

Kriteria:

- 0 Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan medis (*medical errors*)
- 1 Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan medis (*medical errors*) untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis untuk tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2 Telah ada kebijakan tertulis mengenai kesalahan medis (*medical errors*) untuk tingkat rumah sakit, SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3 Kebijakan tertulis yang telah disahkan tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4 Kesalahan medis (*medical errors*) yang terjadi belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5 Laporan kesalahan medis (*medical errors*) yang terjadi belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6 Telah dilakukan tindak lanjut atas kesalahan medis (*medical errors*) yang terjadi.

## Nilai:

## Kriteria:

- 0 Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan laten dan aktif medis (*latent and active errors*)
- 1 Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan laten dan aktif medis (*latent and active errors*) untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis untuk tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2 Telah ada kebijakan tertulis mengenai *kesalahan laten dan aktif medis (latent and active errors)* untuk tingkat rumah sakit, SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3 Kebijakan tertulis yang telah disahkan tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4 Kesalahan laten dan aktif medis (*latent and active errors*) yang terjadi belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5 Laporan kesalahan laten dan aktif medis (*latent and active errors*) yang terjadi belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6 Telah dilakukan tindak lanjut atas kesalahan laten dan aktif medis (*latent and active errors*) yang terjadi.

**S<sub>5</sub>P<sub>4</sub>** Nyaris terjadi (*near miss*)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan nyaris terjadi (*near miss*)
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kesalahan nyaris terjadi (*near miss*) untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis untuk tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Telah ada kebijakan tertulis mengenai kesalahan nyaris terjadi (*near miss*) untuk tingkat rumah sakit, SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis yang telah disahkan tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Kesalahan nyaris terjadi (*near miss*) yang terjadi belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Laporan kesalahan nyaris terjadi (*near miss*) yang terjadi belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6** Telah dilakukan tindak lanjut atas kesalahan nyaris terjadi (*near miss*) yang terjadi.

S<sub>6</sub> Standar Formularium dan Standar Peralatan Medis

S<sub>6</sub>P<sub>1</sub> Penggunaan Standar Formularium di rumah sakit.

Nilai:

Kriteria:

- 0 Tidak ada kebijakan tertulis penggunaan Standar Formularium dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1 Ada kebijakan tertulis tentang penggunaan Standar Formularium dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2 Telah ada kebijakan tertulis tentang penggunaan Standar Formularium di tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan oleh Komite Medik dan pimpinan rumah sakit.
- 3 Kebijakan penggunaan Standar Formularium telah disahkan oleh Komite Medik dan pimpinan rumah sakit **akan tetapi** belum diimplementasikan oleh seluruh staf di instalasi/unit pelayanan.
- 4 Telah dilakukan implementasi kebijakan tersebut **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi (audit medis).
- 5 Evaluasi (audit medis) telah dilakukan **akan tetapi** belum dilakukan revisi Standar Formularium.
- 6 Telah melakukan revisi Standar Formularium.

## S<sub>6</sub>P<sub>2</sub> Standar Peralatan Medis

Nilai:

Kriteria:

- 0 Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai Standar Peralatan Medis.
- 1 Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai Standar Peralatan Medis untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF, ruang tindakan, kamar operasi, rawat inap dan ICU.
- 2 Seluruh kebijakan tertulis mengenai Standar Peralatan Medis untuk tingkat rumah sakit dan tingkat SMF, ruang tindakan, kamar operasi, rawat inap dan ICU **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3 Standar Peralatan Medis untuk tingkat rumah sakit dan tingkat SMF, ruang tindakan, kamar operasi, rawat inap dan ICU telah oleh disahkan pimpinan rumah sakit, **akan tetapi** belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4 Seluruh kebijakan tentang Standar Peralatan Medis telah difahami/ dimengerti oleh seluruh staf pelayanan **akan tetapi** belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5 Telah melakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat **akan tetapi** belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6 Telah ada tindak lanjut dari hasil pelaporan Standar Peralatan Medis.

**S<sub>6</sub>P<sub>3</sub>** Kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Telah ada kebijakan tertulis mengenai kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) untuk tingkat rumah sakit, SMF dan instalasi/unit pelayanan **akan tetapi** belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis yang telah disahkan tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan.
- 4** Kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) yang terjadi belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Laporan kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) yang terjadi belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6** Telah dilakukan tindak lanjut atas kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) yang terjadi.

## S<sub>7</sub> Surveilens Infeksi dan Resistensi MRSA.

### S<sub>7</sub>P<sub>1</sub> Surveilens Infeksi

#### Nilai:

#### Kriteria:

- 0 Tidak ada kebijakan tertulis mengenai surveilens infeksi dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1 Ada kebijakan tertulis tentang surveilens infeksi dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada di tingkat SMF dan ruang rawat inap.
- 2 kebijakan tertulis tersebut belum disahkan oleh Komite Medik dan pimpinan rumah sakit.
- 3 Kebijakan tertulis yang telah disahkan tersebut belum diimplementasikan.
- 4 Telah dilakukan implementasi **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi.
- 5 Telah dilakukan evaluasi **akan tetapi** belum melakukan peta kuman dan kebijakan penggunaan antibiotik yang rasional serta revisi Standar Formularium.
- 6 Telah melakukan peta kuman, kebijakan penggunaan antibiotik rasional, pengelompokan penggunaan dan pembatasan antibiotik serta revisi Standar Formularium.

**S<sub>7</sub>P<sub>2</sub>**    **MRSA**

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai MRSA.
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai MRSA untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF.
- 2** Kebijakan tertulis belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis yang telah disahkan belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Kebijakan tersebut telah difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan **akan tetapi** belum dilakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Telah melakukan pelaporan MRSA sesuai alur yang telah dibuat **akan tetapi** belum/tidak ada tindak lanjut.
- 6** Telah melakukan tindak lanjut atas pelaporan MRSA.



**S<sub>7</sub>P<sub>3</sub>** Plebitis akibat pemasangan jarum infus (IVFD)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai plebitis akibat pemasangan jarum infus (IVFD).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai plebitis untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Kebijakan tertulis mengenai plebitis belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Belum melakukan pelaporan sesuai alur yang telah dibuat mengenai plebitis akibat pemasangan jarum infus (IVFD).
- 5** Belum/tidak ada tindak lanjut dari hasil pelaporan mengenai plebitis akibat pemasangan jarum infus (IVFD).
- 6** Telah melakukan tindak lanjut atas hasil pelaporan mengenai plebitis akibat pemasangan jarum infus (IVFD).

**S<sub>7</sub>P<sub>4</sub>** Infeksi akibat luka operasi (ILO)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai infeksi akibat luka operasi (ILO).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai ILO untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Kebijakan tertulis ILO belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis mengenai ILO belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Belum melakukan pelaporan ILO sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Belum/tidak ada tindak lanjut atas hasil pelaporan ILO.
- 6** Telah melakukan tindak lanjut atas hasil pelaporan ILO..

**S7P5** Infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin (ISK)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin (ISK).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai ISK untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Kebijakan tersebut belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tersebut belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Belum melakukan pelaporan mengenai infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin (ISK) sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Belum/tidak ada tindak lanjut atas hasil pelaporan mengenai infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin (ISK).
- 6** Telah melakukan tindak lanjut mengenai infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter urin (ISK).

**S7P6** Bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP)

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP) untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Kebijakan tertulis mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP) belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP) belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Belum melakukan pelaporan mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP) sesuai alur yang telah dibuat.
- 5** Belum/tidak ada tindak lanjut atas hasil laporan mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP).
- 6** Telah melakukan tindak lanjut atas laporan mengenai bronkopneumonia akibat pemasangan ventilator (BP).

**S<sub>7</sub>P<sub>7</sub>** Program cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan/tindakan terhadap pasien (*hand wash*).

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai program cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan/tindakan terhadap pasien (*hand wash*).
- 1** Ada kebijakan tertulis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) mengenai program cuci tangan untuk tingkat rumah sakit, **akan tetapi** belum/tidak ada kebijakan tertulis tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Kebijakan tertulis mengenai program cuci tangan belum disahkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 3** Kebijakan tertulis mengenai program cuci tangan belum difahami/dimengerti oleh seluruh staf pelayanan terkait.
- 4** Program cuci tangan belum menjadi budaya (kebiasaan).
- 5** Cuci tangan telah menjadi budaya **akan tetapi** belum/tidak ada penelitian observasi dan tindak lanjutnya.
- 6** Ttelah melakukan penelitian observasi dan tindak lanjut.

**S<sub>8</sub>** Sarana Pengaduan pasien terhadap pelayanan di rumah sakit.

**S<sub>7P<sub>1</sub></sub>** Sarana Pengaduan

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis mengenai pengaduan pasien selama di rumah sakit dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada kebijakan tertulis tentang pengaduan pasien dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada di tingkat SMF dan instalasi/unit pelayanan.
- 2** Tidak ada sarana untuk menyampaikan pengaduan yang bersifat konfidensial.
- 3** Sarana pengaduan tersedia **akan tetapi** belum diimplementasikan secara optimal.
- 4** Belum melakukan evaluasi atas pengaduan yang diterima.
- 5** Telah melakukan evaluasi dan kompilasi data atas pengaduan yang diterima **akan tetapi** belum melakukan tindak lanjut.
- 6** Telah melakukan tindak lanjut atas evaluasi pengaduan pasien.

**S<sub>9</sub>** Audit Medis.

**S<sub>9</sub>P<sub>1</sub>** Audit Medis

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis mengenai audit medis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada kebijakan tertulis tentang auditmedis dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada panduan audit medis.
- 2** Ada kebijakan tertulis tentang audit medis dan panduannya, **akan tetapi** belum diimplementasikan.
- 3** Ada kebijakan tertulis tentang audit medis dan panduannya serta telah diimplementasikan **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi.
- 4** Ada kebijakan tertulis tentang audit medis, panduannya dan telah diimplementasikan serta telah dilakukan evaluasi akan **tetapi** belum dilakukan tindak lanjut.
- 5** Telah melakukan tindak lanjut atas evaluasi audit medis.

**S<sub>10</sub>** Mekanisme Tindak Lanjut dari seluruh kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien

**S<sub>10</sub>P<sub>1</sub>** Mekanisme Tindak Lanjut

**Nilai:**

**Kriteria:**

- 0** Tidak ada kebijakan tertulis mengenai mekanisme tindak lanjut kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit).
- 1** Ada kebijakan tertulis tentang mekanisme tindak lanjut kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien dari tingkat pimpinan Institusi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit), **akan tetapi** belum/tidak ada panduannya..
- 2** Ada kebijakan tertulis tentang mekanisme tindak lanjut kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien dan panduannya, **akan tetapi** belum diimplementasikan.
- 3** Ada kebijakan tertulis tentang mekanisme tindak lanjut kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien dan panduannya serta telah diimplementasikan **akan tetapi** belum dilakukan evaluasi.
- 4** Ada kebijakan tertulis tentang mekanisme tindak lanjut kegiatan Manajemen Risiko Klinis dan Keamanan Pasien, panduannya dan telah diimplementasikan serta telah dilakukan evaluasi akan **tetapi** belum menjadi budaya profesi.
- 5** Telah menjadi budaya profesi.



**Keterangan:**

1. Bila dari instrumen ini ada nilai berwarna **merah**, institusi sarana pelayanan (rumah sakit) tersebut **sangat rawan** akan terjadinya risiko klinis.
2. Bila dari instrumen ini ada nilai berwarna **kuning**, institusi sarana pelayanan (rumah sakit) tersebut **rawan** akan terjadinya risiko klinis.
3. Bila dari instrumen ini tidak ada nilai berwarna **merah** dan **kuning**, institusi sarana pelayanan (rumah sakit) tersebut cukup aman akan terjadinya risiko klinis, akan tidak berarti aman sama sekali dan kemungkinan untuk terjadi risiko klinis masih mungkin.

## CURRICULUM VITAE

Nama	Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA
Alamat	Komite Medik RS Fatmawati Jl. RS Fatmawati Jakarta Selatan 12430
Pendidikan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lulus FKUI, Jakarta 1986</li><li>2. Lulus Dokter Spesialis Anak FKUI, Jakarta 1993</li><li>3. MA in Hospital Management and Quality Assurance, University of Leeds, United Kingdom 1998</li><li>4. Health Systems Development, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden 1999</li></ol>
Pekerjaan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ketua Komite Medik RS Fatmawati Jakarta, 2003 – 2006 dan 2006 – 2009</li><li>2. Ketua SMF Kesehatan Anak RS Fatmawati Jakarta, 2003 – 2006 dan 2006 – 2009</li><li>3. Direktur RSUD Dr. Soemarno S, Kuala Kapuas, Kalimantan Tengah 1994 – 1997</li><li>4. Ketua Komite Medik RSUD Dr. Soemarno S, Kuala Kapuas, Kalimantan Tengah 1993 – 1994</li><li>5. Ketua Bagian Kesehatan Anak RSUD Dr. Soemarno S, Kuala Kapuas, Kalimantan Tengah 1993 – 1994</li><li>6. Kepala Puskesmas Kecamatan Basarang dan Kecamatan Selat, Kab. Kapuas, Kalimantan Tengah 1986 – 1989</li></ol>
Organisasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Member of Centre of Evidence-based Medicine (CEBM), University of Oxford, United Kingdom, 1997 – sekarang.</li><li>2. PB IDI 2003 - sekarang.</li><li>3. Pengurus Nasional Kolegium Ilmu Kesehatan Anak Indonesia 2005 – sekarang.</li><li>4. Pengurus Pusat IDAI 2002 – 2005</li><li>5. Satgas Evaluasi Kolegium IDAI, Tahun 2002 – 2005</li><li>6. Sekretaris IDAI Cabang Jakarta Raya, Tahun 1999 – 2002</li><li>7. Sekretaris Jendral IDI Wilayah DKI Jakarta Raya, Tahun 2001 –2004</li><li>8. MKEK IDI Wilayah DKI Jakarta Raya, Tahun 2001 – 2004</li><li>9. Wakil Ketua IDI Cabang Jakarta Selatan, Tahun 2001 – 2004</li></ol>

# Implementasi Peran Komite Medik dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit<sup>#</sup>

Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati, Jakarta.

## Pendahuluan

Peran dan fungsi Komite Medik di rumah sakit adalah menegakkan etik dan mutu profesi medik.<sup>1,2</sup> Yang dimaksud dengan etik profesi medik disini adalah mencakup Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)<sup>3</sup>, Kode Etik Penelitian Kedokteran Indonesia (untuk saat ini dapat diadopsi dan digunakan Kode Etik Penelitian yang dipakai oleh institusi pendidikan)<sup>4</sup> dan untuk rumah sakit pendidikan ditambah dengan Kode Etik Pendidikan Kedokteran Indonesia (untuk sementara ini bagi profesi medik dapat mengacu kepada KODEKI).<sup>4</sup>

Sedangkan istilah *mutu profesi medik* itu sendiri dapat ditinjau dari berbagai sudut yang berbeda tergantung dari nilai pandang (perspektif) dan norma norma yang berlaku serta disepakati secara konsensus. Dapat ditinjau dari segi profesi medis, perawat, manajer, birokrat maupun konsumen pengguna jasa pelayanan sarana kesehatan (*Quality is different things to different people based on their belief and norms*).<sup>5</sup>

WHO Executive Board pada tanggal 18 Januari 2002 telah mengeluarkan suatu resolusi tentang **mutu** yang berorientasi pada **keselamatan/keamanan pasien (*patient safety*)** dengan membentuk program manajemen resiko yang terdiri dari 4 aspek utama yakni: <sup>6,7,8</sup>

---

<sup>#</sup> Disampaikan pada Workshop Implementasi Peran Komite Medik se Sumatra Selatan, diselenggarakan oleh Komite Medik RSUP M Hoesin, di Hotel Horison Palembang 30 Juni 2007.

<sup>1</sup> Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/SK/Menkes/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah sakit.

<sup>2</sup> Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Nomor HK 00.06.1.4.2895 tanggal 23 Mei 2007 tentang Fungsi, Tugas dan Wewenang Komite Medis di Rumah Sakit.

<sup>3</sup> Undang Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 8 huruf f dan penjelasannya.

<sup>4</sup> Komunikasi pribadi dengan Prof. DR. Dr. FA. Moeloek, Sp. OG (Ketua Konsil Kedokteran) Rabu 16 Mei 2007.

<sup>5</sup> Adams C, Neely A. The performance prism to boost success. *Measuring Health Business Excellence* 2000; 4(3):19-23.

<sup>6</sup> US Department of Health and Human Services. US and UK sign agreements to collaborate on health care

1. *"Determination of global norms, standards and guidelines for definition, measurement and reporting in taking preventive action, and implementing measures to reduce risks;*
2. *Framing of Evidence-based Policies in global standards that will improve patient care with particular emphasis on such aspects as product safety, safe clinical practice in compliance with appropriate guidelines and safe use of medical products and medical devices and creation of a culture of safety within healthcare and teaching organisations;*
3. *Development of mechanism through accreditation and other means, to recognise the characteristics of health care providers that over a benchmark for excellence in **patient safety** internationally;*
4. *Encouragement of research into **patient safety**."*

Pada awal Mei 2007 WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions dengan Joint Commission dan Joint Commission International di Geneva telah meluncurkan suatu agenda mengenai *patient safety* yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007* sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 1 berikut.<sup>9</sup> Kesembilan unsur dalam agenda tersebut terdiri dari:

1. *Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*
2. *Patient Identification*
3. *Communication During Patient Hand-Overs*
4. *Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*
5. *Control of Concentrated Electrolyte Solutions*
6. *Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*
7. *Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*
8. *Single Use of Injection Devices*
9. *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection*

---

quality. 10 October 2001.

<sup>7</sup> World Health Organization. World Health Organization Executive Board Resolution EB109.R16, 18 January 2002.

<sup>8</sup> Donaldson L. Championing patient safety: going global – a resolution by the World Health Assembly. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:112.

<sup>9</sup> WHO Collaborating for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International. *Patient Safety Solutions – Preamble May 2007*

## Patient Safety Solutions Preamble - May 2007



Gambar 1. Agenda *Nine Patient Safety Solutions* dari WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International.<sup>9</sup>

Pada pertemuan tanggal 20-22 Juni 2007 WHO SEARO *Regional Meeting and Workshop on Patient Safety* di Bangkok telah meluncurkan kegiatan *Clean Care is Safe Care* untuk seluruh anggotanya. Negara India meluncurkan kegiatan tersebut bulan Juli 2006, diikuti Thailand 20 Juni 2007 dan selanjutnya negara kita Indonesia akan meluncurkan kegiatan tersebut pada 16-17 Juli 2007 yang akan datang di Jakarta.<sup>10</sup>

Dalam makalah ini akan dibahas mengenai struktur dan peran Komite Medik RSUP Fatmawati dalam upaya meningkatkan mutu profesi secara sistem dan individu profesi serta langkah langkah antisipasi dalam rangka penerapan Undang Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

<sup>10</sup> Firmanda D. Empowering medical professions toward quality through medical quality system (clinical governance) and clinical pathways in Fatmawati Hospital. Presented in WHO SEARO Regional Meeting and Workshop on Patient Safety, Bangkok 20-22 June 2007.

## **Struktur Komite Medik Rumah Sakit**

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/SK/Menkes/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah sakit,

**Komite Medis** adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medis dan atau yang mewakili. **Sub Komite** adalah kelompok kerja di bawah Komite Medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota Sub Komite terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*. Komite Medik sekurang kurangnya terdiri dari beberapa Sub komite antara lain Sub Komite .

### **Prinsip-prinsip pengorganisasian :**

1. Dokter yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis,
2. Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya,
3. Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter, ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.

Mengingat keadaan rumah sakit di Indonesia yang sangat bervariasi, dan kadang-kadang menimbulkan kesulitan dalam pembentukan kelompok staf medis maka beberapa cara yang bisa dilakukan dalam pembentukan kelompok staf medis sebagai berikut :

#### **a. RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas Pratama**

RSUD Pemerintah kelas D dan RS Swasta kelas pratama, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar. Karena itu jumlah dan jenis dokter spesialis sangat terbatas. Mengingat ketentuan kelompok staf medis minimal harus terdiri dari 2 (dua) orang dokter maka RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas pratama minimal harus mempunyai 2 (dua) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis bedah dan kelompok staf medis non bedah.

b. RSUD Pemerintah kelas C dan RSUD Swasta kelas Madya.

RSUD Pemerintah Kelas C dan RSUD Swasta kelas madya adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar yang meliputi spesialis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan dan bedah. Dengan adanya kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar tersebut maka kelompok staf medis yang harus dipunyai adalah 4 (empat) yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, dan bedah. Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

c. RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama.

RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan subspecialistik terbatas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas B atau RSUD Swasta kelas Utama minimal harus mempunyai 11 (sebelas) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, bedah, anesthesi, tenggorokan dan kulit, radiologi, pathologi klinik, psikiatri/neurologi, kulit dan kelamin, mata, telinga hidung dan tenggorokan. Pembentukan kelompok medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

d. RSUD Pemerintah kelas A

RSUD kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik luas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas A minimal harus mempunyai kelompok staf medis sebagai berikut: kelompok staf medis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, kesehatan anak, telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anesthesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi. Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

#### e. Rumah Sakit Pendidikan.

RS Pendidikan adalah rumah sakit umum pemerintah kelas A dan kelas B, rumah sakit khusus pemerintah dan rumah sakit umum swasta kelas Utama yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis oleh fakultas Kedokteran. Tenaga dokter di RS Pendidikan pada umumnya cukup banyak dari segi jumlah maupun jenis spesialisasi dan sub spesialisasi. Karena itu kelompok staf medis di RS Pendidikan dapat terdiri dari kelompok staf medis dokter spesialis dan kelompok staf medis dokter subspecialis sesuai kebutuhan. Staf pengajar dengan status kepegawaian dari Fakultas Kedokteran wajib dimasukkan kedalam kelompok staf medis apabila staf pengajar tersebut memberikan pelayanan medis kepada pasien baik secara langsung maupun sebagai konsultan.

#### **Struktur Organisasi**

Komite Medis adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis atau yang mewakilinya. Komite medis mempunyai otoritas tertinggi didalam pengorganisasi staf medis. Didalam struktur organisasi rumah sakit pemerintah, Komite Medis berada dibawah Direktur rumah sakit, sedangkan didalam struktur organisasi rumah sakit swasta, Komite Medis bisa berada di bawah Direktur rumah sakit atau dibawah Pemilik dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.

Susunan Komite Medis terdiri dari :

- a. Ketua,
- b. Wakil Ketua,
- c. Sekretaris
- d. Anggota

#### **a. Ketua Komite Medis :**

1. Dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
2. Surat Keputusan Pengangkatan Ketua Komite Medis tergantung posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medis dibawah Direktur RS maka Surat Keputusan pengangkatan Ketua Komite Medis oleh Direktur RS, Komite Medis sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Ketua Komite Medis oleh Pemilik RS.
3. Ketua Komite Medis memilih Sekretaris Komite Medis.



4. Ketua Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Ketua Sub Komite.

5. Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis sebagai berikut :

- a. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- b. Mengusai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- c. Peka terhadap perkembangan perumahnyasakit;
- d. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
- f. Mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi.

**b. Wakil Ketua Komite Medis :**

1. Bisa dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
2. Surat Keputusan Pengangkatan Wakil Ketua Komite Medis tergantung posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medis dibawah Direktur RS maka SK pengangkatan oleh Direktur RS, Komite Medis sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Wakil Ketua Komite Medis oleh Pemilik RS.
3. Wakil Ketua Komite Medis dapat menjadi Ketua Sub Komite.

**c. Sekretaris :**

1. Sekretaris Komite medis dipilih oleh Ketua Komite Medis
2. Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang dokter purna waktu.
3. Rumah sakit dengan jumlah dokter terbatas maka sekretaris komite medis dapat dipilih dari salah satu anggota Komite Medis.
4. Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
5. Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi (staf sekretariat) purna waktu.

**d. Anggota Komite Medis**

Anggota Komite Medis terdiri dari semua Ketua kelompok staf medis.

**Pembentukan Komite Medis**

1. Pembentukan Komite Medis rumah sakit Pemerintah ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.

2. Pembentukan Komite Medis di RS Swasta ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur rumah sakit apabila Komite Medis dibawah Direktur rumah sakit dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Pemilik rumah sakit/*Governing Board* apabila Komite Medis dibawah Pemilik rumah sakit dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.
3. Mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Ketua dan Wakil Ketua Komite Medis diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah Sakit.

### **Fungsi Komite Medis.**

Fungsi Komite Medis adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis sedangkan staf medis adalah pelaksana pelayanan medis.

Fungsi komite medis secara rinci sebagai berikut :

1. Memberikan saran kepada Direktur RS/Direktur Medis.
2. Mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis.
3. Menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, karena itu dibawah Komite Medik perlu dibentuk Sub Komite Etik. (Untuk menangani masalah etik dalam bidang lain sebaiknya rumah sakit membentuk Komite Etik tersendiri di luar Komite Medis).
4. Menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di rumah sakit.

### **Tugas Komite Medis.**

1. Membantu Direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya.
2. Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi.
3. Mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
4. Membantu Direktur rumah sakit menyusun *medical staff bylaws* dan memantau pelaksanaannya.
5. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *mediko-legal*.
6. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *etiko-legal*.
7. Melakukan koordinasi dengan Direktur Medis dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis.
8. Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.

9. Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat (*drug usage*), farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *tissue review*, mortalitas dan morbiditas, *medical care review/peer review/audit* medis melalui pembentukan sub komite-sub komite
10. Memberikan laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit dan atau pemilik rumah sakit.

### **Wewenang Komite Medis**

1. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis.
2. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
3. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medis.
4. Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit.
5. Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
6. Membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penggulungan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya.
7. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

### **Tanggung Jawab Komite Medis**

Tanggung jawab komite medis adalah terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis. Tanggung jawab komite medis kepada :

1. **RS Pemerintah** : Ketua Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
2. **RS Swasta** : Ketua komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit dan/atau Pemilik Rumah Sakit sesuai posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi Rumah Sakit.

### **Kewajiban Komite Medis**

Komite medis mempunyai kewajiban sebagai berikut :

1. Menyusun peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*).
2. Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/adminitrasi dan bidang kelimuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi.
3. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik.
4. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

### **Masa Kerja Komite Medis**

Masa kerja Komite Medis adalah 3 (tiga) tahun.

### **Tata Kerja Komite Medis**

**Tata kerja Komite Medis secara Administratif :**

1. Rapat rutin Komite Medis dilakukan minimal 1 kali 1 bulan
2. Rapat Komite Medis dengan semua kelompok staf medis dan atau
3. dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1(satu) kali 1 (satu) bulan
4. Rapat Komite medis dengan Direktur RS/Direktur Medis dilakukan minimal 1 (satu) kali satu bulan
5. Rapat darurat, diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai kebutuhan.
6. Menetapkan tugas dan kewajiban sub komite, termasuk pertanggung jawabannya terhadap suatu program

**Tata kerja secara teknis :**

1. Mengkaitkan perjanjian kerja dokter di rumah sakit dengan kewenangan Komite Medis sebagai peer profesi medik di rumah sakit
2. Menjabarkan hubungan antara Komite Medis sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan rumah sakit.
3. Koordinasi antara Komite Medis dengan pengelola rumah sakit dalam menangani masalah tenaga dokter serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar seperti perkumpulan profesi dan pihak lain non profesi seperti kepolisian dan jajaran hukum.

### **Sumber Daya**

Untuk memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi Komite Medis dan kelompok staf medis dan ada tenaga administrasi penuh waktu yang dapat membantu Komite Medis dan kelompok staf medis. Biaya operasional Komite Medis dibebankan pada anggaran rumah sakit.

### **SUB KOMITE**

Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medis dibantu oleh sub komite. Sub Komite dibentuk disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

Sub komite tersebut dapat terdiri dari :

1. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis
2. Sub Komite Kredensial
3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
4. Sub Komite lainnya yang dianggap perlu, antara lain Sub Komite/Komite farmasi dan terapi, Sub Komite/Komite rekam medis dan Sub Komite/Komite pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit, Sub Komite Transfusi Darah, dan lain-lain.

Posisi sub komite/komite tersebut diserahkan kepada masing -masing rumah sakit.

### **Struktur Organisasi Sub Komite:**

1. Susunan Sub Komite terdiri dari Ketua merangkap anggota, Sekretaris merangkap anggota dan Anggota.
2. Ketua Sub Komite dapat salah seorang Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medis.

### **Tata Kerja Sub Komite**

1. Sub Komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit atas usul Ketua Komite Medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.
2. Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite agar menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja.
3. Sub Komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada Komite Medis. Laporan akhir tahun antara lain berisi evaluasi kerja selama setahun dan rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.
4. Sub Komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
5. Biaya operasional dibebankan kepada anggaran rumah sakit.

Rincian komposisi, fungsi, tugas, wewenang dan tanggungjawab masing masing sub komite sebagai berikut :

**1. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis**

- a. **Komposisi** : Terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris dan anggota. Apabila RS mempunyai Komite Peningkatan Mutu RS maka Ketua Sub Komite Mutu Pelayanan Medis wajib menjadi anggota dalam Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit.
- b. **Fungsi** : Melaksanakan kebijakan Komite Medik Di Bidang Mutu Profesi Medis
- c. **Tugas** :
  - i. Membuat rencana kerja/program kerja
  - ii. Melaksanakan rencana kerja/jadwal kegiatan
  - iii. Membuat panduan mutu pelayanan medis
  - iv. Melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis
  - v. Menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome.
  - vi. Melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu RS.
  - vii. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- d. **Wewenang** :
  - i. Melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis
  - ii. secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- e. **Tanggung Jawab** : Bertanggung jawab kepada Komite Medis.

**2. Sub Komite Kredensial**

- a. **Komposisi** : Terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota. Anggota Sub Komite Kredensial adalah wakil dari kelompok staf medis dan/atau yang mewakili
- b. **Fungsi** : melaksanakan kebijakan komite medis di bidang kredensial profesi medis
- c. **Tugas** :
  - i. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.

- ii. Membuat Rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit.
  - iii. Membuat laporan kepada Komite Medis apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.
  - iv. Melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja.
  - v. Membuat rencana kerja Sub Komite Kredensial.
  - vi. Melaksanakan rencana kerja Sub Komite Kredensial.
  - vii. Menyusun tata laksana dan instrumen kredensial,
  - viii. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan,
  - ix. Membuat laporan berkala kepada Komite Medis.
- d. **Wewenang** : Melaksanakan kegiatan keredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan
- e. **Tanggung Jawab** : Bertanggung jawab kepada Komite Medis

### 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Etika profesi terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, karena itu etika profesi merupakan dilema norma internal, sedangkan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi.

- a. **Komposisi** : Sub Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota yang dipilih dari anggota Kelompok Staf Medis.
- b. **Fungsi** : Melaksanakan kebijakan komite medis dibidang etika dan disiplin profesi medis.
- c. **Tugas** :
  - i. Membuat rencana kerja.
  - ii. Melaksanakan rencana kerja.
  - iii. Menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi.
  - iv. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi.
  - v. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika

- vi. Melakukan koordinasi dengan komite etik rumah sakit
- vii. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala

d. **Wewenang** :

- i. Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi
- ii. kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektor dan
- iii. lintas fungsi sesuai kebutuhan.

e. **Tanggung Jawab** : Bertanggung jawab kepada Komite Medis.

### **STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)**

Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis sebagaimana tersebut diatas ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medis. Dalam surat keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya. Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.

Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme/SOP yang disusun oleh Komite Medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medis dan pimpinan rumah sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai maka penetapan sebagai Ketua kelompok staf medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit. Tugas Ketua kelompok staf medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinannya. Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individual untuk masing masing dokter.

Pengorganisasian kelompok staf medis bukan berarti "*self-governing*" dengan merasa mempunyai otonomi, tetapi yang diharapkan adalah "*self governing*" dalam melakukan "*self control*" dan "*self discipline*". Perlu diatur hubungan kerja Ketua kelompok staf medis dengan Direktur RS dan Direktur Medis/Penanggung Jawab Pelayanan Medis sehingga terjadi transparansi dalam melaksanakan kegiatan. Pada prinsipnya secara administrasi staf medis dibawah Direktur rumah sakit. Namun secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis melalui Ketua kelompok staf medis.



### **Fungsi Staf Medis.**

Staf medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

### **Tugas Staf Medis .**

1. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit peningkatan dan pemulihan
2. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/ pelatihan berkelanjutan
3. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan
4. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

### **Kewenangan**

Kewenangan masing-masing anggota kelompok staf medis disusun oleh Ketua kelompok staf medis dan kemudian diusulkan oleh Ketua Komite Medis kepada Direktur RS untuk dibuatkan surat keputusannya.

### **Tanggung jawab.**

Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis. Tanggung jawab tersebut sebagai berikut :

1. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit yang diatur dalam *Medical Staf Bylaws* rumah sakit. Penempatan dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.
2. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif. Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*.
3. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS atau pemilik rumah sakit terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit yang diatur dalam

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit. Penempatan ulang dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.

4. Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*continuing professional development*" (CPD). Masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya .
5. Memberikan masukan kepada Direktur RS melalui Ketua Komite Medis, hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran. Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur medis/Direktur RS mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru, dan lain-lain.
6. Memberikan laporan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur Medis/Direktur RS Kelompok staf medis diharapkan dapat memberikan laporan secara teratur minimal satu tahun sekali kepada Direktur RS/Direktur Medis melalui Komite Medis. Laporan tersebut antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain.
7. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya. Standar prosedur operasional dan dokumen terkait lainnya perlu disempurnakan secara berkala sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi.

### **Kewajiban**

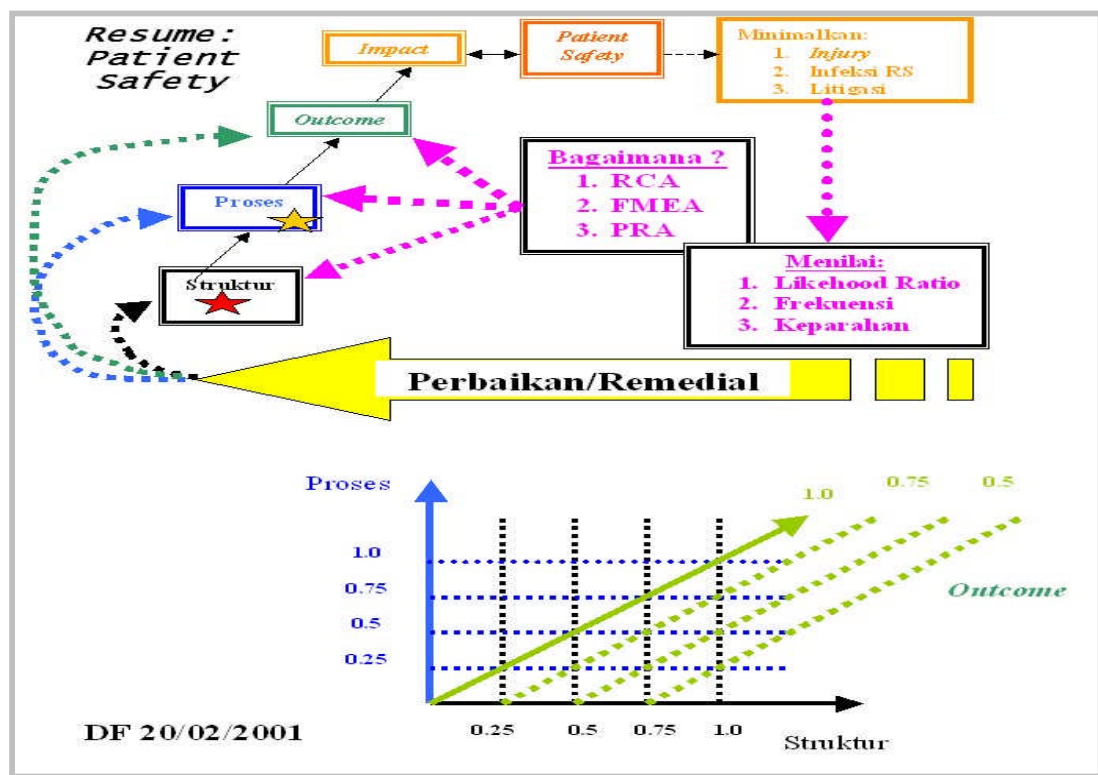
1. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :
  - a. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di akamr operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain.
  - b. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Direktur Rumah Sakit/Direktur Medis.

- c. Standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan/keprofesian adalah standar pelayanan medis. Masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis minimal untuk 10 jenis penyakit. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Komite Medis
2. Menyusun indikator mutu klinis: Masing-masing kelompok staf medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis Indikator mutu *output* atau *outcome*.
  3. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

## IMPLEMENTASI PERAN KOMITE MEDIK

### Kerangka Konsep *Patient Safety* Komite Medik RSUP Fatmawati

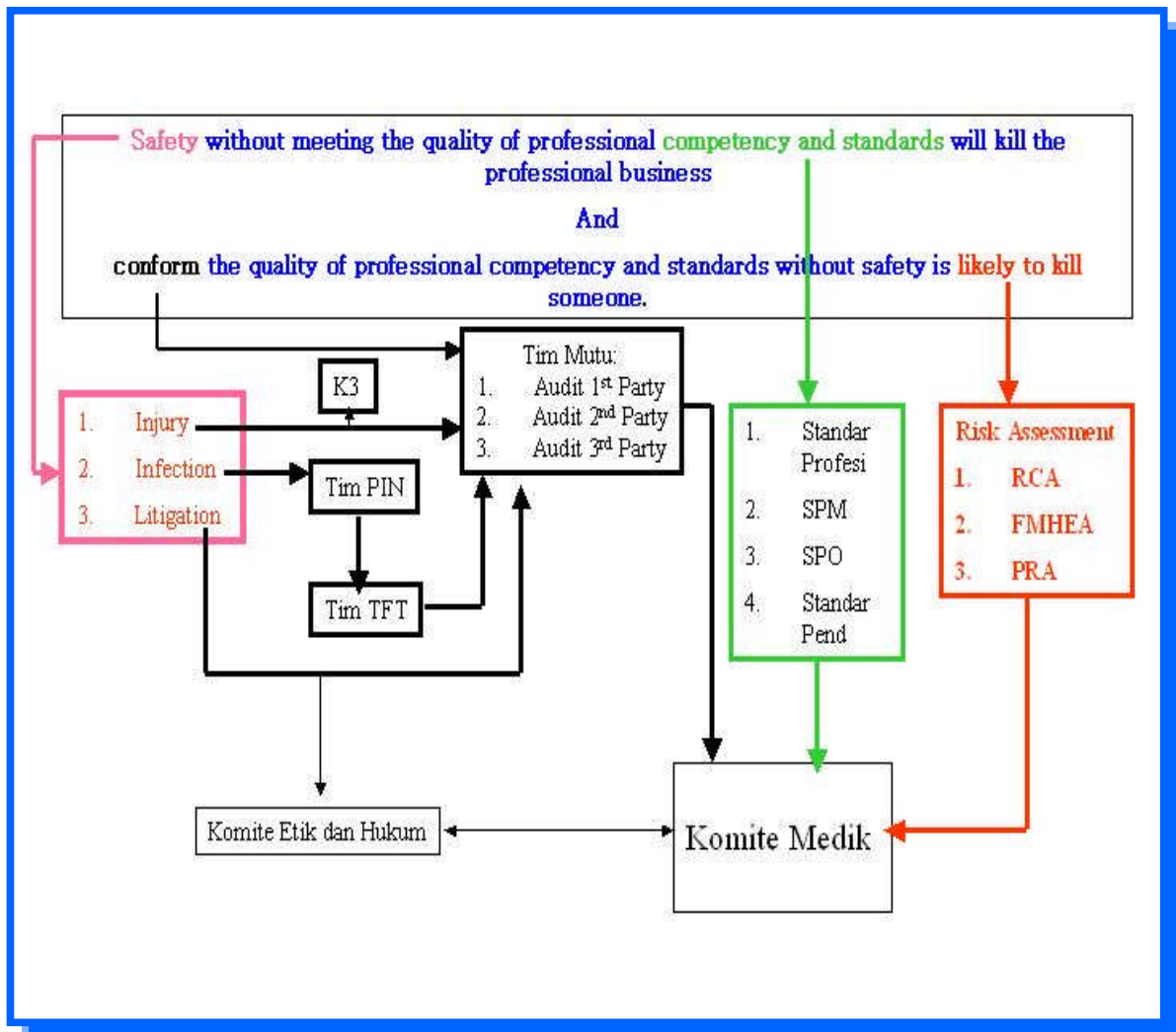
Melalui sidang pleno<sup>11</sup> Komite Medik telah diajukan dan ditetapkan tentang Konsep *Patient Safety* yang diimplementasikan di rumah sakit (Gambar 2).



Gambar 2. Kerangka Konsep *Patient Safety* Komite Medik RSUP Fatmawati

<sup>11</sup> Sidang Pleno Komite Medik adalah rapat rutin tertinggi dalam mekanisme pengambilan keputusan kebijakan untuk profesi medis yang diadakan setiap hari Senin jam 12.30-13.30 dan dihadiri oleh seluruh Ketua SMF serta dipimpin oleh Ketua Komite Medik (Lihat Sistem Komite Medik RSUP Fatmawati 2003).

*Impact* dalam kerangka konsep tersebut terdiri dari 3 aspek yang terukur yakni cedera (*injury*), infeksi nosokomial dan tuntutan litigasi (perdata dan pidana). Dalam implementasi di rumah sakit harus dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi - dipersiapkan mulai dari tingkat sistem sampai tingkat individu profesi sebagaimana dalam Gambar 3 berikut.

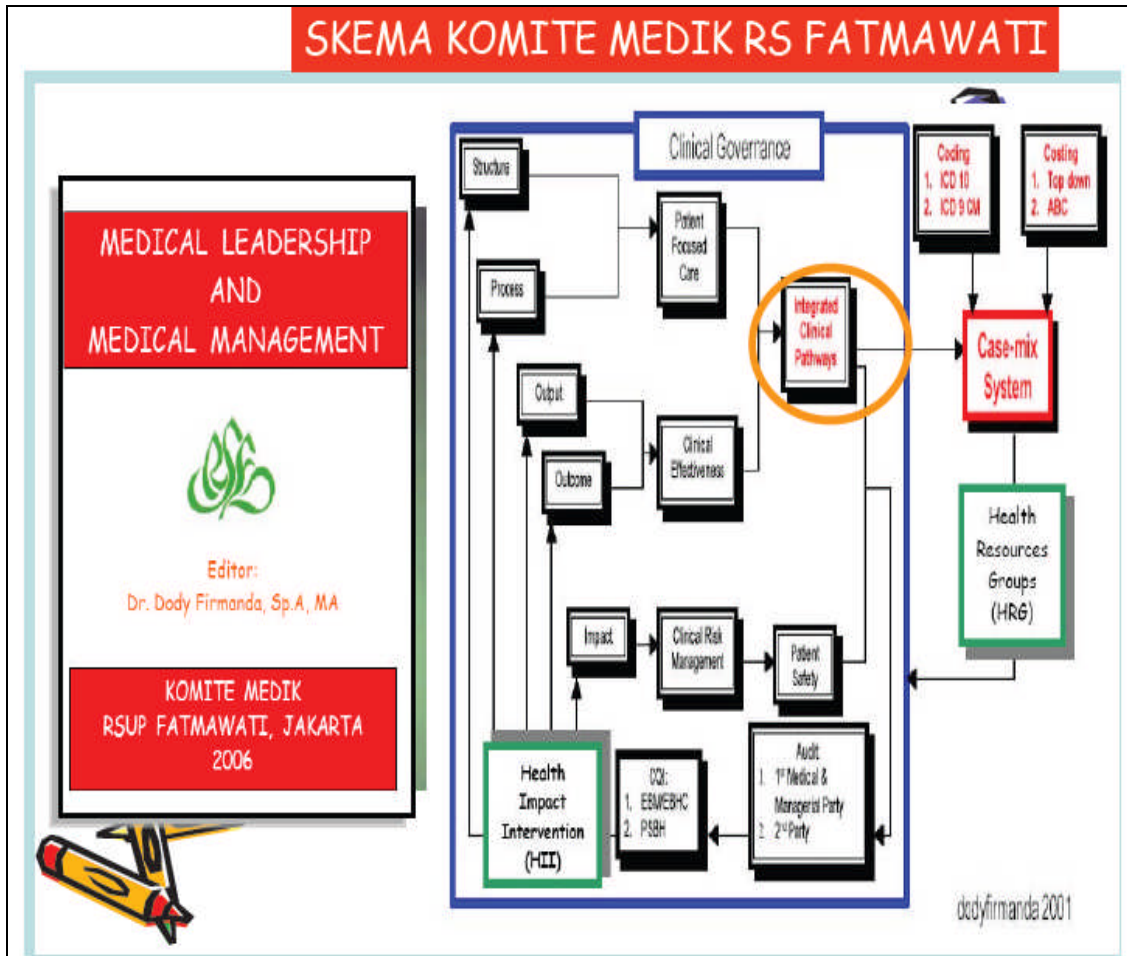


Gambar 3. Alur pembagian tugas dalam rangka *Patient Safety* di rumah sakit.

Sesuai dengan kewenangan Komite Medik di rumah sakit, agak sulit untuk menilai kepastian kompetensi seorang profesi - terutama untuk profesi yang banyak mengandalkan ketrampilan dan tergantung kepada fasilitas peralatan medis. Bila sarana/fasilitas peralatan rumah sakit tersebut tidak atau kurang memadai untuk menunjang kinerja (*performance*) profesi, maka selain ketrampilan klinis profesi itu sendiri akan berkurang bahkan hilang dan bila

tetap 'dipaksakan' dengan fasilitas yang tidak sesuai dan memadai; maka dengan secara langsung akan meningkatkan risiko ketidakamanan pasien (*insecure of patients safety*) di rumah sakit dan risiko akan litigasi meningkat. Jenis *medical errors* seperti ini dapat dikategorikan sebagai *latent errors* atau *system errors* dan dengan sendirinya akan terjadi *active errors*. Bila ini terjadi, maka filosofi tujuan dasar dari Undang Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran - yakni melaksanakan praktik kedokteran yang memberikan *perlindungan dan keselamatan pasien* tidak akan terwujud. Bila keadaan ini terus berlanjut tanpa ada upaya perbaikan dan peningkatan fasilitas serta kompetensi sesuai dengan standar, maka secara keseluruhan rentetan ini sudah menjadi suatu *system failure* yang kelak sangat sulit untuk dapat *survive* dan berkembang dalam rangkaantisipasi modus keempat dari perjalanan globalisasi WTO yang telah diratifikasi.

Dalam **implementasinya** Komite Medik RSUP Fatmawati membuat skema sistem *Clinical Governance* sebagaimana dalam Gambar 4 dan mempersiapkan berbagai panduan serta pedoman sebagaimana dalam Gambar 5 berikut.



Gambar 4. Skema *Clinical Governance* Komite Medik RSUP Fatmawati



Gambar 5. Beberapa panduan dan pedoman Komite Medik RSUP Fatmawati

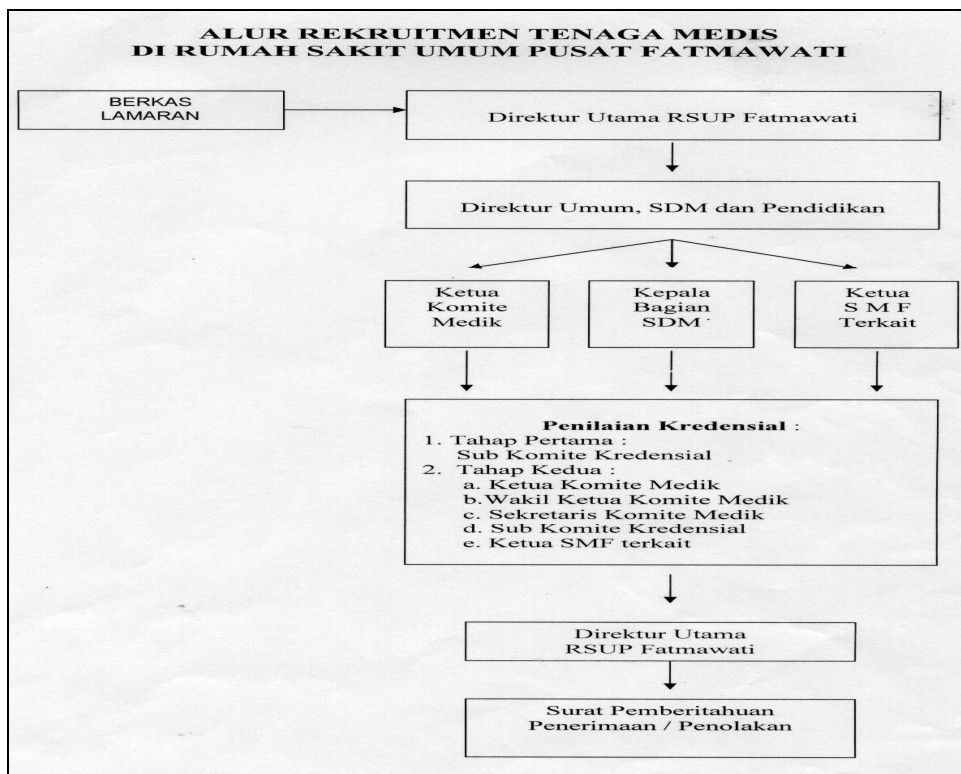
Dalam **menilai risiko klinis** yang telah dan akan terjadi secara sistem Komite Medik RSUP Fatmawati membuat Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risks Management*) dengan langkah langkah sebagaimana dalam Gambar 6.

Sedangkan untuk tingkat individu profesi medis, mulai dari **proses rekrutmen** penerimaan dokter sampai kepada tingkat *individual performance* pelaksanaan praktik kedokteran sehari hari di rumah sakit. Adapun alur rekrutmen tenaga medis dapat dilihat dalam Gambar 7 dari Lampiran Prosedur tentang Penilaian Kredensial Tenaga Medis di RSUP Fatmawati.<sup>12</sup> **Kebutuhan dan kriteria** akan tenaga medis di setiap SMF disesuaikan dengan hasil analisis dan rencana kebutuhan dari SMF serta dilakukan setiap tahun. Sebagaimana contohnya dapat dilihat dalam Gambar 8.

<sup>12</sup> RSUP Fatmawati Nomor Dokumen HK 00.07.1.143 tanggal 12 Mei 2003 revisi HK 00.07.1 484 tanggal 17 April 2007 tentang Prosedur Penilaian Kredensial Tenaga Medis di RSUP Fatmawati.



Gambar 6. Langkah langkah Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risks Management*) Komite Medik RSUP Fatmawati.



Gambar 7. Mekanisme alur rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>



ANALISIS KETENAGAAN SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI MARET 2006 :

*	GS	DL	NIS	PA	TS	DR	DF	LP	AR	RW	SE	ES	HR	SR
©	1957	1966	1963	1963	1962	1961	1959	1958	1954	1953	1951	1950	1949	1947
														
¥	49	40	43	43	44	45	47	48	52	53	55	56	57	59
©	2017	2026	2023	2023	2022	2021	2019	2018	2014	2013	2011	2010	2009	2007

\*: Nama    ©: tahun lahir    ¥: usia pada tahun 2005    ©: tahun pensiun dengan usia 60 tahun

RENCANA KEBUTUHAN TENAGA SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI:			
Tahun	Batuh	Untuk	Kriteria:
2006	1 SpA	NICU/PICU	Laki laki dan usia < 40 tahun
2008	1 SpA	Nefiologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2009	1 SpA	Kardio-pulmonologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2010	1 SpA	Endokrinologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2011	1 SpA	Hemato-Onkologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2013	1 SpA	Perinatologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2014	1 SpA	Neurologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2018	1 SpA	PICU/NICU	Perempuan dan usia < 40 tahun

Gambar 8. Contoh analisis dan kriteria kebutuhan tenaga medis di salah satu SMF di RSUP Fatmawati untuk tahun 2006 sampai dengan tahun 2018.

Rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati terdiri dari 2 tahap yakni (Gambar 9):

1. Tahap pertama terdiri dari 2 ujian:
  - a. Tes Psikometrik MMPI-2
  - b. Tes Kepribadian
2. Tahap Kedua : Penilaian kompetensi profesi dan etika profesi kedokteran.

Hasil dari kedua tahap tersebut berupa Berita Acara dan Rekomendasi yang bersifat rahasia sebagai bahan pertimbangan penerimaan atau penolakan tenaga medis tersebut Gambar 10 dan 11.

6. ISI PROSEDUR.
  - 6.1. Penerimaan berkas Lamaran.
    - 6.1.1. Berkas lamaran ditujukan kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati .
    - 6.1.2. Direktur Utama RSUP Fatmawati membuat disposisi mengenai lamaran kepada Kepala Bagian Sumber Daya Manusia melalui Direktur Umum, SDM, dan Pendidikan RSUP Fatmawati, Ketua Komite Medik, Ketua Satuan Medik Fungsional terkait untuk proses.
    - 6.1.3. Ketua SMF terkait dan anggota akan mempelajari berkas lamaran tersebut sesuai dengan Sistem SMF terkait.
    - 6.1.4. Sub Komite Kredensial Komite Medik menjadwalkan Rapat Penilaian Kredensial terhadap Tenaga Medis (Dokter) di Ruang Rapat Komite Medik.
    - 6.1.5. Kepala Bagian Sumber Daya Manusia RSUP Fatmawati mempersiapkan bahan Rapat Penilaian Kredensial terhadap Tenaga Medis di Ruang Rapat Komite Medik.
  - 6.2. Penilaian Kredensial  
Penilaian Kredensial terdiri dari 2 tahap :
    - 6.2.1 Tahap pertama terdiri dari Ujian
      - 6.2.1.1 Test Psikometrik MMPI – 2
      - 6.2.1.2 Test Kepribadian.
    - 6.2.2 Tahap Kedua :  
Penilaian Kompetensi Profesi dan Etika Profesi Kedokteran.
  - 6.3 Pelaksanaan Kredensial :
    - 6.3.1 Tahap pertama dan kedua dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Medik RSUP Fatmawati.
    - 6.3.2 Tempat pelaksanaan Ruang Rapat Komite Medik RSUP Fatmawati.
    - 6.3.3 Peserta Penilaian :
      - 6.3.3.1 Tahap pertama :  
Pelamar dan Sub Komite Kredensial
      - 6.3.3.1 Tahap Kedua :  
Pelamar , Sub Komite Kredensial , Sekretaris Komite Medik, Ketua SMF terkait, Wakil dan Ketua Komite Medik.

Catatan :  
Sub Komite Kredensial , Ketua SMF terkait, Wakil dan Ketua Komite Medik mempunyai hak bicara dan suara.
  6. 4. Pelaksanaan Keputusan Rapat Penilaian Kredensial diambil secara musyawarah dan mufakat. Dalam hal yang tidak memungkinkan, keputusan dapat diambil dengan pemungutan suara **menurut suara terbanyak**.
  6. 5. Pembuatan **Berita Acara** Hasil Rapat Penilaian Kredensial dibuat oleh Sekretaris Komite Medik, ditanda tangani oleh peserta rapat yang hadir serta mengetahui Ketua Komite Medik.
  6. 6. Penyusunan **Rekomendasi** oleh Ketua Komite Medik untuk disampaikan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati dengan melampirkan Berita Acara Hasil Rapat Penilaian Kredensial di atas.

Gambar 9. Proses rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

**BERITA ACARA**

Pada hari ini ..... Pukul ..... bertempat di ..... RSUP Fatmawati, telah dilakukan kredensial oleh Sub Komite Kredensial RSUP Fatmawati yang dihadiri oleh anggota Sub Komite Kredensial dan Ketua SMF Terkait, atas calon anggota Staf Medis Fungsional

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Dengan kesimpulan sebagai berikut :

.....  
.....

Jakarta, .....

Sub Komite Kredensial

Ketua

Sekretaris

Dr. Syafruddin, SpTHT

Dr. Mariyatul Choriah, SpKJ

Penilai :

1. Ketua Komite Medik .....
2. Wakil Ketua Komite Medik .....
3. Ketua Sub.Komite Etik .....
4. Dr. Dyah Sri Puspitaningsih, SpR .....
5. Dr. Bambang Nugroho, SpOT .....
5. Ketua SMF Terkait .....

Gambar 10. Berita Acara Penilaian Kredensial tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

**REKOMENDASI  
(RAHASIA)**

Berdasarkan hasil Kredensial hari ..... dengan ini Ketua Komite Medik RSUP Fatmawati menerangkan bahwa :

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Memenuhi syarat untuk diterima sebagai tenaga medis dokter di SMF ..... di RSUP Fatmawati.

Yang bersangkutan diberi wewenang untuk melakukan kegiatan keprofesian yaitu :

- a. Mewawancarai pasien
- b. Melakukan pemeriksaan fisik dan mental
- c. Menentukan pemeriksaan penunjang
- d. Menegakkan diagnosis
- e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan
- f. Melakukan tindakan kedokteran
- g. Menulis resep obat dan alat kesehatan
- h. Menerbitkan surat keterangan dokter

Sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Medis Bidang Spesialis .....

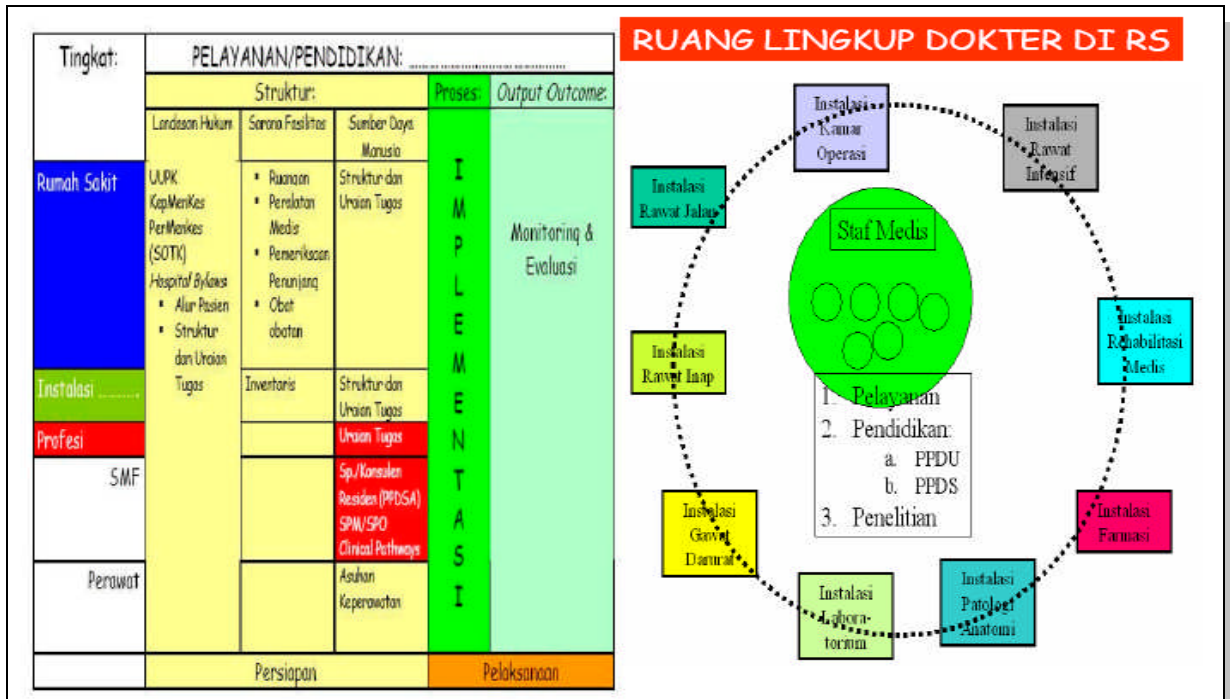
Demikian rekomendasi ini agar dipergunakan sebagaimana mestinya .

Jakarta, .....  
Komite Medik RSUP Fatmawati  
Ketua,

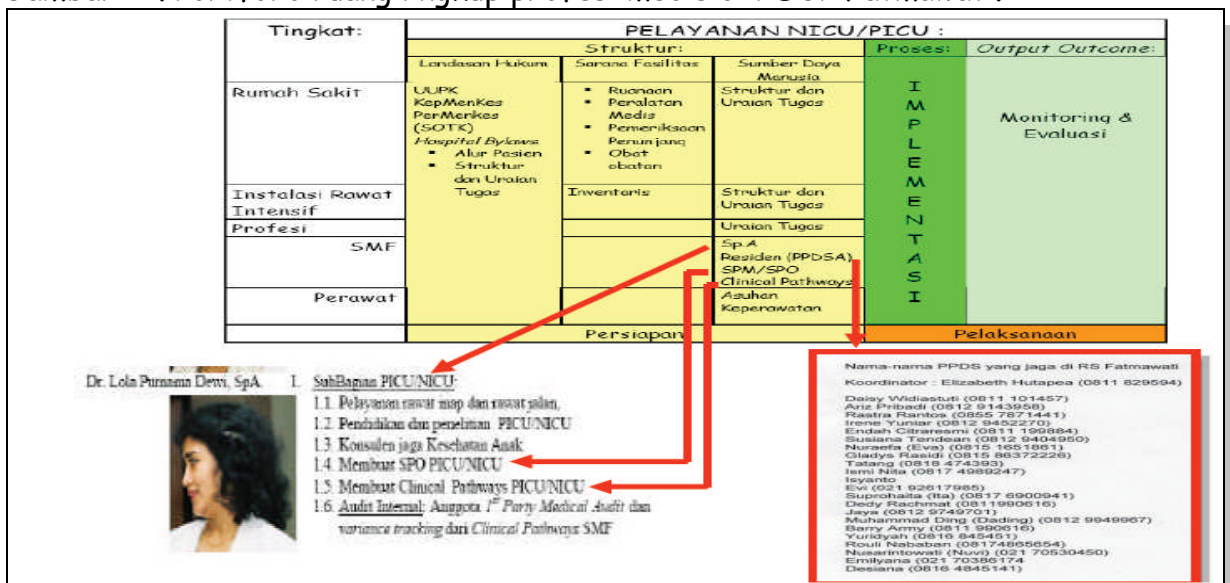
Dr. Dody Fimanda, SpA, MA  
NIP. 140 190 457

Gambar 11. Rekomendasi hasil penilaian kredensial tenaga medis.<sup>11</sup>

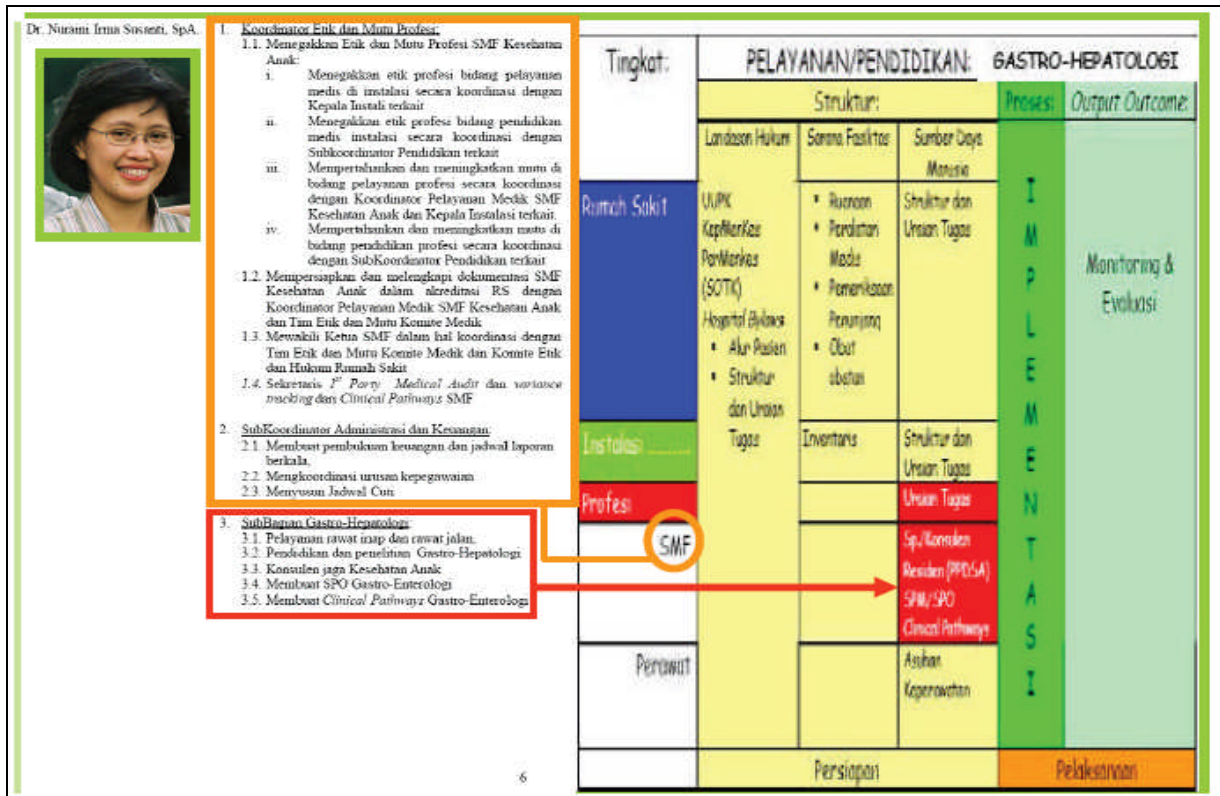
Sedangkan selama tenaga medis dokter tersebut melaksanakan praktik kedokteran sehari-hari di rumah sakit terikat dengan Sistem SMF dan Sistem Komite Medik dengan portfolio ruang lingkup dalam aspek pelayanan dan pendidikan kedokteran (Gambar 12) dan contoh di salah satu SMF (Gambar 13 dan 14) serta format portfolio *individual risk assessment* (Gambar 15) dibawah.



Gambar 12. Portfolio ruang lingkup profesi medis di RSUP Fatmawati.



Gambar 13. Contoh portfolio ruang lingkup dokter di RSUP Fatmawati



Gambar 14. Contoh uraian tugas dalam portfolio dokter di salah satu SMF.

**Format Penilaian Risiko Medis Individu (Individual Medical Risks Assessment)**

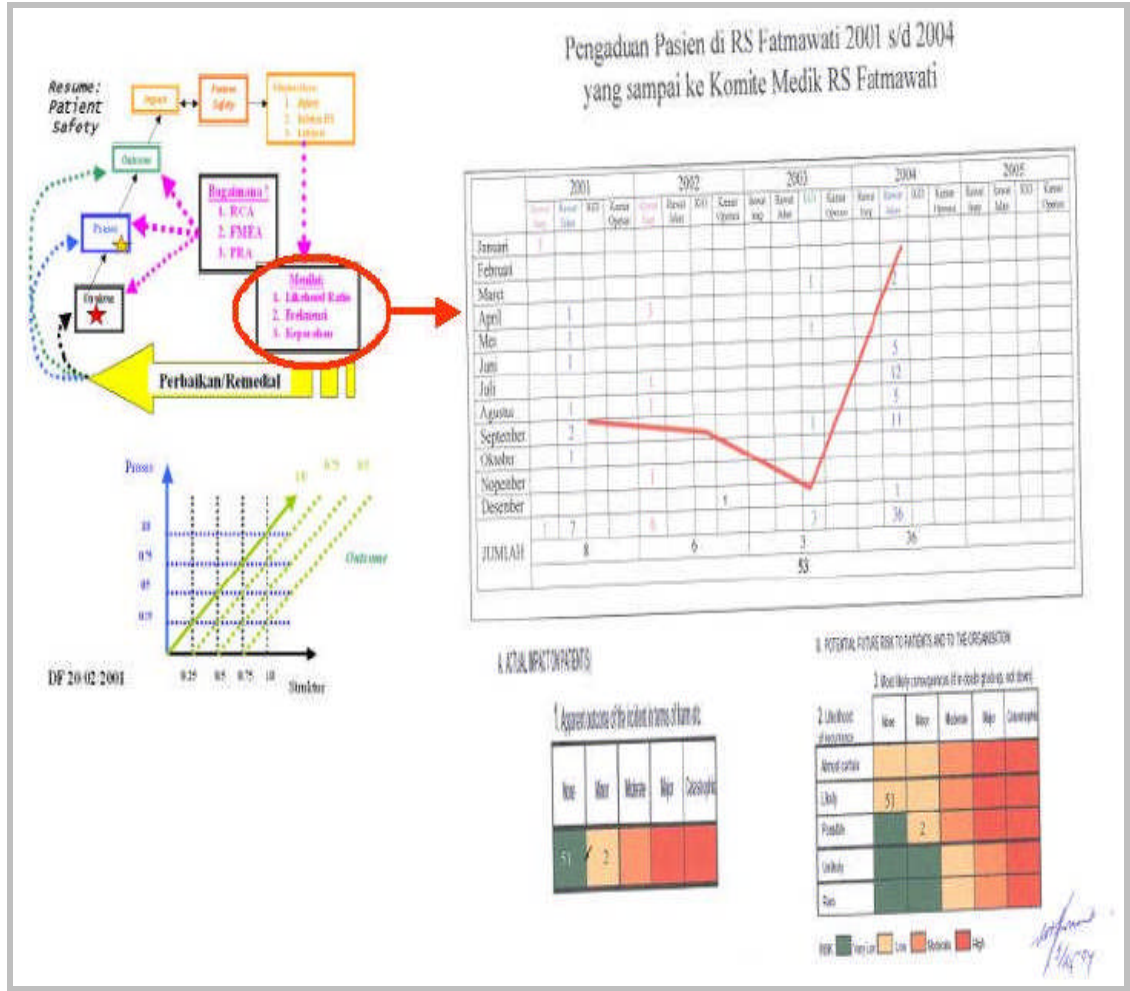
Nama: ..... SMF : .....

Tahun .....	SIP		SPM/SPO		Clinical Pathways		Audit Medis		HII		CRM			Medical Errors							
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	RCA	FMEA	PRA	AE	LE	NM					
Bulan											Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	
Januari																					
Februari																					
Maret																					
April																					
Mei																					
Jun																					
Juli																					
Agustus																					
Oktober																					
November																					
Desember																					
JUMLAH																					
Compliance: Y/(Y+T) x 100 %																					
	Catatan: .....																				
	Catatan: .....																				
	Catatan: .....																				

**MILIK KOMITE MEDIS RSUP FATMAWATI**

Gambar 15. Format Penilaian Risiko Medis Individu (Individual Medical Risks Assessment)

Ilustrasi **monitoring** Komite Medik RSUP Fatmawati beberapa contoh kasus serta penanganannya melalui pendekatan format *Patient Safety* (Gambar 16).



Gambar 16. Laporan kasus pengaduan, manajemen risiko klinis (*Clinical Risks Management*) dan *Patient Safety*.

Sedangkan **monitoring pelaksanaan etika profesi** kedokteran sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), Komite Medik RSUP Fatmawati menerapkan format yang merangkum ke tujuh belas pasal KODEKI untuk setiap individu profesi medis sebagaimana contoh dalam Gambar 17 berikut.

**EVALUASI PELANGGARAN KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA (KODEKI) TAHUN 2006**

PASAL		1	2	3	4	5	6	7				8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
No	KODE DOKTER							7a	7b	7c	7d										
1.	01 AR 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
2.	01 DF 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
3.	01 ES 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
4.	01 LP 07	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
5.	01 NI 09	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
6.	01 PA 10	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
7.	01 RW 11	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
8.	01 SR 12	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
9.	01 SE 13	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
10.	01 TS 14	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
11.	01 DR 15	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
12.	01 DL 16	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
13.	01 GS 17	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
14.	01 EN 18	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
15.	02 AG 01	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
16.	02 AT 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
17.	02 AS 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
18.	02 BS 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

KETERANGAN: Y = ada melakukan pelanggaran T = Tidak ada pelanggaran

Gambar 17. Contoh hasil evaluasi dari *Individual Portfolio* tentang Kode Etik Kedokteran Indonesia untuk periode tahun 2006.

**Beberapa opsi Komite Medik dalam terjadinya ketidaksesuain pelaksanaan praktik kedokteran (malpraktek ?)**

- Etik Profesi:** Bila ditemukan ada kemungkinan kecenderungan pelanggaran dalam hal etik profesi, maka Komite Medik akan menggelar Sidang Pleno Etik Profesi yang diselenggarakan oleh Sub Komite Etik dan Mutu Profesi Komite Medik dengan memakai format penilaian Etik sesuai dengan Sistem Komite Medik;
- Audit Medis:** tidak tertutup pelaksanaan nomor 1 di atas tersebut sekaligus dilakukan juga audit medis tingkat pertama (*First Party Medical Audit*) dan kedua (*Second Party Medical Audit*), dan sebaliknya (bila dalam hasil audit medis ada unsur unsur pelanggaran etik profesi) - *two ways traffic mechanisms*.



3. Bila dari kedua mekanisme di atas ada ditemukan **unsur hukum**, maka akan diadakan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit serta Direksi Rumah Sakit.
4. Bila ada kecurigaan **kasus berpotensi**, maka Komite Medik akan menempuh jalur 1 dan 2 di atas.
5. **Informasi satu pintu**: Bila ada kasus pengaduan kasus, ketiga jajaran (Komite Medik, Komite Etik dan Hukum, dan Direksi) segera melakukan rapat koordinasi sesuai dengan kapasitas dan kewenangan masing masing, serta memutuskan segala pernyataan maupun klarifikasi adalah melalui **satu pintu** dan dilaksanakan oleh **petugas yang diberikan kewenangan** (biasanya dalam hal ini Humas Rumah Sakit - sedangkan Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum memberikan masukan sesuai tugas dan fungsinya).
6. **Kolegialitas**: Setiap perkembangan kasus yang telah dilimpahkan ke pihak berwajib, Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit senantiasa berkoordinasi dan urun rembuk menyelesaikan berbagai alternatif solusi dalam Sidang Pleno Komite Medik.

#### **Selanjutnya .....(What next to be done)**

Sesuai dengan rencana skema Komite Medik RSUP Fatmawati sebagaimana dalam Gambar 4 di atas. Titik penting (*crucial point*) adalah pada *clinical pathways* sebagai *entry point* dalam melaksanakan kegiatan praktik profesi kedokteran sehari hari di rumah sakit - baik untuk tingkat sistem maupun individu - dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana diamanatkan dalam Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dengan tujuan memberikan perlindungan kepada pasien/masyarakat (*patient safety*), profesi kedokteran sendiri dan meningkatkan mutu pelayanan serta mutu kompetensi profesi.

Sedangkan mengenai *Clinical Pathways* itu sendiri akan dibahas secara tersendiri, di luar dari ruang lingkup pembahasan makalah ini. Akan tetapi secara sekilas dapat dilihat berbagai ilustrasi contoh akan manfaat dari implementasi *Clinical Pathways* dalam Gambar 18 sampai 23 berikut.



### Jasa dokter dan kinerja individu

FORM TUE 1.05/03  
UMUM / ASKES

#### BUKTI PELAYANAN DOKTER

NAMA PASIEN : *Rumika Purnama*  
 NO. RM : *00733057*  
 INSTALASI/UNIT : *III* RUANG POLI : *1131*  
 NAMA DOKTER : *H. Kurniawan, Sp.PD* KODE UR : *012503*

TANGGAL	PLUKUL	JENIS PELAYANAN VISITE/KONS/TIND.	TANDA TANGAN DOKTER
<i>17/10/12</i>	<i>09.00</i>	<i>Wine</i>	<i>[Signature]</i>
<i>20/10/12</i>	<i>08.00</i>	<i>Wine</i>	<i>[Signature]</i>
<i>20/10/12</i>	<i>09.00</i>	<i>Wine</i>	<i>[Signature]</i>
<i>29/10/12</i>	<i>08.00</i>	<i>Wine</i>	<i>[Signature]</i>

PETUGAS DATA ENTRY : *[Signature]* KA INST. UNIT : *[Signature]*

Lembar 1 : Akuntansi (Putih)  
 Lembar 2 : Dokter (Kuning)  
 Lembar 3 : Instalasi (Biru Muda)

Gambar 19. Hubungan *Clinical Pathways* dengan jasa dokter dan kinerja individu.

### Sistem satu pintu obat, Penggunaan seleksi obat antibiotika dan biaya obat

#### INSTALASI FARMASI RSUP FATMAWATI Formulir Instruksi Pemberian Obat

No. Resep	Nama Pasien	Par. Obat	Dr. Inj	Revisi	Dr. Inj	Revisi	Dr. Inj	Revisi	Dr. Inj	Revisi
<i>270</i>	<i>G. Kurniawan</i>	<i>350mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>312</i>	<i>Rizki Dika</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>270</i>	<i>H. Anggraini</i>	<i>350mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>312</i>	<i>Rizki Dika</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>270</i>	<i>KATH 303</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>270</i>	<i>Rizki Dika</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>270</i>	<i>PPON 23</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>
<i>270</i>	<i>Rizki Dika</i>	<i>300mg</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>	<i>250</i>	<i>12</i>

Gambar 20. Hubungan *Clinical Pathways* dengan penggunaan obat rasional.

Hubungan Clinical Pathways dengan Audit Medis, CRM/Patient Safety, Surveilans & HII

**VARIANCES:**

- LOS :
  - Planned : 14 days
  - Reality : 25 days
- Diagnostic Procedures: OK
- Drugs: based on Hospital Drugs Formulary - OK
- Medical Interventions:
  - Based on Practices Guidelines (SPM) - 2 eps
  - Pre operational schedule: delayed for 2nd eps
- ICD 10 & ICD 9 CM: not coded

**CLINICAL RISKS MANAGEMENT (CRM):**

- Identified : OK
  - RCA: OK
  - FMEA: check OR time table
  - PRA: OK

**PATIENT SAFETY:**

- Injury: None
- Hospital Infection: None
- Litigation: None
- Medical Errors:
  - Active Errors: None
  - Latent Errors: None
  - Near Missed: None

**VERIFIED**  
MILIK KOMITE MEDIS  
RSUP FATMAWATI  
#-2024

Gambar 21. Hubungan Clinical Pathways dengan audit medis dan surveilans infeksi nosokomial

**Hanya dari selembar Clinical Pathways dapat mengetahui:**

- Jasa medis
- Pemeriksaan Diagnostik
- Operasi
- Obat obatan

**Biaya**

**Mutu Pelayanan:**

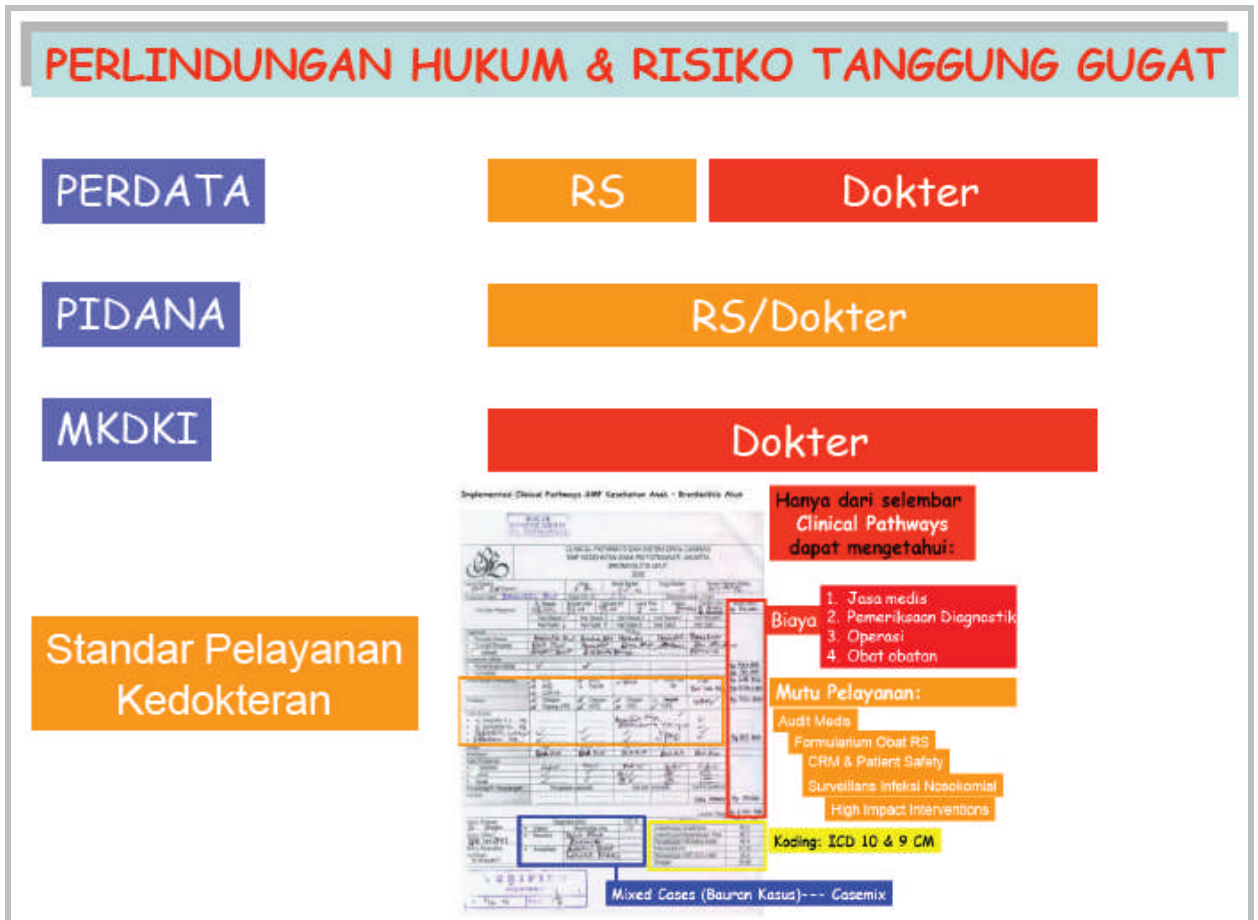
- Audit Medis
- Formularium Obat RS
- CRM & Patient Safety
- Surveilans Infeksi Nosokomial
- High Impact Interventions

**Koding: ICD 10 & 9 CM**

**Mixed Cases (Bauran Kasus) --- Casemix**

**Kinerja Individu dan Tim (Individual and Teamwork Performances)**

Gambar 22. Hubungan Clinical Pathways dengan sistem pembiayaan DRG Casemix dan mutu pelayanan.



Gambar 23. Hubungan *Clinical Pathways* dengan perlindungan hukum dan risiko tanggung gugat.

Sampai saat makalah ini ditulis, Komite Medik RSUP Fatmawati sedang menggarap dan menyusun 9 unsur dari agenda *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Commission* dan *Joint Commission International* mengenai *patient safety* yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007* (Gambar 1) mengkombinasikannya dengan Pedoman *High Impact Interventions* Komite Medik RSUP Fatmawati (Gambar 5) yang telah ada untuk agar dapat diterapkan (*feasible and applicable*) di RSUP Fatmawati.

Terima Kasih dan Semoga Bermanfaat.  
 Jakarta, 26 Juni 2007  
 Dody Firmanda.

# **Empowering medical professions toward patient safety through professional quality system (*Clinical Governance*) and Clinical Pathways in Fatmawati Hospital.<sup>#</sup>**

Dody Firmanda, M.D, MA  
Head of Medical Committee  
Fatmawati Hospital  
Jakarta, Indonesia.

## **Introduction**

In mid 1999 Fatmawati Hospital's Medical Committee as the highest medical professional organization in hospital did realize that - we, especially mostly specialist physicians instead of being respectable and even eminent medical professors noticed our medical professionals' weaknesses and lack of knowledge in management and leadership. Therefore, Medical Committee began to work as a 'team' not as a 'solo practice' as usual anymore but through a system. In pursue of this quality excellence, we had to review and start all-over right from the scratched and bottom. Medical Committee did re-positioning its existence in hospital by empowering the medical professions toward quality. So, what is quality?

Quality is different things to different people based on their belief and norms, their perspective as medical doctors, managers, nurses, pharmacists, allied professions, patients and stakeholders etc. But, one thing for sure that quality is a never ending journey - and quality is everyone's responsible not just merely entitle to the institution or unit only. Therefore, Medical Committee set-up an embryo that consist of 8 physicians as a 'quality leader teams' for all 20 specialist departments in hospital. Medical Committee trained at least 3 'key' physicians from each department about quality and designed a 'quality training package' as in Diagram 1. The quality syllabus consists of (box 1):

1. Introduction of Quality: definitions, scope and principles.
2. Total Quality Management/Services: components, principles and implementation.

---

<sup>#</sup> Presented as Country Presentation at Regional Patient Safety Workshop on '*Clean Care is Safer Care*', WHO SEARO Bangkok Thailand 20-22 June 2007.

3. Quality Systems: how to develop a workable quality system
4. Professional continuous quality improvement: evidence-based medicine, medical audits.
5. Quality assurance: setting standards, conform to standards and maintaining/improving the standards.
6. Quality Control
7. Assignments on respective departments.

After completing the training, those three key physicians have to train the rest of their colleagues in the department and begin to build their own department's quality system that integrated as one system into Medical Committee's quality system for the organization, roles, rules and regulations in medical services, teaching and education; and medical research (box 2).

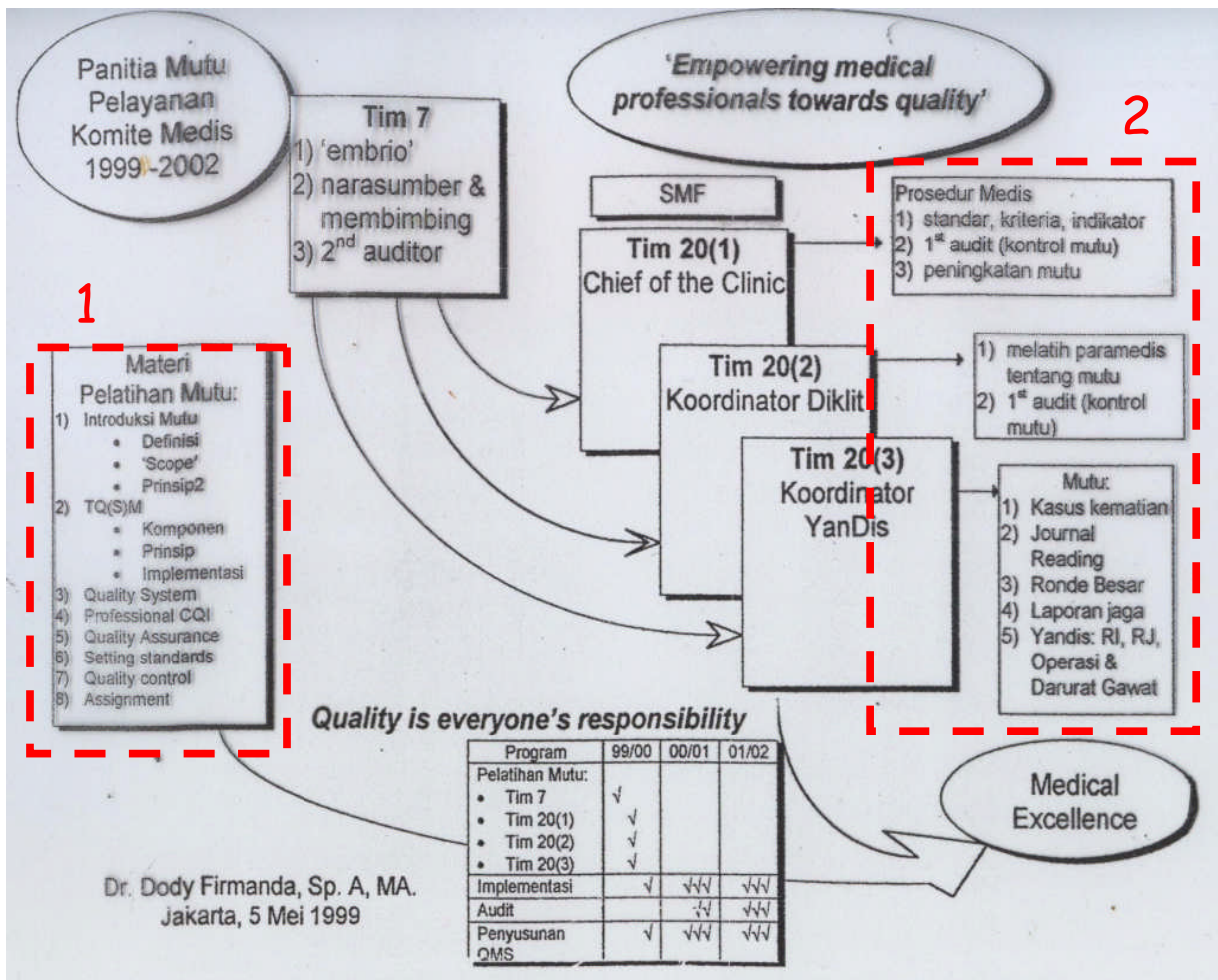


Diagram 1. Fatmawati Hospital's Medical Committee; Strategy in introducing and empowering medical professions toward quality in mid 1999.

## Medical Committee's Medical Profession Quality Systems (Clinical Governance)

Fatmawati Hospital's Medical Committee has designed a concept for medical profession quality systems - Clinical Governance - known as Sistem Komite Medik (Medical Committee System) and Sistem SMF (for Department level) which is a written rules and regulations for doctors (Medical Staff Bylaws), description of how to organize/governance themselves, job descriptions, and duty of care. Medical Committee combined those systems with case-mix financial, ICD 10 and ICD 9 CM coding system through Clinical Pathways<sup>1,2,3,4,5,6</sup>(Diagram 2).

Those combination as a conceptual framework for the anticipation of Indonesian Law Number 29/2004 on Medical Practices, The law stated 3 main objectives which are ensuring and protecting the patients (*Patient Safety*), guiding and empowering the medical professions towards quality (*Good Doctors*), and ensuring the law, rules and regulations for community and doctors.

---

<sup>1</sup> Firmanda D. Professional continuous quality improvement in health care: standard of procedures, clinical guidelines, pathways of care and evidence-based medicine. What are they? *J Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 1999; 1(3): 139-144.

<sup>2</sup> Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

<sup>2</sup> Firmanda D. Key to success of quality care programs: empowering medical professional. *Global Health Journal* 2000; 1(1) <http://www.interloq.com/a26.htm>

<sup>3</sup> Firmanda D. The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation. *Global Health Journal* 2000;1(2) <http://www.interloq.com/a39vli2.htm>

<sup>4</sup> Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

<sup>5</sup> Firmanda D. Professional Continuous Quality Improvement: from Evidence-based Medicine towards Clinical Governance. Presented in World Pediatrics Congress of International Pediatric of Association, Beijing 2001.

<sup>6</sup> Firmanda D. Discussion Forum on Evidence-based Medicine, Evidence-based Health Care, Evidence-based Policy and other health related disciplines. <http://yahogroups.com/group/ebm-f2000>



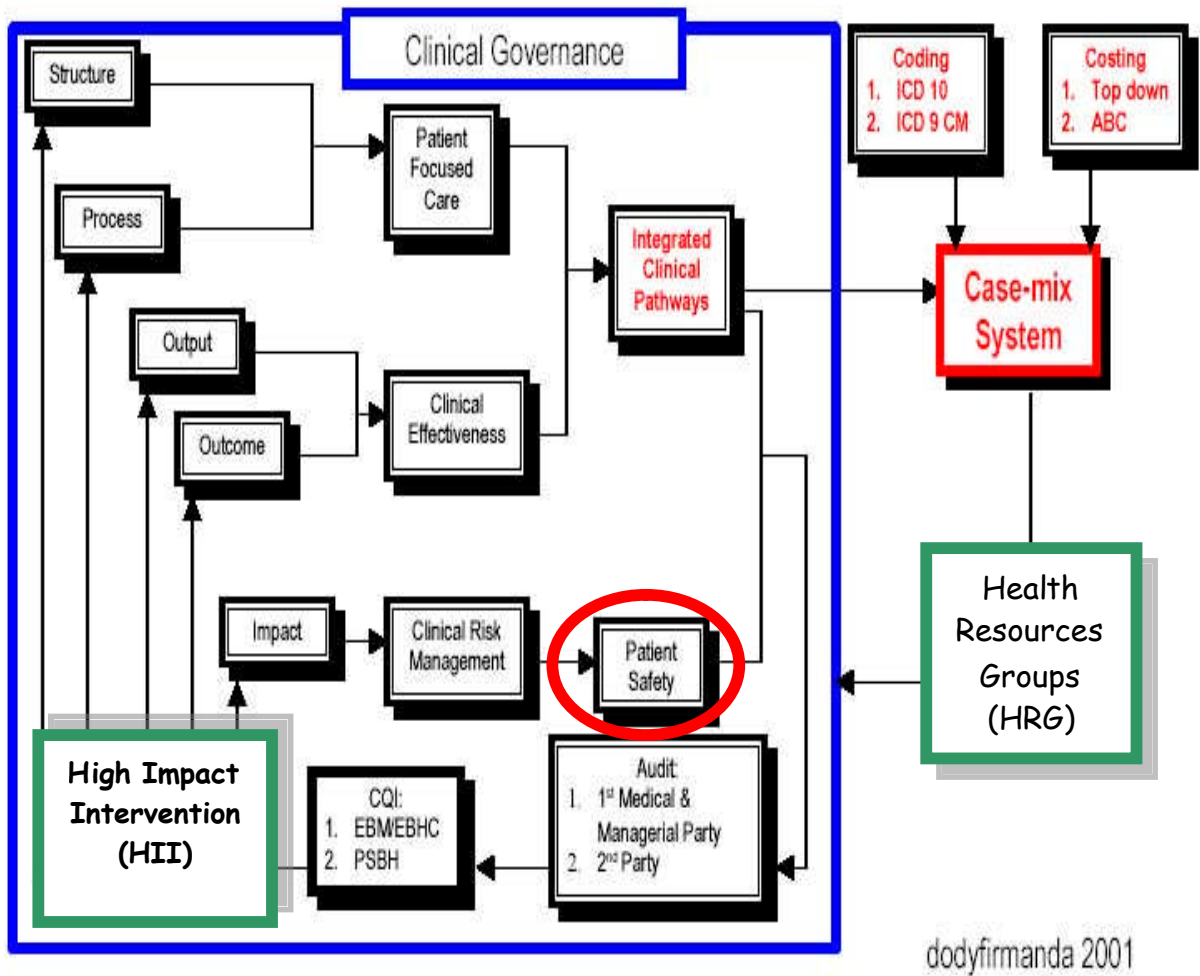


Diagram 2. Fatmawati Hospital's Medical Committee strategy in implementing Clinical Governance (including patient safety) and DRG Casemix System.

## Fatmawati Hospital's Medical Committee version for the implementation of Patient Safety

Medical Committee has designed a patient safety framework which involving multi professions and as a bottom-up approach. (Diagram 3)

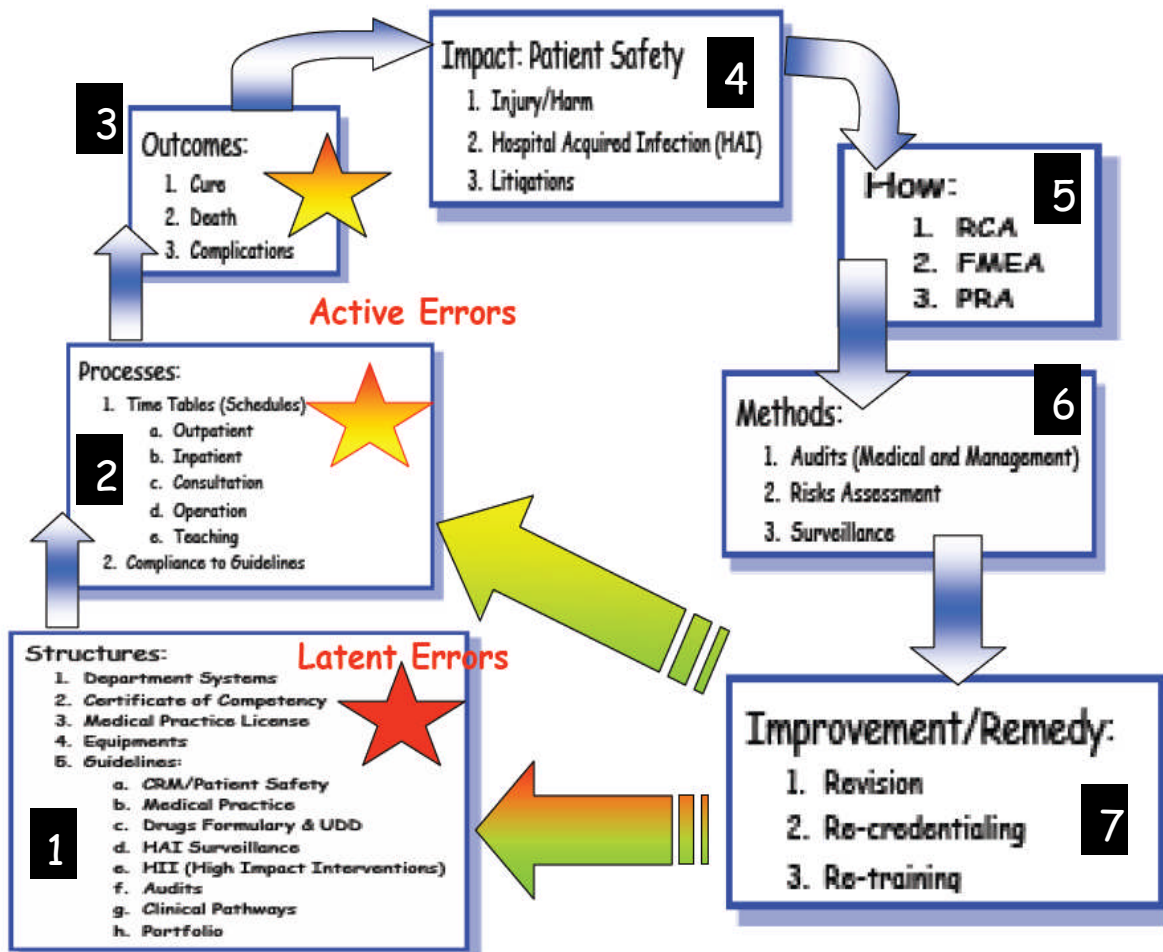


Diagram 3. Framework of Fatmawati Hospital Medical Committee for Patient Safety.

For the *structures* (Box 1), Medical Committee developed medical profession quality systems (Clinical Governance) known as Sistem Komite Medik (Medical Committee System) and Sistem SMF (for all 20 specialist departments) - as rules and regulations that bind to all medical professional in hospital from the first and early recruitment medical staff, medical practice guidelines, drugs formulary, HAI surveillance forms, medical audit

forms, high impact interventions (HII) forms, clinical pathways, maintain and improve their professional competences, monitoring their performances and individual risks medical assessment (portfolio). If any of these not available, means that there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as latent-type of medical errors.

All those Medical Committee products are approved in Medical Committee Plenary Session (as the highest medical decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital as public hospital and teaching hospital (Diagram 4 and 5).



Diagram 4. Medical Committee book guidelines for Clinical Governance, Clinical Risks Management, Patient Safety, High Impact Intervention, HAI Surveillance, Hospital Drugs Formulary and Clinical Pathways.

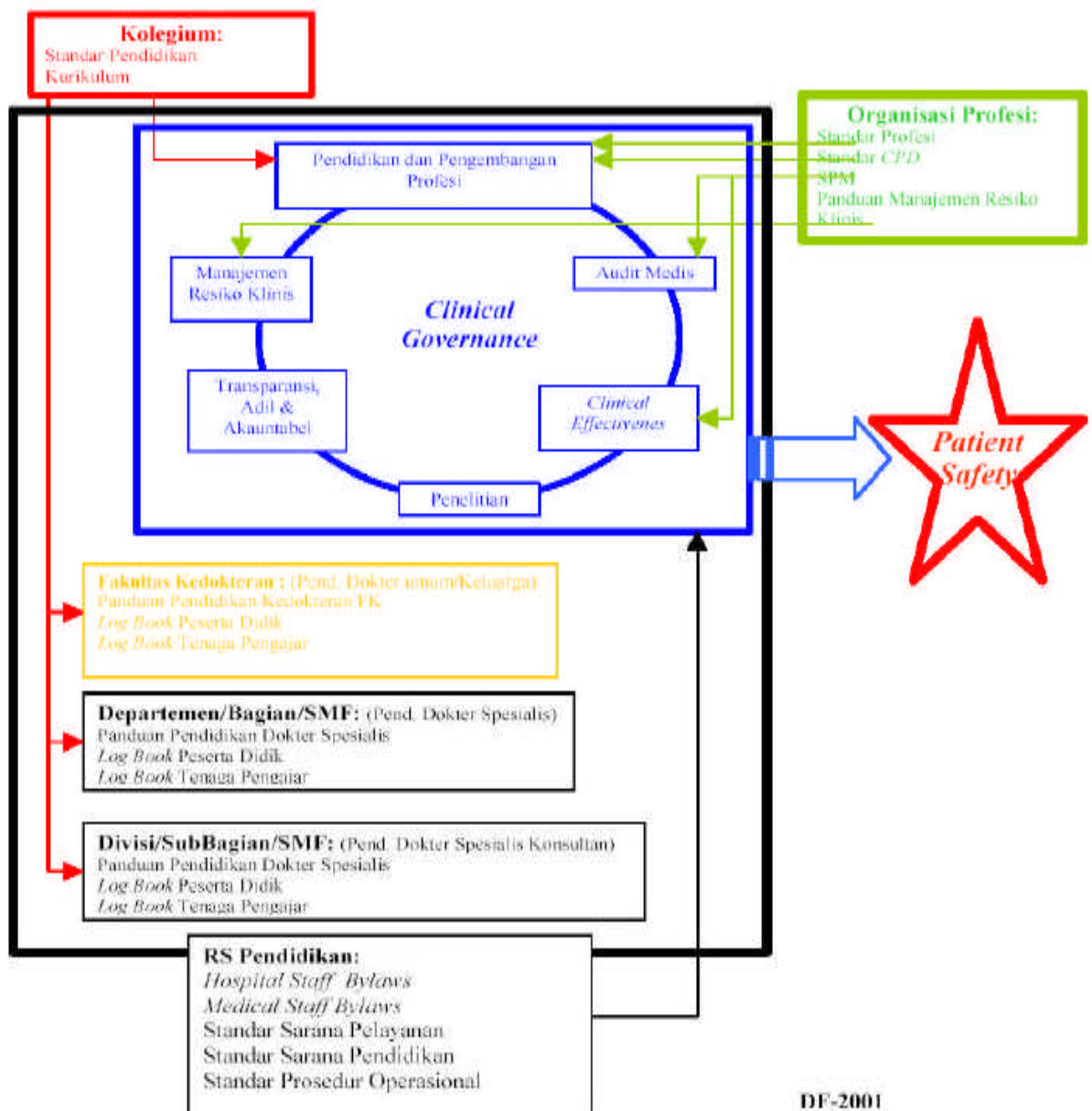


Diagram 5. The structures of Medical Committee for Teaching Hospital in the implementation of patient safety (in Indonesian language).

In the *process* (Box 2) as implementation for patient safety, Medical Committee designed a 'mechanism' of jobs flow chart as in Diagram 6.

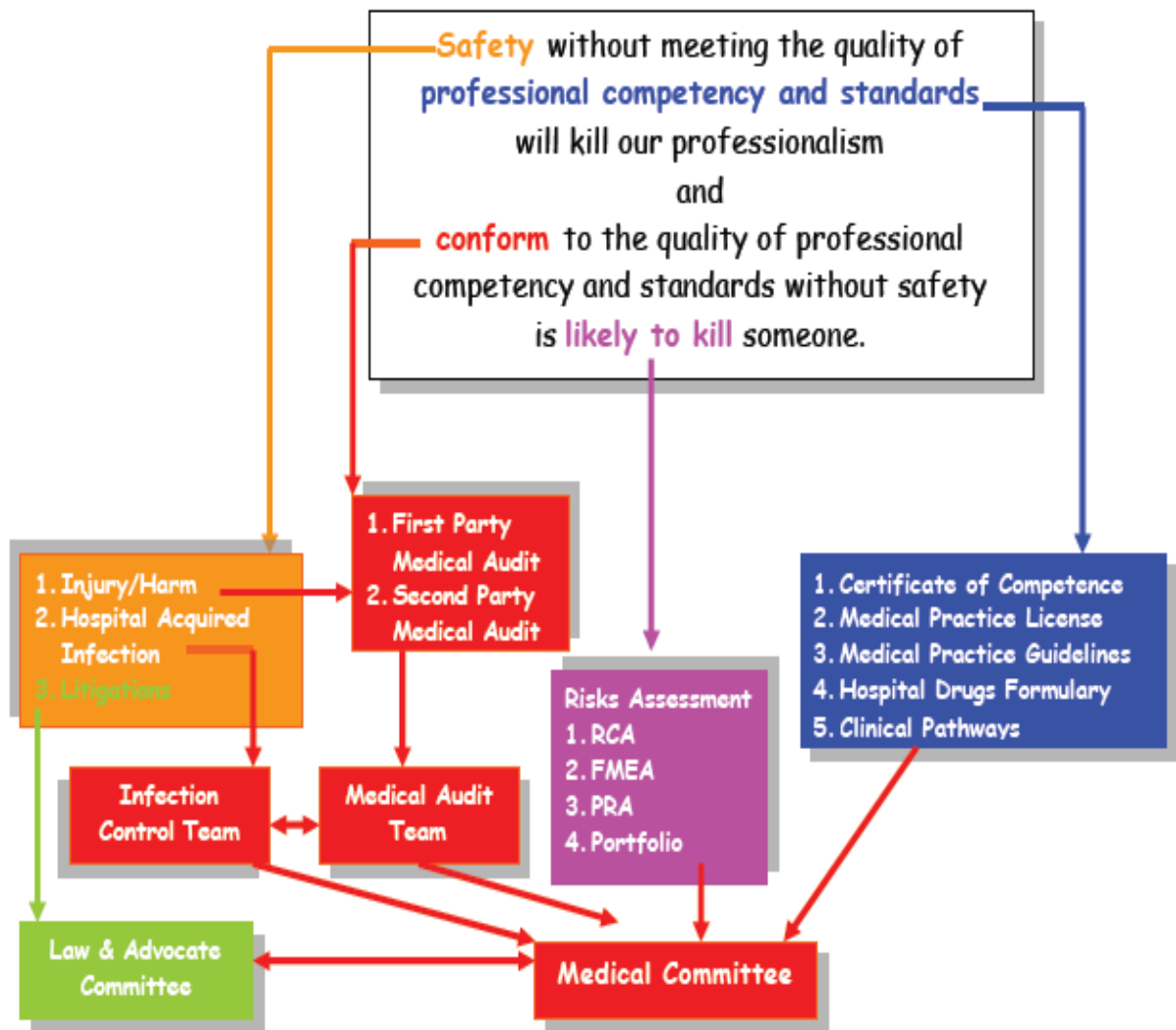


Diagram 6. Medical Committee's flowchart for the implementation of patient safety.

Failure to conform (or compliance) to these processes mean there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as active-type of medical errors that might occurs as in either system failure or individual tasks.

## **The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC)**

There are 16 clinical teams in Medical Committee, one of them is Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) which its members come from multidisciplinary professions such as specialist doctors, nurses, pharmacists, and administrators. The ICT-MC has 5 pillars and clear objectives in infection control as:

1. Isolation of patients and barrier precautions : ICT-MC work together with managers and other teams (i.e. Avian Flu Team, HIV/AIDS Team etc)
2. Decontamination of items and equipment: ICT-MC advocating other hospital support services.
3. Prudent use of antibiotics: ICT-MC work together with Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) in suggesting the rational use of antibiotics and classification usage of antibiotics in hospital.
4. Handwashing: designing, campaigning and training to all health professionals, and making recommendation of the infrastructure for hand hygiene.
5. Decontamination of environment: ICT-MC advocating other hospital support services and hospital environment department.

## **Hand Hygiene Program**

Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) has set-up regular time table training in Prevention of HAI (including hand hygiene such as **hand washing**) to all health professionals (including residents and medical students), food and catering staff, linen and laundry service staff, housekeepers, security staff and patients and their family (Diagram 7 and 8).

To improve members of ICT-MC of their skills and knowledge in HAI, we do regular and training schedule as in Diagram 9.

The ICT-MC do make their report of activities and future plan to Medical Committee regularly (monthly and annually) as in Diagram 10 and 11.

**LAPORAN KEGIATAN**  
**PELATIHAN PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL PADA PETUGAS KEBERSIHAN**  
**( CLEANING SERVICE )**  
**16, 19, 26 DAN 30 MEI 2005**

**I. PELAKSANAAN KEGIATAN**

- a. Pelatihan telah selesai dilaksanakan pada hari / tanggal : Senin, 30 Mei 2005
- b. Pelatihan dibagi menjadi 4 kelompok, setiap kelompok terdiri dari 24 orang
- c. Peserta yang mengikuti pelatihan adalah cleaning service yang bertugas di ruang pelayanan. Rencana jumlah peserta 96 orang
- d. Selama pelatihan peserta diberikan materi Pelatihan ( terlampir ), dan sertifikat
- e. Pengajar dari Tim Nosokomial, antara lain :
  1. Dr. Sjafrudin, SpTHT
  2. Dr. Lestaria Aryanti, SpRM
  3. Dr. Harry Trimurjatno, MM
  4. Dr. Luci Liana, SpPK
  5. Dr. Witjahjakarta, SpS
  6. Sunarsih, AMK
  7. Titik Suparti, SPd, MM

**II. MATERI YANG TELAH DIBERIKAN SELAMA PELATIHAN**

1. Infeksi Nosokomial
2. Kewaspadaan Universal
3. Pengelolaan Limbah di RS
4. Antiseptik dan Desinfektan
5. Cara menyapu di dalam dan di luar gedung
6. Cara mengepel lantai
7. Cara membersihkan sanitair

**III. HASIL PELAKSANAAN PELATIHAN**

1. Pelatihan dibagi 4 kelompok, masing –masing kelompok terdiri dari 24 orang, namun pada pelaksanaannya yang mengikuti pelatihan hanya 84 orang.

Diagram 7. ICT-MC's report training in Prevention of HAI including hand hygiene for housekeeper/cleaning service in 2005 for example (in Indonesian language)

**JADWAL PELAKSANAAN  
PENDIDIKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL  
DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2006**

NO	HARI/ TGL/ BULAN/ JAM	TOPIK	PRESENTAN
1	Selasa , 20 Juni 2006 Pk. 13.00 – 13.20 WIB	Pertemuan ke-1 Pembukaan Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.20 – 13.50 WIB	Standard Precaution	Dr. Pratiwi ,A. SpA
	Pk. 13.50 – 14.20 WIB	Isolation precaution	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.20 – 14.50 WIB	Prevention of Intravascular Catheter Related Infektion	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 14.50 – 15.20 WIB	Prevention of Noso SSI	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 15.20 – 15.30 WIB	Kuis pasca pendidikan	
2	Selasa , 27 Juni 2006	Pertemuan ke-2	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Noso Pneumonia	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 13.40 – 14.00 WIB	Prevention of Noso Urinary Tract Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.00 – 14.30 WIB	Prevention of Sp Case Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.30 – 15.00 WIB	Prevention of Sharp Injuries	Dr. Lestaria,A. SpRM
Pk. 15.00 – 15.30 WIB	Managemen of Occupational Exposures to HBV, HBC, HIV, & Postexposure Prophylaxis	Dr. Lestaria,A. SpRM	
Pk. 15.30 – 15.40 WIB	Kuis pasca pendidikan		
3	Selasa , 11 Juli 2006	Pertemuan ke-3	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Transmission of Infection Among Hemodialysis Patient	Ns. Umi A , S.Kep
	Pk. 13.40 – 14.10 WIB	Prevention the Transmission of M.Tuberculosis in Health Care Facilities	Dr. Kemal , SpS
	Pk. 14.10 – 14.40 WIB	Dekontaminasi, Desinfeksi , Sterilisasi	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.40 – 15.10 WIB	Waste Management	Dra. Debby D , M.Epid
Pk. 15.10 – 15.20 WIB	Kuis pasca pendidikan		

Diagram 8. Time table of ICT-MC training in Prevention of HAI and hygiene for all hospital professionals in 2006 (in Indonesian language)



**G. PELAKSANAAN PELATIHAN TIM PENGENDALIAN INFEKSI TAHUN 2006 DI DALAM NEGERI**

No	Judul Pelatihan	Penyelenggara	Waktu	Tempat	Peserta
1	<b>DALAM NEGERI</b> " Penggunaan antibiotika secara bijak (prudent use of antibiotics) bagi petugas pelayanan kesehatan (health care professionals) dalam rangka pengendalian resistensi antibiotika"	AMRIN Study Surabaya Local Committee Fakultas Kedokteran UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya.	17-19 Maret 2006	Hotel Majapahit Mandarin Oriental Surabaya – Jl. Tunjungan no. 65 Surabaya Telp. 031 5454333	2 orang: -dr.Pratiwi, SpA -dra.Debbi, Apt.
2	Kursus Dasar Pengendalian Infeksi Nosokomial (peserta & panitia)	PERDALIN JAYA	15-18 Mei 2006	RSUP Fatmawati Jakarta	2 orang perawat sebagai panitia: 10 orang
3	3 <sup>rd</sup> Symposium of Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW) "Challenges in the use of Antimicrobials in emerging and re emerging infectious diseases"	Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW)	1-2 Juli 2006	Hotel Borobudur Jakarta	3 orang: dr.Syafrudin, SpTHT dr.Pratiwi, SpA dr. Anti.D, SpPK
4.	Lokakarya PPRA	AMRIN DepKes	6-7 Desember 2006	Hotel Ashton Jakarta	Anggota Tim ( 6 orang)
5.	Workshop Pengendalian Infeksi Nosokomial	PERDALIN JAYA & Persatuan Perawat	19-20 Mei 2006	RSPAD	Peserta 6 orang

\* Pelatihan Luar Negeri yang terjadwal tidak dapat terlaksana karena banyak yang berhalangan karena kesibukan masing-masing dan kebetulan ada jadwal yang bertepatan dengan bulan puasa.

Jakarta, 16 Februari 2006  
Ketua tim pengendalian Infeksi

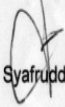
  
Dr. Syafruddin, Sp.THT

Diagram 9. ICT-MC's 2006 schedule for it members to improve their skills and knowledge in HAI.



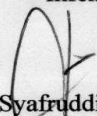
## RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Kepada Yth,  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati  
Di Tempat

Bersama ini kami sampaikan Laporan Pelatihan Program Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUP Fatmawati Tahun 2006. Mohon saran/rekomendasi lebih lanjut.

Jakarta, 16 Februari 2007

Ketua Sub Komite Pengendalian  
Infeksi

  
Dr. Syafruddin, SpTHT  
NIP. 140 119 257

.....  
.....  
**SARAN / REKOMENDASI**

1. *Triad karis*
2. *Translan kegiatan dan & perhuan untuk kearah 'patient safety' dengan surveillance dan High Impact Interventions (HII)*
3. *foto Kuaran & penggunaan antibiotik yang minimal & pertajam kembali. (k/sama dengan TPT).*

Ketua Komite Medik

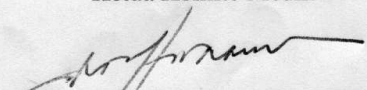
  
Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
NIP. 140 190 457

Diagram 10. Year 2006 Annual report of ICT-MC to Medical Committee and Head Medical Committee recommendation for Year 2007 ICT-MC activities.

## SUB KOMITE PENGENDALIAN INFEKSI KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

### KERANGKA ACUAN SOSIALISASI PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2007

#### A. PENDAHULUAN

Program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada pasien. Angka kejadian infeksi di rumah sakit merupakan indikator baik buruknya pelayanan yang diberikan di rumah sakit tersebut.

Hasil evaluasi program pengendalian infeksi tahun 2006 perlu ditindaklanjuti dengan program yang berkesinambungan pada tahun 2007. Program ini harus disosialisasikan kepada seluruh satuan kerja yang terkait, agar kegiatan pengendalian infeksi yang akan datang dapat lebih baik sehingga keselamatan pasien dapat terjamin (*patient safety*) dari kejadian infeksi di rumah sakit.

#### B. TUJUAN

Tujuan Umum  
Meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di RSUP Fatmawati.

Tujuan Khusus :

1. Tersosialisasinya program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati.
2. Didapat kesepahaman dalam upaya pencegahan infeksi di RSUP Fatmawati.
3. Terlaksananya pengendalian infeksi dengan baik di RSUP Fatmawati.
4. Terlaksananya *feed back* hasil evaluasi berkala kejadian infeksi di RSUP Fatmawati.

#### C. SASARAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati kepada :

1. Para personil penanggung jawab pelayanan langsung kepada pasien: Dokter, Perawat, Pekarya, Analis, Farmasis, dan Gizi.
2. Pejabat struktural dan fungsional di RSUP Fatmawati.

#### D. RUANG LINGKUP

Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan dan Instalasi Penunjang

#### E. METODE PELAKSANAAN

1. Penyusunan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Januari – Pebruari 2007
2. Pengesahan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Pebruari 2007
3. Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Maret - Juni 2007
4. Evaluasi sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Nopember 2007
5. Pelaporan Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Desember 2007

#### F. WAKTU PELAKSANAAN DAN PENGORGANISASIAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati dilaksanakan pada bulan Pebruari - Juni 2007

#### G. TEMPAT

1. Ruang Rapat Komite Medik
2. Ruang Diklit
3. Ruang Rapat IRNA
4. Ruang Rapat Lt III

Diagram 11. ICT-MC Plan of Action for 2007 which been approved by Medical Committee.

The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) did socialize the program through group discussion/lectures and printing material as leaflet and stickers (Diagram 12).

**PENDAHULUAN**

Cuci tangan merupakan tindakan utama dalam mencegah terjadinya infeksi silang antara petugas kesehatan dengan pasien atau dari kesehatan dengan pasien atau dari pasien ke petugas kesehatan.

Cuci tangan sesuai standar sangat penting dalam rangka menjaga keselamatan pasien (patient safety) dari terjadinya infeksi nosokomial selama berada di rumah sakit atau sarana kesehatan.

**PENGERTIAN**

Cuci tangan adalah proses membersihkan tangan dari kotoran dan membuang mikroorganisme transient yang menempel pada kulit tangan.

**TUJUAN**

1. Menghilangkan atau meminimalkan mikroorganisme di tangan
2. Mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan
3. Tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial dengan cara memutus mata rantai penularan penyakit infeksi .

**SIAPA YANG WAJIB CUCI TANGAN ?**

Semua personil yang bekerja di rumah sakit : Dokter, Perawat, Pekarya kesehatan, Cleaning Service, petugas Gizi, Laboratorium , Farmasi dll. Serta personil yang berada di rumah sakit atau sarana kesehatan sebagai pengunjung atau pasien.

**KAPAN WAJIB MELAKUKAN CUCI TANGAN?**

1. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien.
2. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik
3. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan dan perawatan luka.
4. Sebelum dan sesudah menyentuh bahan pemeriksaan laboratorium
5. Jika tangan diduga kotor
6. Diantara dua tindakan atau melakukan pemeriksaan fisik pasien
7. Segera setelah masuk atau meninggalkan ruangan/rumah sakit
8. Segera setelah melepaskan sarung tangan
9. Sebelum dan sesudah makan
10. Segera setelah keluar dari toilet atau membersihkan sekresi hidung.



**RSUP FATMAWATI**



**Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik**

Jl. RS. Fatmawati Cilandak  
Jakarta Selatan 12430  
Telp. 7501524, 7660552  
Fax. (021) 7690123



**RSUP FATMAWATI**

## 7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



**1**

Telapak dengan telapak



**2**

Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan



**3**

Telapak dengan telapak & jari saling terkait



**4**

Letakan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci



**5**

Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri, & sebaliknya



**6**

Jari kiri menguncup, gosok, memutar, kekanan & ke kiri pada telapak kanan, & sebaliknya



**7**

Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan & sebaliknya, gerakan memutar

**“ CUCI TANGAN MERUPAKAN TINDAKAN UTAMA DALAM MENCEGAH TERJADINYA INFeksi SILANG ANTARA PETUGAS KESEHATAN DENGAN PASIEN ATAU DARI PASIEN KE PETUGAS KESEHATAN.”**

TIM PENGENDALIAN INFeksi NOSOKOMIAL - KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Diagram 12. Printing and sticker materials for Hand Washing campaign from Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC).

As for monitoring and data collections for HAI surveillance, Infection Control Team of Medical Committee use the surveillance forms that attach to patient's Medical Records (Diagram 13),


 <b>RSUP FATMAWATI</b> Jl. RS FATMAWATI – CILANDAK TELP.(021) 7501524 & 7660552 ( Hunting ) JAKARTA 12430		NO. RM / PIN : / NAMA : L/P TGL LAHIR/UMUR : / TB / BB : / Tanggal masuk RS : Cara masuk RS : UE/ IRJ /Langsung /Rujukan Keluar RS : Tgl.....Hidup/Meninggal/Pindah RS Diagnosis :	
<b>SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL</b>			
Nama Dokter : S M F terkait : Nama ICN :			
<b>Tempat dirawat :</b>			
1. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl .....	Lama.....	hari
2. Ruang.....	Tgl.....s.d.tgl.....	Lama.....	hari
3. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
4. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
5. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
<b>FAKTOR RISIKO</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Gangguan faal ginjal <input type="checkbox"/> Gangguan faal hati <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Bayi, Partus normal ( T/Y ) <input type="checkbox"/> Gangguan sistem kekebalan tubuh <input type="checkbox"/> Keganasan <input type="checkbox"/> Lanjut usia			
<b>IADP &amp; PHLEBITIS</b>			
Infus Vena Perifer ( T / Y )		CVP ( T / Y )	
Pasien usia > 1 tahun		Kateter umbilikal ( T / Y )	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Nyeri	Merah
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
3.....	.....s.d.....	.....	.....
4.....	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 tahun		Riwayat partus : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologik	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
Tujuan Pemasangan Infus Vena Perifer/ CVP/ UC		Kultur darah :	
<input type="checkbox"/> Pemberian Antibiotika / Sitostatika / Obat..... <input type="checkbox"/> Transfusi : WB/ PRC/ FFP/ Trombosit <input type="checkbox"/> Nutrisi Parenteral		Ke 1. Hasil..... 2. Hasil.....	
<b>INFEKSI SALURAN KEMIH</b>			
Katéter Urin ( T / Y ) <input type="checkbox"/> Douer <input type="checkbox"/> Intermiten <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> Kondom			
Pasien usia > 1 tahun			
Pasang Ke-	Mulai tgl.... s.d tgl.....	Demam > 38°C	Anyang-anyangan
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
3	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 th			
Pasang Ke	Mulai tgl.... s.d. tgl.....	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
Hasil Pemeriksaan Urin		Biakan Urin	
1. Tgl..... Leukosit urin.....		1. Tgl..... Hasil.....	

Diagram 13. HAI Surveillance form from ICT-MC (in Indonesian language).

**Results of ICT-MC HAI Surveillance**

Trends analysis results of ICT-MC HAI Surveillance for the year of 2003 to 2005 as in Diagram 14 to 16.

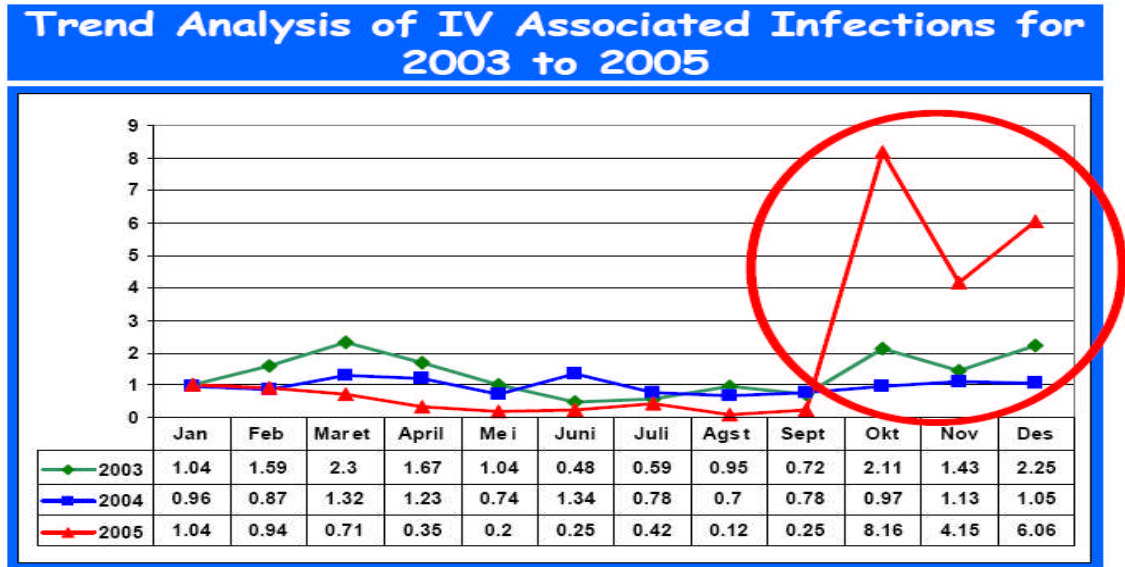


Diagram 14. ICT-MC's trend analysis for IV associated infection for 2003 to 2005.

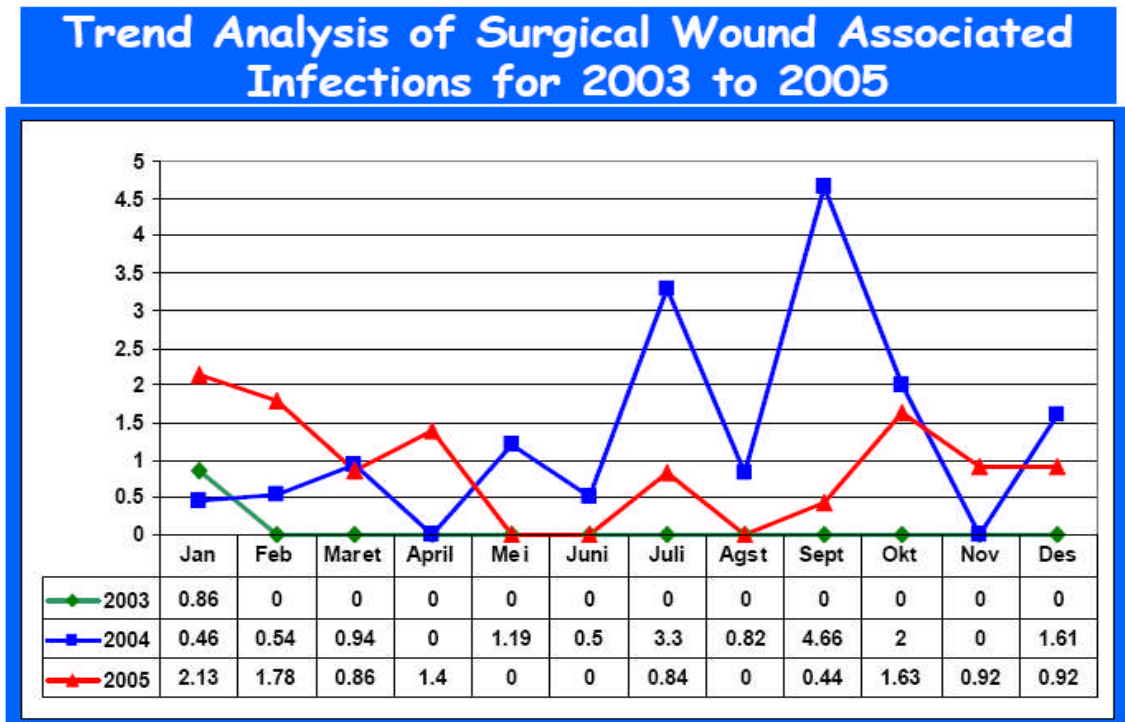


Diagram 15. ICT-MC's trend analysis for surgical sites associated infection for 2003 to 2005.

## Trend Analysis of Urinary Catheterization Associated Infections for 2003 to 2005

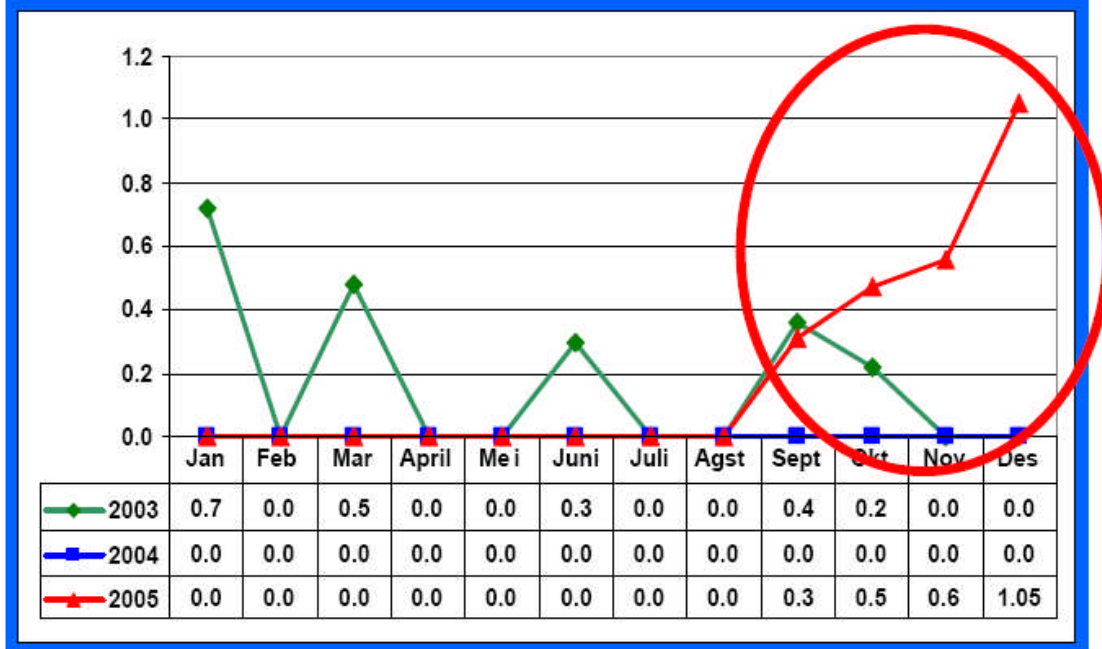


Diagram 16. ICT-MC's trend analysis for urinary catheterizations associated infection for 2003 to 2005.

There is an enormous significant increase from the trends above in October to December 2005.

Therefore ICT-MC and Medical Audit Team conducting a joint investigation for in-depth study. Results of those in-depth study as in Diagram 17.

Report of HAI surveillance in October to December 2005.  
Results\*

1. Usage of invasive instrument per department

Department	N	No. IV	No. Urinary Cath.	No. Ventilators	No. Surgery
Emergency	250	248	1	-	-
Internal Med.	931	925	67	3	10
Pediatrics	880	637	15	5	5
Obst & Gyn	706	453	268	5	235
General Surgery	277	273	58	5	212
Neurology	153	153	53	6	-
Cardiology	119	119	40	3	-
Pulmonology	88	88	10	1	-
Orthopedics	86	84	32	-	69
Neuro Surgery	55	55	24	6	16
Ophthalmology	29	-	-	-	29
ENT	23	11	-	-	21
Uro-Surgery	10	10	8	1	8
Plastics Surgery	6	6	2	-	5
Oral and Dental	4	4	-	-	4
Urology	4	4	2	-	3
Medic Rehab	2	-	2	-	1
Grand Total	3623	3069	582	35	618
Percentage		84.7 %	16.1 %	1 %	17.1%

2. Incidence of associated infection for\*

- a. Intravenous Therapy:
- i. Phlebitis :  $184/3069 \times 1000/16215 = 0.0037/1000 \text{ day}$
  - ii. Peripheral Blow Flow Infections:  $2/3069 \times 1000/16215 = 0.000004/1000 \text{ day}$
- b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 1000/4591 = 0.0015/1000 \text{ hari}$
- c. Ventilators :  $1/35 \times 1000/267 = 0.1070/1000 \text{ day}$
- d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 1000/3832 = 0.0030/1000 \text{ day}$

3. Attack Rates\*

- a. Intravenous Therapy:
- i. Phlebitis :  $84/3069 \times 100 = 5.99 \%$
  - ii. Peripheral Blow Flow Infections:  $2/3069 \times 100 = 0.07 \%$
- b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 100 = 0.69 \%$
- c. Ventilators :  $4/35 \times 100 = 11.43 \%$
- d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 100 = 1.13 \%$

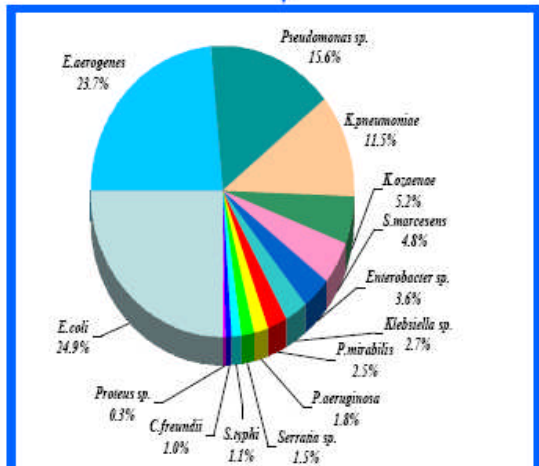
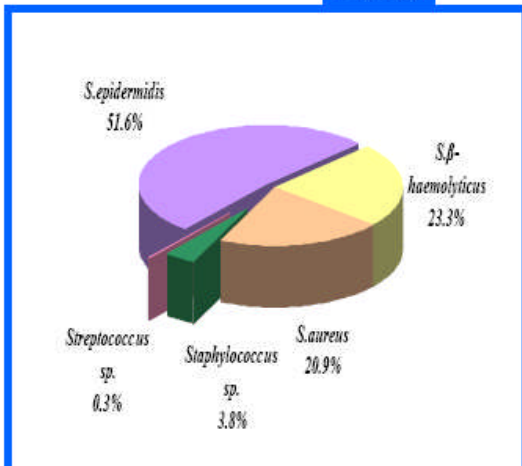
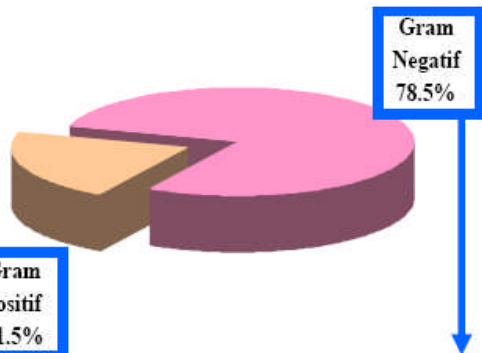
Diagram 17. Results of in-depth study of HAI Surveillance for October to December 2005.

Based on those results, Medical Committee recommended the implementation of High Impact Interventions to all departments (see Page 25).

Other ICT-MC activities are hospital bacterial mapping and do antibiotics sensitivity as in Diagram 19a and 19b.



Bacterial Mapping  
Januari - Desember  
2005



Percentage of  
Blood Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

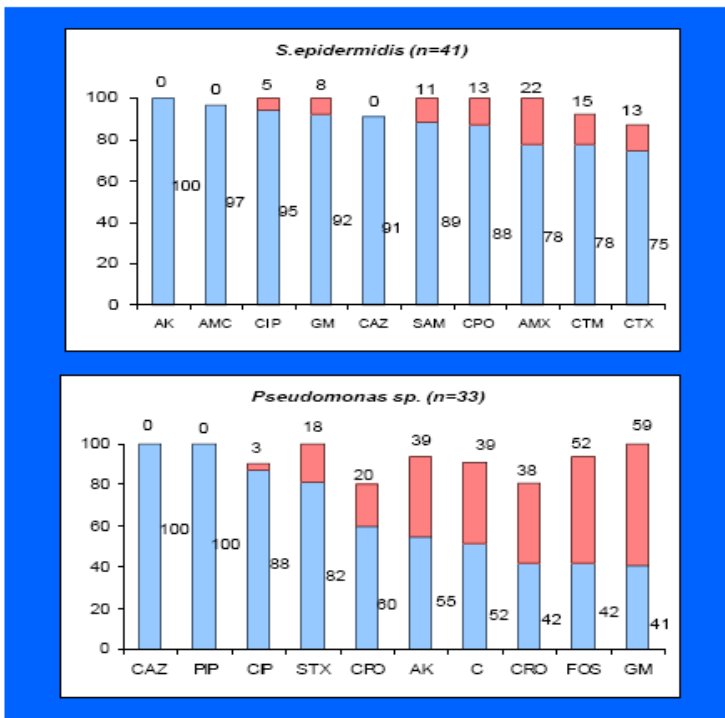
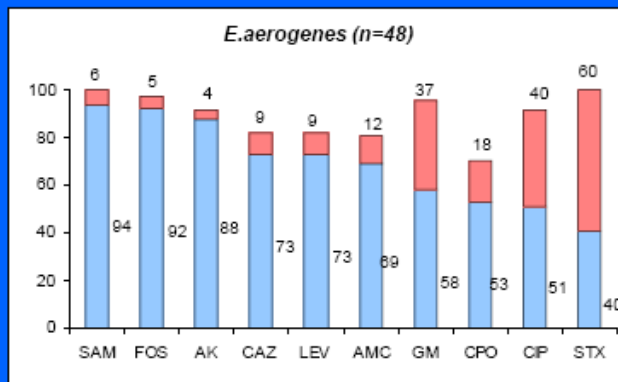
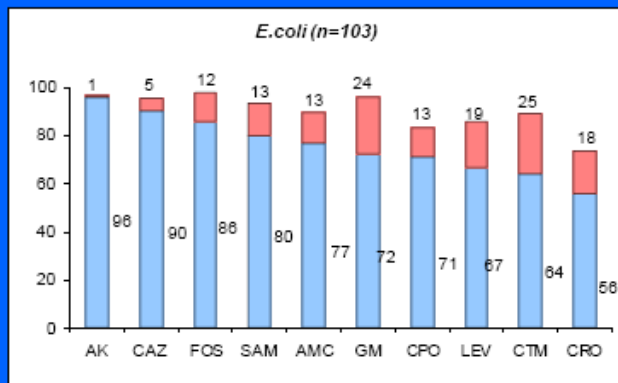


Diagram 19a. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

Percentage of Pus  
Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005



Percentage of Sputum Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

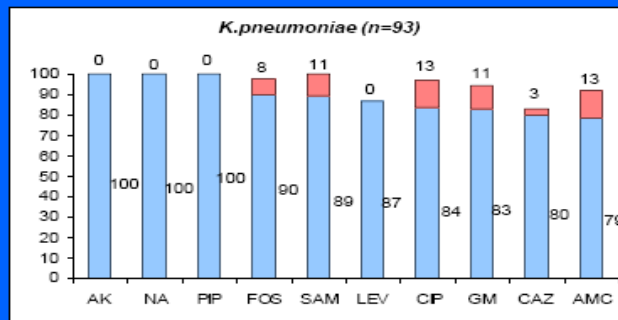
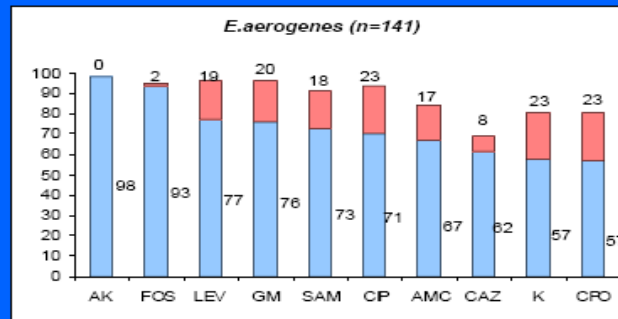


Diagram 19b. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

The **output** of ICT-MC's HAI surveillance results as **inputs** for **Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC)** in making drugs decision to be used and listed in **Hospital Drugs Formulary** (Diagram 20); especially for rational drugs and classified antibiotics into first line, second line or reserved (that are very potent but easily resistance) antibiotics as a *strategy to combat the emergence and spread of antimicrobial resistant bacteria*. DTT-MC has a system for hospital pharmaceutical care which involving doctors, nurses and pharmacists and known as **Lingkaran 5 Langkah 12 Kegiatan** (Circle of Five Steps and Twelve Activities) from selecting drugs, prescribing, dispensing, adverse events monitoring to summative audit (Diagram 21).

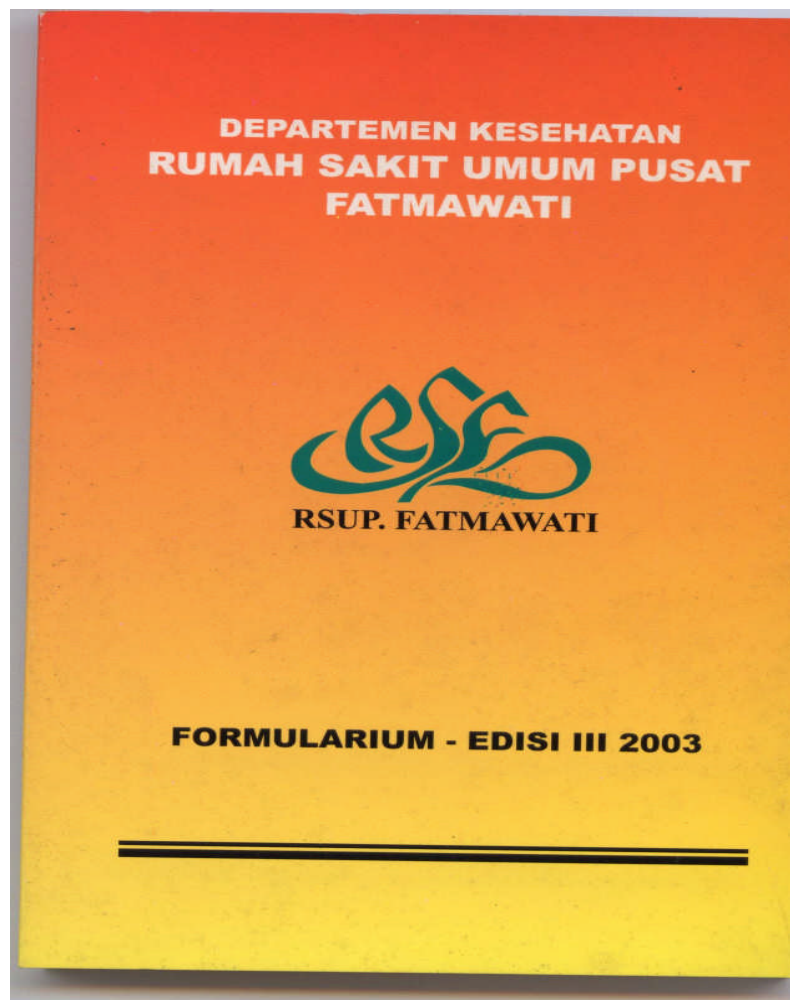
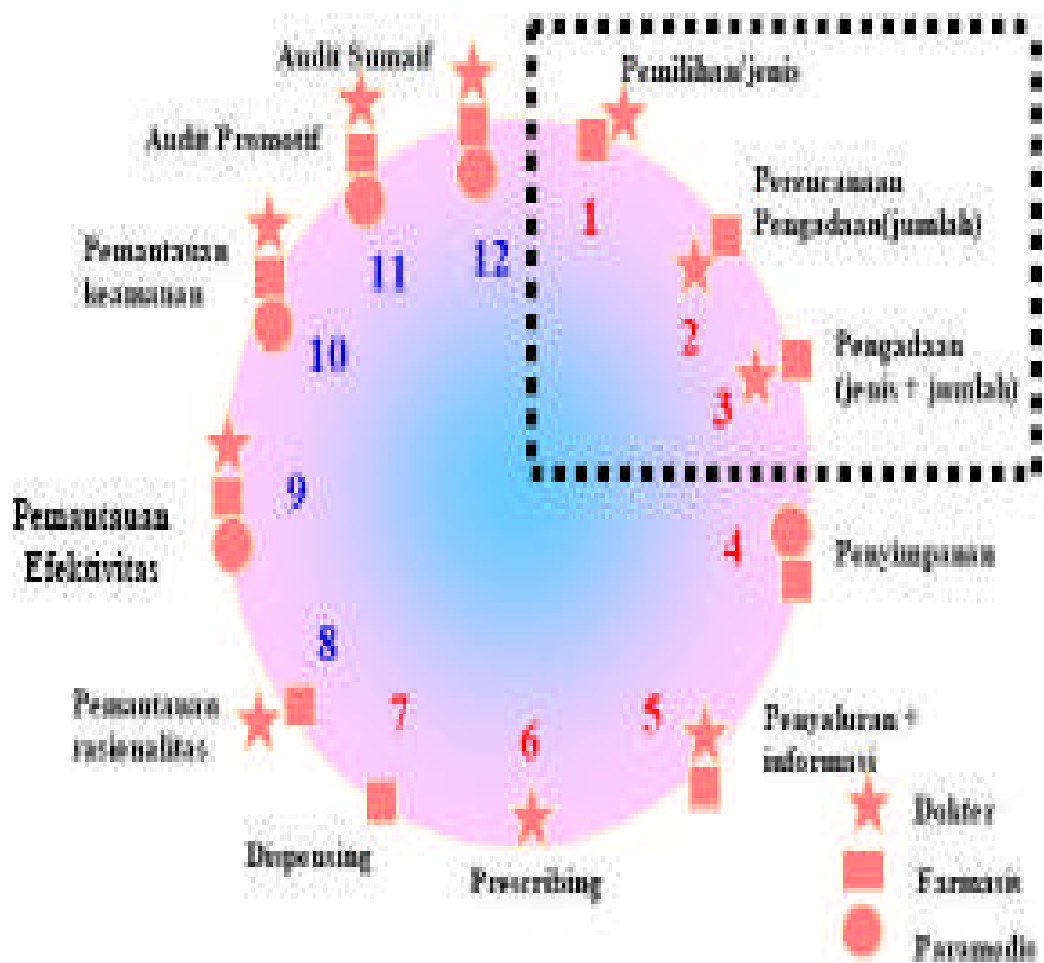


Diagram 20. Hospital Drugs Formulary from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC).



Gambar 2. Strategi 5 Langkah 12 Kegiatan

Diagram 21. The Circle of Five Steps and Twelve Activities from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) - (in Indonesian language).

Medical Committee has designed a Clinical Risks Management approached to assess the risks or medical errors (latent, active or near-miss) that might occur (Diagram 22). For monitoring and assessing individual medical ethics and risks, Medical Committee designed forms for every medical doctor as in Diagram 23.

## Format: Penilaian Risiko Medis (Medical Risks Assesment)

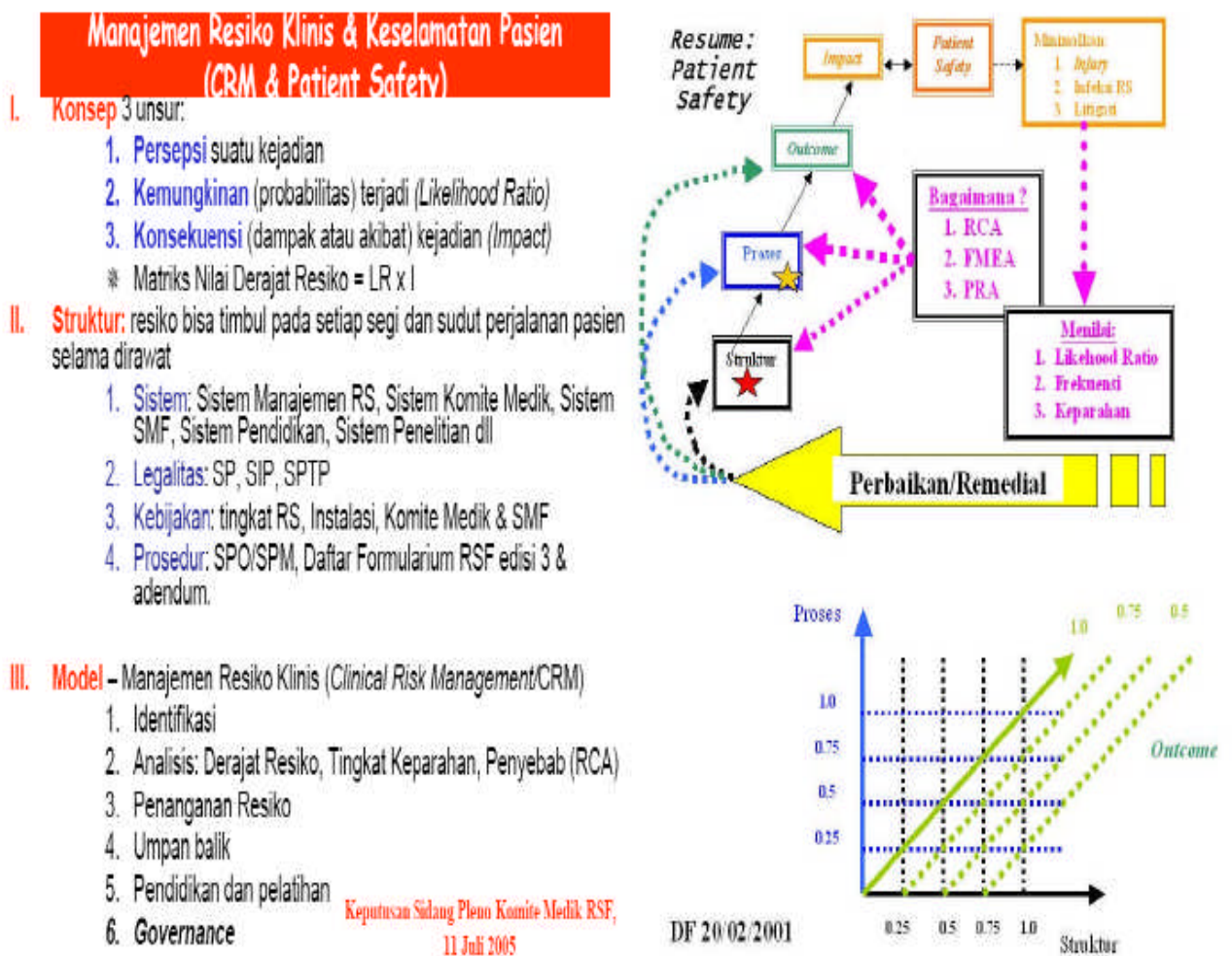


Diagram 22. Steps of Clinical Risk Management (in Indonesian language).

**Format Penilaian Risiko Medis Individu (Individual Medical Risks Assessment)**

Nama: .....

SMF : .....

Tahun .....	SIP		SPM/SPO		Clinical Pathways		Audit Medis		HII		CRM			Medical Errors		
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
Bulan	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
Januari																
Februari																
Maret																
April																
Mei																
Jun																
Juli																
Agustus																
Oktober																
November																
Desember																
JUMLAH																
Compliance: Y/(Y+T) x 100 %																
Catatan:.....																
Catatan:.....																
Catatan:.....																

**MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI**

Diagram 23. Medical Committee form for Individual Medical Risks Assessment (in Indonesian language).

As a continuous quality improvement in patient safety, Medical Committee designed and there are 9 forms of High Impact Interventions (HII) that necessary to be taken action following the results of HAI Surveillance and Risks Assessment. Those 9 High Impact Interventions (HII) are:

1. HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care.
2. HII-2: Preventing intravenous associated infection
3. HII-3: Preventing surgical site infection
4. HII-4: Preventing ventilator associated pneumonia
5. HII-5: Preventing urinary catheter associated infection
6. HII-6: Preventing inpatient associated diarrhea
7. HII-7: Preventing operation instruments associated injury

- 8. HII-8: Preventing anesthetic drugs and gases associated injury/harm
- 9. HII-9: Preventing drugs adverse events

KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



### High Impact Intervention (HII) 1

Tujuan: Pencegahan kontaminasi mikroba dalam praktik kedokteran dan keperawatan

Tanggal: .....	Jam: .....				Ruang: .....				Pelaksana: .....			
Elemen	Cuci tangan sebelum tindakan		Menggunakan alat proteksi		Melakukan tehnik antiseptik		Menaruh/membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan		Cuci tangan sesudah tindakan		Semua elemen dilakukan (1) s/d (5)	
	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(5)	(1) s/d (5)	(1) s/d (5)
Observasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
Jumlah												
% Compliance: (Y): (Y + T) x 100%												

Diagram 24. As an example one of nine High Impact Interventions (HII) HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care (in Indonesian language).

## **Fatmawati Hospital's Medical Committee version of *Clinical Pathways***

Our hospital's medical committee has designed a general format for Clinical Pathways and it has been revised for three times prior approval in Medical Committee Plenary Session (as the highest decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital.

### **Definition of our Clinical Pathways (CP)**

Clinical Pathways (CP) is a concept of integrated services plan to the patients which are time framed, predictive and measurable results based on evidence of medical, nurse and pharmaceutical guidelines.<sup>2,7,8,9</sup>

### **Principles in developing Clinical Pathways**

A well developed Clinical Pathways means:

- a. All the services should be integrated, patient focused and continuous care.
- b. Involving all professions (doctors, nurses, pharmacists and allied professionals)
- c. In time limited (either days or hours) based on diseases progressiveness for inpatients and or in emergency unit.
- d. All activities to the patients should be written in CP document and as part of Medical Records.
- e. All deviations from the planned should be written as variance(s).

---

<sup>7</sup> Firmanda D. Pedoman Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati, Jakarta 7 Oktober 2005.

<sup>8</sup> Firmanda D. Clinical Pathways: Peran profesi medis dalam rangka menyusun Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan pada kunjungan lapangan ke RSUP Adam Malik Medan 22 Desember 2005, RSUP Hasan Sadikin Bandung 23 Desember 2005 dan Evaluasi Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka penyempurnaan Pedoman DRGs Casemix Depkes RI, Hotel Grand Cempaka Jakarta 29 Desember 2005.

<sup>9</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006 (dalam pencetakan).



- f. Variance(s) might occur either caused by disease progressiveness, co-morbid, complication or medical errors and should be analysed in the form of either as first and second medical audits or managerial audit.
- g. Variance(s) might use as an entry point to improve the quality of the services, revised the guidelines and setting new standards.

Therefore the Clinical Pathways might be as a tool for:

- a. Medical Profession: setting clinical standards, guidelines, and evaluating department and individual performance. As an entry point for medical audits, clinical risks management and assessment for patient safety.
- b. Nurse Profession: setting clinical standards in nursing care (Asuhan Keperawatan) and improvement of PSBH (Problem Solving for Better Health).
- c. Pharmacists: *Unit Dose Daily and Stop Ordering*
- d. Managerial improvement such as billing systems and IT systems.

### **Steps in developing Clinical Pathways**

There are steps to consider in developing Clinical Pathways Format as:

1. The components that are should be covered as the definition of Clinical Pathways itself
2. Use all the available and reliable hospital data based on local conditions such as RL2 report for patient morbidity and daily sensus<sup>10</sup> and MOH guidelines<sup>11</sup> in:
  - a. Selecting the topic for developing Clinical Pathways
  - b. Deciding average inpatient length of stay in hospital (ALOS).
3. Use the local hospital medical and pharmaceutical guidelines.<sup>2,5,7</sup>
4. Use ICD 10 for diagnostic and ICD 9 CM procedures properly.<sup>26</sup>

---

<sup>10</sup> Firmanda D. Kodefikasi ICD 10 dan ICD 9 CM: indikator mutu rekam medik dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Disampaikan pada *Sosialisasi Pola Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Diselenggarakan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI di Hotel Panghegar Bandung 1-3 Juni 2006.

<sup>11</sup> Departemen Kesehatan RI. Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI, Jakarta 2005.

## General Format of Fatmawati Hospital's Medical Committee for Clinical Pathways

Our first design Clinical Pathways as shown in Diagram 25.

### Format Umum Clinical Pathways


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF ..... RS FATMAWATI JAKARTA ..... (Nama Penyakit). 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: kg	Tinggi Badan: cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....		Rencana rawat : ..... hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp):	Biaya (Rp)
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Penyakit Penyerta	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Komplikasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Asesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Konsultasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tindakan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Obat-obatan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mobilisasi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hasil (Outcome):							
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Varians:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	▪	.....	.....	.....

Diagram 25. General format of Clinical Pathways (in Indonesian language)


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA DEMAM BERDARAH DENGUE 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: .....kg	Tinggi Badan: .....cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....		Rencana rawat : 5 hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp): .....	Biaya (Rp) .....
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Penyakit Penyerta		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Komplikasi		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Asesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Konsultasi		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang:	Hb,Ht,Trb, Leukosit DTL, U, F	Hb,Ht,Trb, Leu	Hb,Ht,Trb, Leu CXR RLD	Hb,Ht,Trb, Leu Ig G/ Ig M	Hb,Ht,Trb, Leuko		
Tindakan:	Pasang IVFD	-	-	-	Angkat IVFD		
Obat obatan:							
▪ Parasetamol 3 x ...mg		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ IVFD:..... cc/hr		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi:							
Mobilisasi:							
Hasil (Outcome):							
▪ Febris		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Perdarahan		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Syok		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Sanitasi Imunisasi	Kontrol poliklinik		
Varians:		.....	.....	.....	.....	.....	.....
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	Demam Berdarah Dengue	A 91	▪ Visite/Konsul: Anamnesis	89.0		
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪ Visite/Konsul: P. Fisik	89.7		
.....	.....	.....	.....	▪ Pemeriksaan mikroskop darah	90.5		
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪ Pemasangan IVFD	99.2		
.....	.....	.....	.....	▪ Foto toraks RLD	87.44		

Diagram 26. Pediatrics Clinical Pathways for Dengue Hemorrhagic Fever<sup>12</sup> (in Indonesian language).

<sup>12</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006.

There are 62 Clinical Pathways from 8 specialist department and had been implemented in the hospital and other 106 Clinical Pathways in printing from the rest of department (Diagram 27).

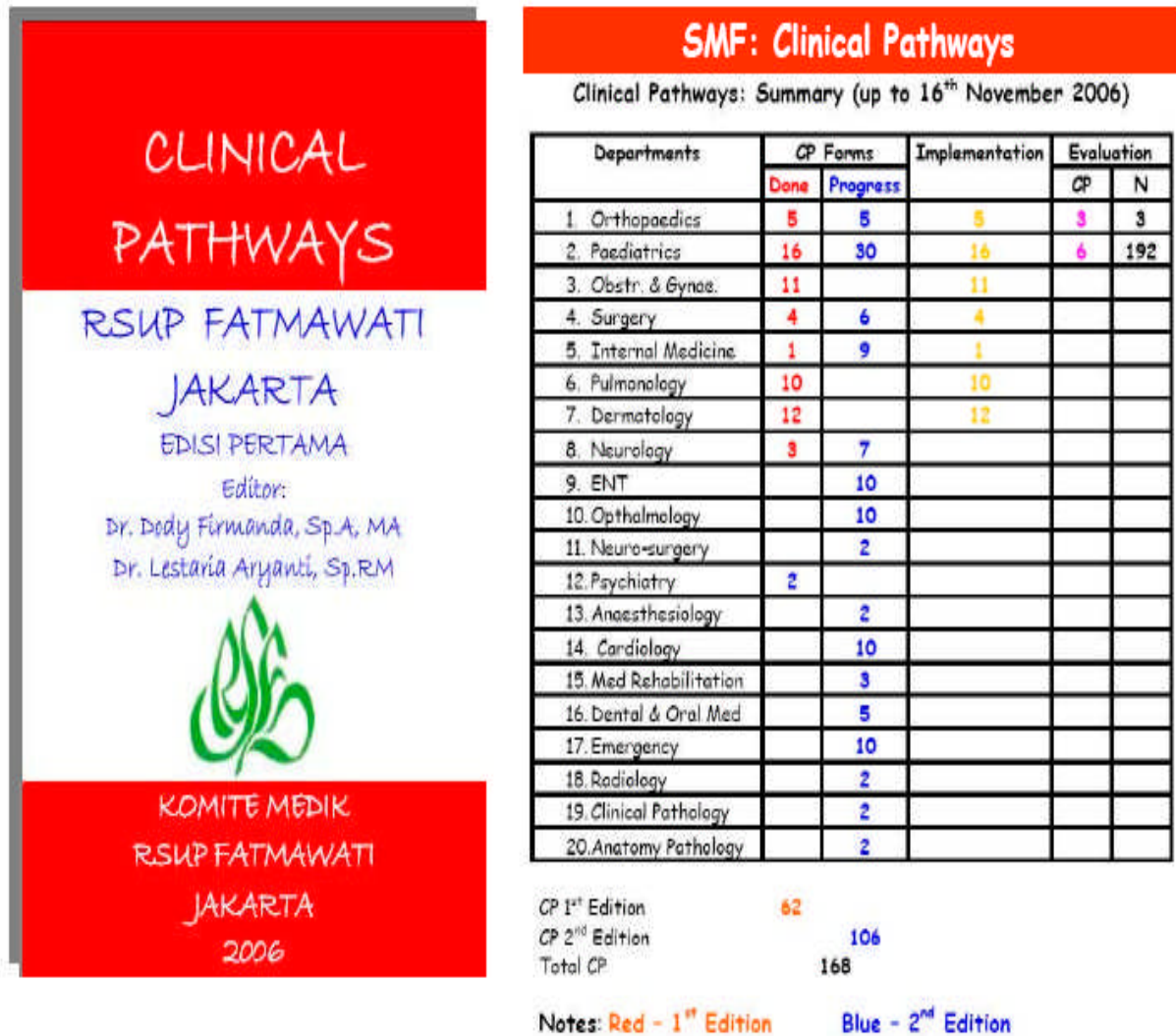


Diagram 27. Summary of Clinical Pathways in Fatmawati Hospital.

The Clinical Pathways as a tool for entry point for medical audits, clinical risks management/patient safety, cost efficiency, teaching medical students/residents and even for conducting research in hospital as shown in next diagram for examples.



**IMPLEMENTATION OF CLINICAL PATHWAYS for NEWBORN:  
IN PURSUE OF QUALITY AND COST CONTROL  
FOR DRG CASEMIX SYSTEM**

Gunawan Sugiarto and Dody Firmanda

Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital, Jakarta.

**INTRODUCTION**

There are 16 Pediatrics Clinical Pathways developed and implemented in Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital Jakarta for improving medical services and cost efficiency.

**OBJECTIVES**

To know:

- Usefulness of Clinical Pathways' Form for Newborn
- Newborn anthropometry
- Average length of stays
- Financial costs
- Variances that might occurs

**METHODS**

- Cross Sectional, Oct to Dec 2007
- 2<sup>nd</sup> Class Ward Department of Pediatrics
- Anthropometry and Final Costs.
- Risks Management and Medical Audits
- Surveillance for Hospital Infection

**RESULTS:**

Table 1. Anthropometry of Newborn

	Birth Weight (gram) <sup>a</sup> (mean ± SE)	Length (cm) <sup>b</sup> (mean ± SE)	Head Circumference (cm) <sup>c</sup> (mean ± SE)
Male n : 34 (57.6%)	3 070.59 ± 88.24	49.09 ± 0.36	33.62 ± 0.19
Female n : 25 (42.4%)	2 908 ± 35.31	48.04 ± 0.51	33.20 ± 0.16

Note: There is no statistics difference in the anthropometry for both sexes.  
<sup>a</sup> Mean Difference = 182.59 SEM = 103.71 t = 1.57 p > 0.05 95% CI = - 44.83 to 370.01  
<sup>b</sup> Mean Difference = 1.05 SEM = 0.62 t = 1.68 p > 0.05 95% CI = - 0.20 to 2.30  
<sup>c</sup> Mean Difference = 0.42 SEM = 0.34 t = 1.23 p > 0.05 95% CI = - 0.26 to 1.10

**CONCLUSIONS:** Clinical Pathways might useful for evaluating quality services, estimating hospital cost, teaching and research in medicine.

- 59 newborns: 37 (62.7%) spontaneous, 21 (35.6%) SC, and 1 (1.7%) EV delivery.
- **ALOS** 3.11 ± 0.09 days  
95% CI: 2.94 to 6.06 days.
- **Costs** Rp 761 894.64,- ± 34 282.27,-  
95% CI: Rp 693 330.11,- to Rp 1 455 224.75,- (Rooms 18.9%, Doctors 15.9%, Laboratory 11.1%, Procedures 54.1%).
- **Patient Safety:** There is no medical errors (active and latent), hospital infection and litigation.

Diagram 29. A research result for evidence-based practice - Implementation of Pediatrics Clinical Pathways for Newborn - with medical audit, clinical risks management, patient safety, practice guidelines, drugs formulary, HAI Surveillance and hospital cost-analysis.

## What Next .....

We are in Medical Committee is still working to design a workable and achievable that might suit to our hospital condition to 'patch-in' the agenda of **Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007** from WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Joint Commission and Joint Commission International. Those nine patient safety solutions are:

1. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names
2. Patient Identification
3. Communication During Patient Hand-Overs
4. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site
5. Control of Concentrated Electrolyte Solutions
6. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care
7. Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections
8. Single Use of Injection Devices
9. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection

To be integrated into our Medical Committee's Quality System (Clinical Governance) as in Diagram 30

### Next Tasks.....

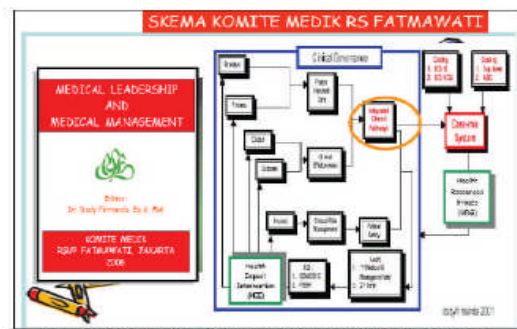


Sumber 1. Agenda Nine Patient Safety Solutions dari WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International.<sup>8</sup>

1. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names
2. Patient Identification
3. Communication During Patient Hand-Overs
4. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site
5. Control of Concentrated Electrolyte Solutions
6. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care
7. Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections
8. Single Use of Injection Devices
9. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection



Gambar 5. Beberapa panduan dan pedoman Komite Medik RSUP Fatmawati



Gambar 4. Skema Clinical Governance Komite Medik RSUP Fatmawati

Diagram 30. Integrating and 'patch-in' the agenda of **Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007** into Fatmawati Hospital Medical Committee's Quality System.

.....Dody Firminda, Jakarta 13<sup>th</sup> June 2007.....

## Komite Medik Rumah Sakit - Fungsi dan Peran dalam perkembangan rumah sakit<sup>#</sup>

Dr. Dody Firmada, Sp.A, MA  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati, Jakarta.

### Pendahuluan

Peran dan fungsi Komite Medik di rumah sakit adalah menegakkan etik dan mutu profesi medik.<sup>1,2</sup> Yang dimaksud dengan etik profesi medik disini adalah mencakup Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)<sup>3</sup>, Kode Etik Penelitian Kedokteran Indonesia (untuk saat ini dapat diadopsi dan digunakan Kode Etik Penelitian yang dipakai oleh institusi pendidikan)<sup>4</sup> dan untuk rumah sakit pendidikan ditambah dengan Kode Etik Pendidikan Kedokteran Indonesia (untuk sementara ini bagi profesi medik dapat mengacu kepada KODEKI).<sup>4</sup>

Sedangkan istilah *mutu profesi medik* itu sendiri dapat ditinjau dari berbagai sudut yang berbeda tergantung dari nilai pandang (perspektif) dan norma norma yang berlaku serta disepakati secara konsensus. Dapat ditinjau dari segi profesi medis, perawat, manajer, birokrat maupun konsumen pengguna jasa pelayanan sarana kesehatan (*Quality is different things to different people based on their belief and norms*).<sup>5</sup>

WHO Executive Board pada tanggal 18 Januari 2002 telah mengeluarkan suatu resolusi tentang **mutu** yang berorientasi pada **keselamatan/keamanan**

---

<sup>#</sup> Disampaikan pada *Refreshing Course Revitalisasi Komite Medik Rumah Sakit*, diselenggarakan oleh Lembaga Pengembangan Sumberdaya Kesehatan (LPSK), Hotel Aston Atrium Senen, Jakarta 6-7 Juli 2007.

<sup>1</sup> Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/SK/Menkes/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah sakit.

<sup>2</sup> Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Nomor HK 00.06.1.4.2895 tanggal 23 Mei 2007 tentang Fungsi, Tugas dan Wewenang Komite Medis di Rumah Sakit.

<sup>3</sup> Undang Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 8 huruf f dan penjelasannya.

<sup>4</sup> Komunikasi pribadi dengan Prof. DR. Dr. FA. Moeloek, Sp. OG (Ketua Konsil Kedokteran) Rabu 16 Mei 2007.

<sup>5</sup> Adams C, Neely A. The performance prism to boost success. *Measuring Health Business Excellence* 2000; 4(3):19-23.



**pasien (*patient safety*)** dengan membentuk program manajemen resiko yang terdiri dari 4 aspek utama yakni: <sup>6,7,8</sup>

1. *"Determination of global norms, standards and guidelines for definition, measurement and reporting in taking preventive action, and implementing measures to reduce risks;*
2. *Framing of Evidence-based Policies in global standards that will improve patient care with particular emphasis on such aspects as product safety, safe clinical practice in compliance with appropriate guidelines and safe use of medical products and medical devices and creation of a culture of safety within healthcare and teaching organisations;*
3. *Development of mechanism through accreditation and other means, to recognise the characteristics of health care providers that over a benchmark for excellence in **patient safety** internationally;*
4. *Encouragement of research into **patient safety**."*

Pada awal Mei 2007 *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Commission* dan *Joint Commission International* di Geneva telah meluncurkan suatu agenda mengenai *patient safety* yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007* sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 1 berikut.<sup>9</sup> Kesembilan unsur dalam agenda tersebut terdiri dari:

1. *Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*
2. *Patient Identification*
3. *Communication During Patient Hand-Overs*
4. *Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*
5. *Control of Concentrated Electrolyte Solutions*
6. *Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*
7. *Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*
8. *Single Use of Injection Devices*
9. *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection*

---

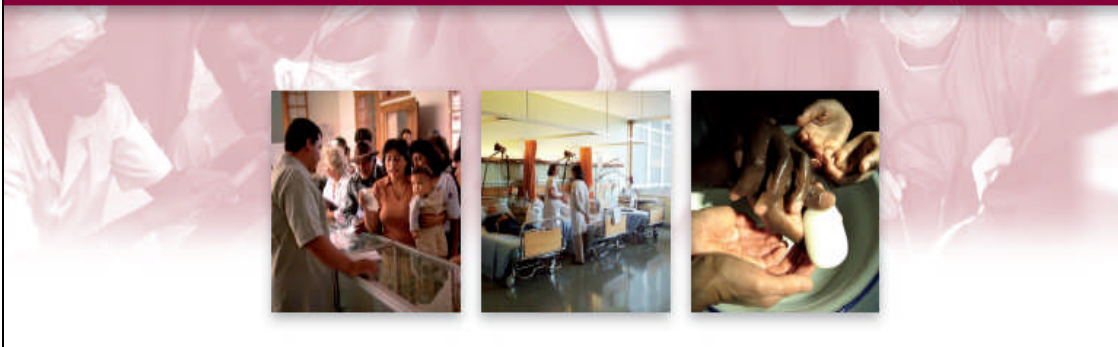
<sup>6</sup> US Department of Health and Human Services. US and UK sign agreements to collaborate on health care quality. 10 October 2001.

<sup>7</sup> World Health Organization. World Health Organization Executive Board Resolution EB109.R16, 18 January 2002.

<sup>8</sup> Donaldson L. Championing patient safety: going global – a resolution by the World Health Assembly. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:112.

<sup>9</sup> WHO Collaborating for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International. *Patient Safety Solutions – Preamble May 2007*

## Patient Safety Solutions Preamble - May 2007



Gambar 1. Agenda *Nine Patient Safety Solutions* dari *WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International*.<sup>9</sup>

Pada pertemuan tanggal 20-22 Juni 2007 *WHO SEARO Regional Meeting and Workshop on Patient Safety* di Bangkok telah meluncurkan kegiatan *Clean Care is Safe Care* untuk seluruh anggotanya. Negara India meluncurkan kegiatan tersebut bulan Juli 2006, diikuti Thailand 20 Juni 2007 dan selanjutnya negara kita Indonesia akan meluncurkan kegiatan tersebut pada 16-17 Juli 2007 yang akan datang di Jakarta.<sup>10</sup>

Dalam makalah ini akan dibahas mengenai struktur, fungsi dan peran Komite Medik RSUP Fatmawati dalam upaya meningkatkan mutu profesi secara sistem dan individu profesi serta langkah langkah antisipasi dalam rangka penerapan Undang Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan program keselamatan pasien (*patient safety*) dari *WHO Executive Board 2002*<sup>7</sup> dan *WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International. Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007*.<sup>9</sup>

<sup>10</sup> Firmanda D. Empowering medical professions toward quality through medical quality system (clinical governance) and clinical pathways in Fatmawati Hospital. Presented in WHO SEARO Regional Meeting and Workshop on Patient Safety, Bangkok 20-22 June 2007.

## Struktur Komite Medik Rumah Sakit

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 631/SK/Menkes/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah sakit,<sup>1,2</sup>

**Komite Medik** adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medis dan atau yang mewakili. **Sub Komite** adalah kelompok kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota Sub Komite terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*. Komite Medik sekurang kurangnya terdiri dari beberapa Sub komite antara lain Sub Komite .

### Prinsip-prinsip pengorganisasian :

1. Dokter yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis,
2. Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya,
3. Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter, ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.

Mengingat keadaan rumah sakit di Indonesia yang sangat bervariasi, dan kadang-kadang menimbulkan kesulitan dalam pembentukan kelompok staf medis maka beberapa cara yang bisa dilakukan dalam pembentukan kelompok staf medis sebagai berikut :

#### a. RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas Pratama

RSUD Pemerintah kelas D dan RS Swasta kelas pratama, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar. Karena itu jumlah dan jenis dokter spesialis sangat terbatas. Mengingat ketentuan kelompok staf medis minimal harus terdiri dari 2 (dua) orang dokter maka RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas pratama minimal harus mempunyai 2 (dua) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis bedah dan kelompok staf medis non bedah.

b. RSUD Pemerintah kelas C dan RSUD Swasta kelas Madya.

RSUD Pemerintah Kelas C dan RSUD Swasta kelas madya adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar yang meliputi spesialis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan dan bedah. Dengan adanya kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar tersebut maka kelompok staf medis yang harus dipunyai adalah 4 (empat) yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, dan bedah. Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

c. RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama.

RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan subspecialistik terbatas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas B atau RSUD Swasta kelas Utama minimal harus mempunyai 11 (sebelas) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, bedah, anesthesi, tenggorokan dan kulit, radiologi, pathologi klinik, psikiatri/neurologi, kulit dan kelamin, mata, telinga hidung dan tenggorokan. Pembentukan kelompok medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

d. RSUD Pemerintah kelas A

RSUD kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik luas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas A minimal harus mempunyai kelompok staf medis sebagai berikut: kelompok staf medis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, kesehatan anak, telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anesthesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi. Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

#### e. Rumah Sakit Pendidikan.

RS Pendidikan adalah rumah sakit umum pemerintah kelas A dan kelas B, rumah sakit khusus pemerintah dan rumah sakit umum swasta kelas Utama yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis oleh fakultas Kedokteran. Tenaga dokter di RS Pendidikan pada umumnya cukup banyak dari segi jumlah maupun jenis spesialisasi dan sub spesialisasi. Karena itu kelompok staf medis di RS Pendidikan dapat terdiri dari kelompok staf medis dokter spesialis dan kelompok staf medis dokter subspecialis sesuai kebutuhan. Staf pengajar dengan status kepegawaian dari Fakultas Kedokteran wajib dimasukkan kedalam kelompok staf medis apabila staf pengajar tersebut memberikan pelayanan medis kepada pasien baik secara langsung maupun sebagai konsultan.

#### **Struktur Organisasi**

Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis atau yang mewakili. Komite Medik mempunyai otoritas tertinggi didalam pengorganisasi staf medis. Didalam struktur organisasi rumah sakit pemerintah, Komite Medik berada dibawah Direktur rumah sakit, sedangkan didalam struktur organisasi rumah sakit swasta, Komite Medik bisa berada di bawah Direktur rumah sakit atau dibawah Pemilik dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.

Susunan Komite Medik terdiri dari :

- a. Ketua,
- b. Wakil Ketua,
- c. Sekretaris
- d. Anggota

#### **a. Ketua Komite Medik :**

1. Dipilih secara demokratis oleh ketua ketua kelompok staf medis.
2. Surat Keputusan Pengangkatan Ketua Komite Medik tergantung posisi Komite Medik di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medik dibawah Direktur RS maka Surat Keputusan pengangkatan Ketua Komite Medik oleh Direktur RS, Komite Medik sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Ketua Komite Medik oleh Pemilik RS.
3. Ketua Komite Medik memilih Sekretaris Komite Medik.

4. Ketua Komite Medik dapat menjadi Ketua dari salah satu Ketua Sub Komite.

5. Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik sebagai berikut :

- a. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- b. Mengusai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- c. Peka terhadap perkembangan perumahnya;
- d. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
- f. Mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi.

**b. Wakil Ketua Komite Medik :**

1. Bisa dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
2. Surat Keputusan Pengangkatan Wakil Ketua Komite Medik tergantung posisi Komite Medik di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medik dibawah Direktur RS maka SK pengangkatan oleh Direktur RS, Komite Medik sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Wakil Ketua Komite Medik oleh Pemilik RS.
3. Wakil Ketua Komite Medik dapat menjadi Ketua Sub Komite.

**c. Sekretaris :**

1. Sekretaris Komite Medik dipilih oleh Ketua Komite Medik
2. Sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang dokter purna waktu.
3. Rumah sakit dengan jumlah dokter terbatas maka sekretaris Komite Medik dapat dipilih dari salah satu anggota Komite Medik.
4. Sekretaris Komite Medik dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
5. Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi (staf sekretariat) purna waktu.

**d. Anggota Komite Medik**

Anggota Komite Medik terdiri dari semua Ketua kelompok staf medis.

**Pembentukan Komite Medik**

1. Pembentukan Komite Medik rumah sakit Pemerintah ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.

2. Pembentukan Komite Medik di RS Swasta ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur rumah sakit apabila Komite Medik dibawah Direktur rumah sakit dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Pemilik rumah sakit/*Governing Board* apabila Komite Medik dibawah Pemilik rumah sakit dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.
3. Mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah Sakit.

### **Fungsi Komite Medik.**

Fungsi Komite Medik adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis sedangkan staf medis adalah pelaksana pelayanan medis.

Fungsi Komite Medik secara rinci sebagai berikut :

1. Memberikan saran kepada Direktur RS/Direktur Medik.
2. Mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis.
3. Menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, karena itu dibawah Komite Medik perlu dibentuk Sub Komite Etik. (Untuk menangani masalah etik dalam bidang lain sebaiknya rumah sakit membentuk Komite Etik tersendiri di luar Komite Medik).
4. Menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di rumah sakit.

### **Tugas Komite Medik.**

1. Membantu Direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya.
2. Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi.
3. Mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
4. Membantu Direktur rumah sakit menyusun *medical staff bylaws* dan memantau pelaksanaannya.
5. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *mediko-legal*.
6. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *etiko-legal*.
7. Melakukan koordinasi dengan Direktur Medik dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis.
8. Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.

9. Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat (*drug usage*), farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *tissue review*, *mortalitas* dan *morbiditas*, *medical care review/peer review/audit* medis melalui pembentukan sub komite-sub komite
10. Memberikan laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit dan atau pemilik rumah sakit.

### **Wewenang Komite Medik**

1. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis.
2. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
3. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medik.
4. Monitoring dan evaluasi efesiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit.
5. Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
6. Membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penggulungan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya.
7. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

### **Tanggung Jawab Komite Medik**

Tanggung jawab Komite Medik adalah terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis. Tanggung jawab Komite Medik kepada :

1. **RS Pemerintah** : Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
2. **RS Swasta** : Ketua komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit dan/atau Pemilik Rumah Sakit sesuai posisi Komite Medik di dalam struktur organisasi Rumah Sakit.



### **Kewajiban Komite Medik**

Komite Medik mempunyai kewajiban sebagai berikut :

1. Menyusun peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*).
2. Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/adminitrasi dan bidang kelimuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi.
3. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik.
4. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

### **Masa Kerja Komite Medik**

Masa kerja Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.

### **Tata Kerja Komite Medik**

**Tata kerja Komite Medik secara Administratif :**

1. Rapat rutin Komite Medik dilakukan minimal 1 kali 1 bulan
2. Rapat Komite Medik dengan semua kelompok staf medis dan atau
3. dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1(satu) kali 1 (satu) bulan
4. Rapat Komite Medik dengan Direktur RS/Direktur Medik dilakukan minimal 1 (satu) kali satu bulan
5. Rapat darurat, diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai kebutuhan.
6. Menetapkan tugas dan kewajiban sub komite, termasuk pertanggung jawabannya terhadap suatu program

**Tata kerja secara teknis :**

1. Mengkaitkan perjanjian kerja dokter di rumah sakit dengan kewenangan Komite Medik sebagai peer profesi medik di rumah sakit
2. Menjabarkan hubungan antara Komite Medik sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan rumah sakit.
3. Koordinasi antara Komite Medik dengan pengelola rumah sakit dalam menangani masalah tenaga dokter serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar seperti perkumpulan profesi dan pihak lain non profesi seperti kepolisian dan jajaran hukum.

### **Sumber Daya**

Untuk memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi Komite Medik dan kelompok staf medis dan ada tenaga administrasi penuh waktu yang dapat membantu Komite Medik dan kelompok staf medis. Biaya operasional Komite Medik dibebankan pada anggaran rumah sakit.

### **SUB KOMITE**

Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medik dibantu oleh sub komite. Sub Komite dibentuk disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Sub komite tersebut dapat terdiri dari :

1. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis
2. Sub Komite Kredensial
3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
4. Sub Komite lainnya yang dianggap perlu, antara lain Sub Komite Farmasi dan Terapi, Sub Komite Rekam Medis dan Sub Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial, Sub Komite Transfusi Darah, dan lain-lain.

### **Struktur Organisasi Sub Komite:**

1. Susunan Sub Komite terdiri dari Ketua merangkap anggota, Sekretaris merangkap anggota dan Anggota.
2. Ketua Sub Komite dapat salah seorang Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medik.

### **Tata Kerja Sub Komite**

1. Sub Komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit atas usul Ketua Komite Medik setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
2. Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite agar menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja.
3. Sub Komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada Komite Medik. Laporan akhir tahun antara lain berisi evaluasi kerja selama setahun dan rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.
4. Sub Komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
5. Biaya operasional dibebankan kepada anggaran rumah sakit.

Rincian komposisi, fungsi, tugas, wewenang dan tanggungjawab masing masing sub komite sebagai berikut :

**1. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis**

- a. **Komposisi** : Terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris dan anggota. Apabila RS mempunyai Komite Peningkatan Mutu RS maka Ketua Sub Komite Mutu Pelayanan Medis wajib menjadi anggota dalam Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit.
- b. **Fungsi** : Melaksanakan kebijakan Komite Medik Di Bidang Mutu Profesi Medis
- c. **Tugas** :
  - i. Membuat rencana kerja/program kerja
  - ii. Melaksanakan rencana kerja/jadwal kegiatan
  - iii. Membuat panduan mutu pelayanan medis
  - iv. Melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis
  - v. Menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome.
  - vi. Melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu RS.
  - vii. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- d. **Wewenang** :
  - i. Melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis
  - ii. secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- e. **Tanggung Jawab** : Bertanggung jawab kepada Komite Medik.

**2. Sub Komite Kredensial**

- a. **Komposisi** : Terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota. Anggota Sub Komite Kredensial adalah wakil dari kelompok staf medis dan/atau yang mewakili
- b. **Fungsi** : melaksanakan kebijakan komite medik di bidang kredensial profesi medis
- c. **Tugas** :
  - i. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.

- ii. Membuat Rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit.
  - iii. Membuat laporan kepada Komite Medik apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.
  - iv. Melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja.
  - v. Membuat rencana kerja Sub Komite Kredensial.
  - vi. Melaksanakan rencana kerja Sub Komite Kredensial.
  - vii. Menyusun tata laksana dan instrumen kredensial,
  - viii. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan,
  - ix. Membuat laporan berkala kepada Komite Medik.
- d. **Wewenang** : Melaksanakan kegiatan keredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan
- e. **Tanggung Jawab** : Bertanggung jawab kepada Komite Medik

### 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Etika profesi terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, karena itu etika profesi merupakan dilema norma internal, sedangkan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi.

- a. **Komposisi** : Sub Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota yang dipilih dari anggota Kelompok Staf Medis.
- b. **Fungsi** : Melaksanakan kebijakan Komite Medik dibidang etika dan disiplin profesi medis.
- c. **Tugas** :
  - i. Membuat rencana kerja.
  - ii. Melaksanakan rencana kerja.
  - iii. Menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi.
  - iv. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi.
  - v. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika

- vi. Melakukan koordinasi dengan komite etik rumah sakit
- vii. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala

d. **Wewenang :**

- i. Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi
- ii. kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektor dan
- iii. lintas fungsi sesuai kebutuhan.

e. **Tanggung Jawab :** Bertanggung jawab kepada Komite Medik.

### **STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)**

Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis sebagaimana tersebut diatas ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medik. Dalam surat keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya. Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.

Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme/SOP yang disusun oleh Komite Medik. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medik dan pimpinan rumah sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai maka penetapan sebagai Ketua kelompok staf medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit. Tugas Ketua kelompok staf medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinannya. Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individual untuk masing masing dokter.

Pengorganisasian kelompok staf medis bukan berarti "*self-governing*" dengan merasa mempunyai otonomi, tetapi yang diharapkan adalah "*self governing*" dalam melakukan "*self control*" dan "*self discipline*". Perlu diatur hubungan kerja Ketua kelompok staf medis dengan Direktur RS dan Direktur Medik/Penanggung Jawab Pelayanan Medis sehingga terjadi transparansi dalam melaksanakan kegiatan. Pada prinsipnya secara administrasi staf medis dibawah Direktur rumah sakit. Namun secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua kelompok staf medis.

### **Fungsi Staf Medis.**

Staf medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

### **Tugas Staf Medis .**

1. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit peningkatan dan pemulihan
2. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/ pelatihan berkelanjutan
3. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan
4. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

### **Kewenangan**

Kewenangan masing-masing anggota kelompok staf medis disusun oleh Ketua kelompok staf medis dan kemudian diusulkan oleh Ketua Komite Medik kepada Direktur RS untuk dibuatkan surat keputusannya.

### **Tanggung jawab.**

Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis. Tanggung jawab tersebut sebagai berikut :

1. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit yang diatur dalam *Medical Staf Bylaws* rumah sakit. Penempatan dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.
2. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif. Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*.
3. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS atau pemilik rumah sakit terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit yang diatur dalam

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit. Penempatan ulang dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.

4. Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*continuing professional development*" (CPD). Masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya .
5. Memberikan masukan kepada Direktur RS melalui Ketua Komite Medik, hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran. Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur medis/Direktur RS mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru, dan lain-lain.
6. Memberikan laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Medis/Direktur RS Kelompok staf medis diharapkan dapat memberikan laporan secara teratur minimal satu tahun sekali kepada Direktur RS/Direktur Medis melalui Komite Medik. Laporan tersebut antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain.
7. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya. Standar prosedur operasional dan dokumen terkait lainnya perlu disempurnakan secara berkala sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi.

### **Kewajiban**

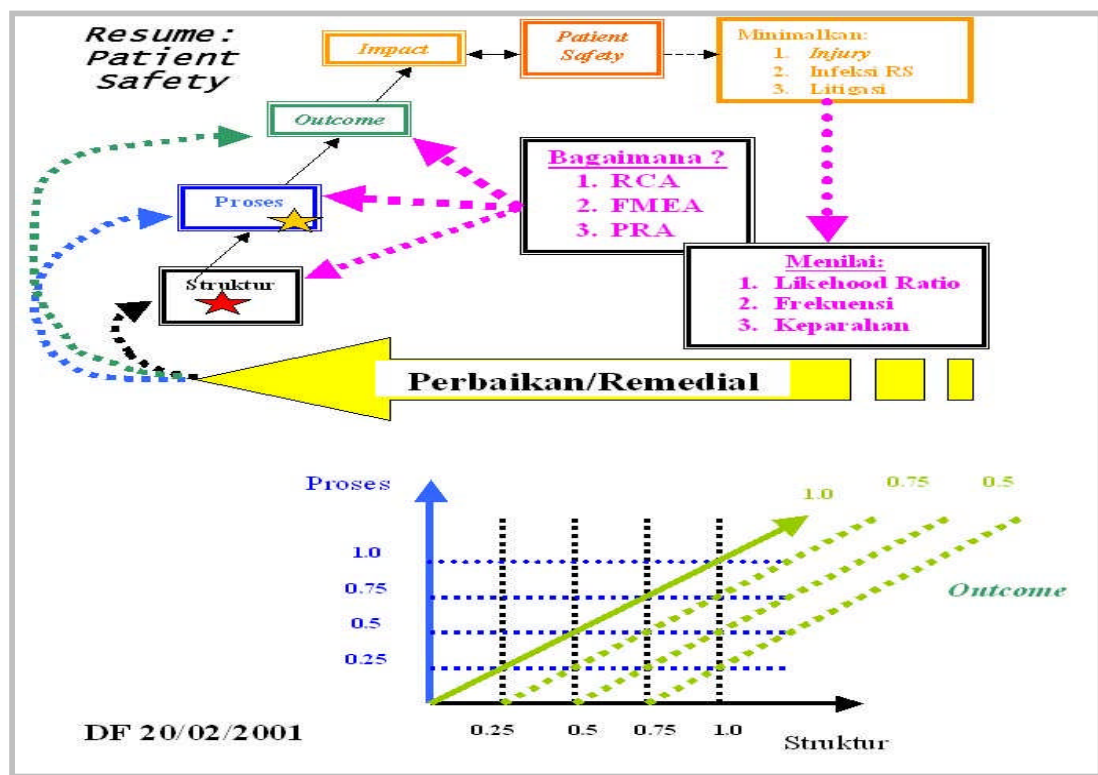
1. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :
  - a. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain.
  - b. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Direktur Rumah Sakit/Direktur Medis.

- c. Standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan/keprofesian adalah standar pelayanan medis. Masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis minimal untuk 10 jenis penyakit. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Komite Medik
2. Menyusun indikator mutu klinis: Masing-masing kelompok staf medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis Indikator mutu *output* atau *outcome*.
  3. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

## IMPLEMENTASI PERAN KOMITE MEDIK

### Kerangka Konsep *Patient Safety* Komite Medik RSUP Fatmawati

Melalui sidang pleno<sup>11</sup> Komite Medik telah diajukan dan ditetapkan tentang Konsep *Patient Safety* yang diimplementasikan di rumah sakit (Gambar 2).

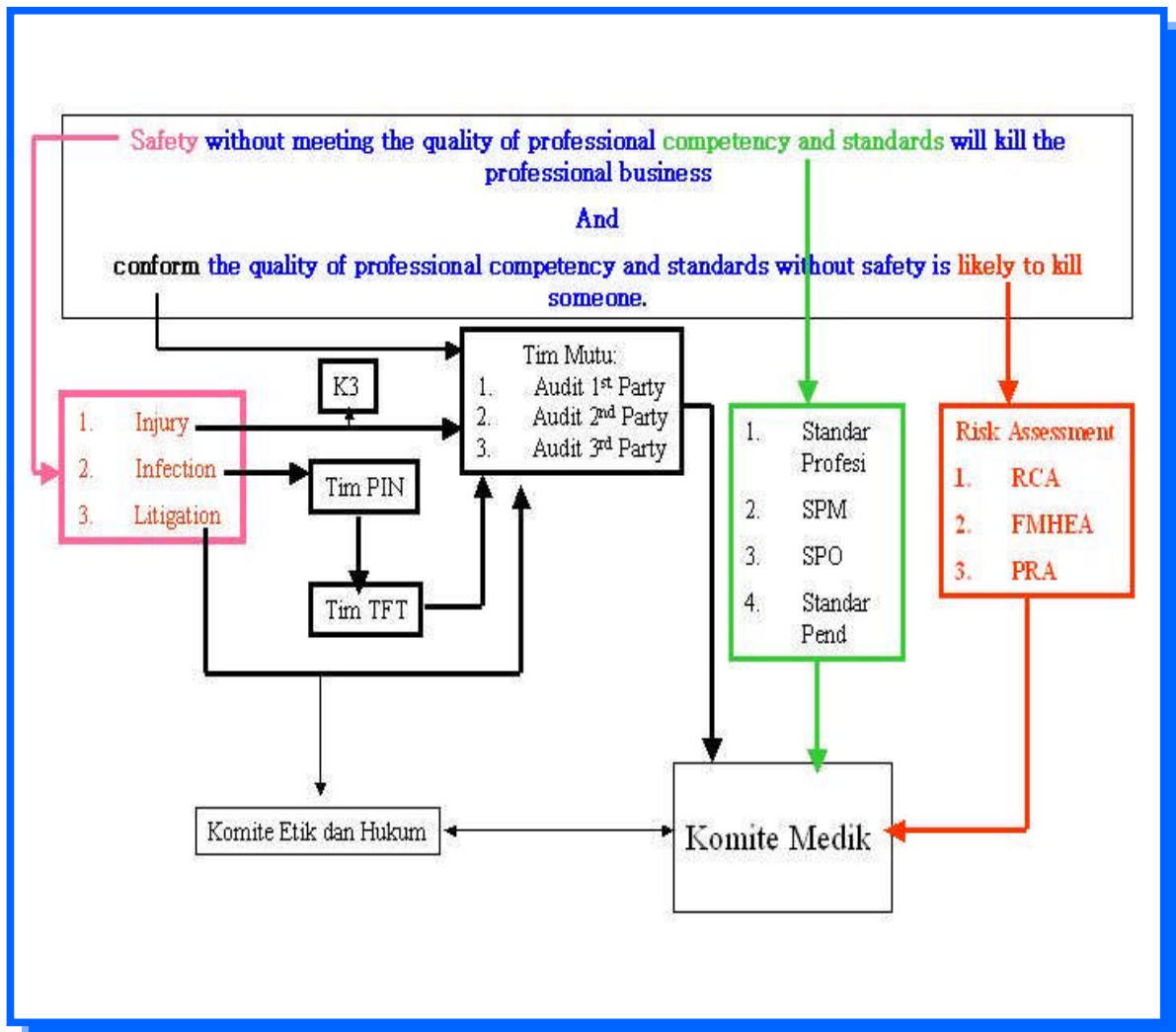


Gambar 2. Kerangka Konsep *Patient Safety* Komite Medik RSUP Fatmawati

<sup>11</sup> Sidang Pleno Komite Medik adalah rapat rutin tertinggi dalam mekanisme pengambilan keputusan kebijakan untuk profesi medis yang diadakan setiap hari Senin jam 12.30-13.30 dan dihadiri oleh seluruh Ketua SMF serta dipimpin oleh Ketua Komite Medik (Lihat Sistem Komite Medik RSUP Fatmawati 2003).



*Impact* dalam kerangka konsep tersebut terdiri dari 3 aspek yang terukur yakni cedera (*injury*), infeksi nosokomial dan tuntutan litigasi (perdata dan pidana). Dalam implementasi di rumah sakit harus dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi - dipersiapkan mulai dari tingkat sistem sampai tingkat individu profesi sebagaimana dalam Gambar 3 berikut.

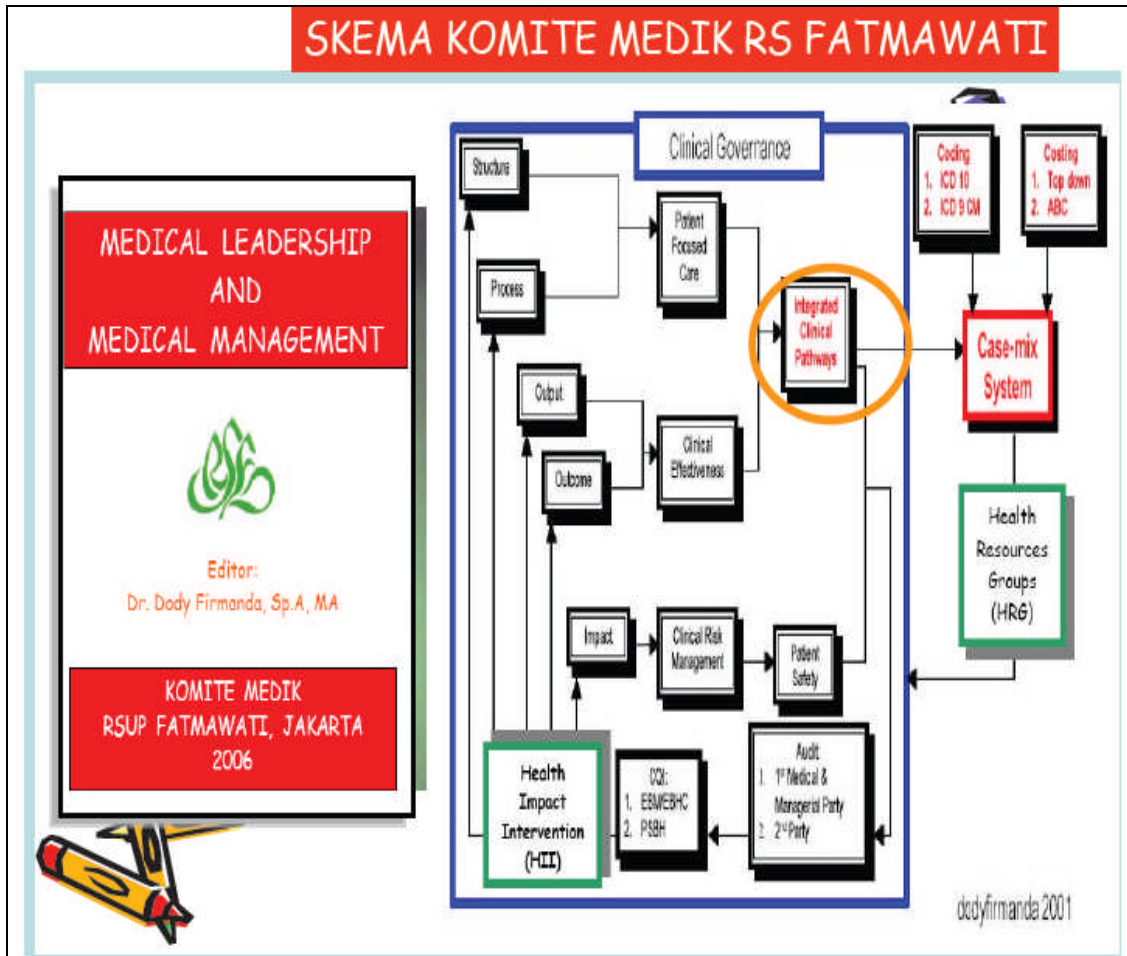


Gambar 3. Alur pembagian tugas dalam rangka *Patient Safety* di rumah sakit.

Sesuai dengan kewenangan Komite Medik di rumah sakit, agak sulit untuk menilai kepastian kompetensi seorang profesi - terutama untuk profesi yang banyak mengandalkan ketrampilan dan tergantung kepada fasilitas peralatan medis. Bila sarana/fasilitas peralatan rumah sakit tersebut tidak atau kurang memadai untuk menunjang kinerja (*performance*) profesi, maka selain ketrampilan klinis profesi itu sendiri akan berkurang bahkan hilang dan bila

tetap 'dipaksakan' dengan fasilitas yang tidak sesuai dan memadai; maka dengan secara langsung akan meningkatkan risiko ketidakamanan pasien (*insecure of patients safety*) di rumah sakit dan risiko akan litigasi meningkat. Jenis *medical errors* seperti ini dapat dikategorikan sebagai *latent errors* atau *system errors* dan dengan sendirinya akan terjadi *active errors*. Bila ini terjadi, maka filosofi tujuan dasar dari Undang Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran - yakni melaksanakan praktik kedokteran yang memberikan *perlindungan dan keselamatan pasien* tidak akan terwujud. Bila keadaan ini terus berlanjut tanpa ada upaya perbaikan dan peningkatan fasilitas serta kompetensi sesuai dengan standar, maka secara keseluruhan rentetan ini sudah menjadi suatu *system failure* yang kelak sangat sulit untuk dapat *survive* dan berkembang dalam rangkaantisipasi modus keempat dari perjalanan globalisasi WTO yang telah diratifikasi.

Dalam **implementasinya** Komite Medik RSUP Fatmawati membuat skema sistem *Clinical Governance* sebagaimana dalam Gambar 4 dan mempersiapkan berbagai panduan serta pedoman sebagaimana dalam Gambar 5 berikut.



Gambar 4. Skema Clinical Governance Komite Medik RSUP Fatmawati



Gambar 5. Beberapa panduan dan pedoman Komite Medik RSUP Fatmawati

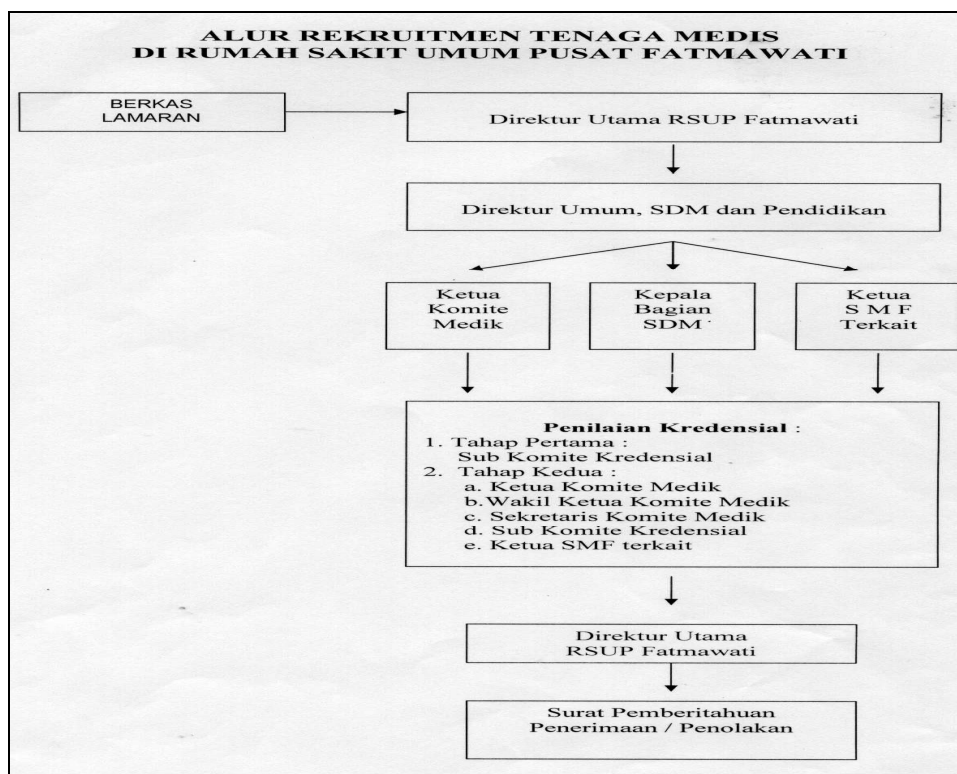
Dalam **menilai risiko klinis** yang telah dan akan terjadi secara sistem Komite Medik RSUP Fatmawati membuat Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risks Management*) dengan langkah langkah sebagaimana dalam Gambar 6.

Sedangkan untuk tingkat individu profesi medis, mulai dari **proses rekrutmen** penerimaan dokter sampai kepada tingkat *individual performance* pelaksanaan praktik kedokteran sehari hari di rumah sakit. Adapun alur rekrutmen tenaga medis dapat dilihat dalam Gambar 7 dari Lampiran Prosedur tentang Penilaian Kredensial Tenaga Medis di RSUP Fatmawati.<sup>12</sup> **Kebutuhan dan kriteria** akan tenaga medis di setiap SMF disesuaikan dengan hasil analisis dan rencana kebutuhan dari SMF serta dilakukan setiap tahun. Sebagaimana contohnya dapat dilihat dalam Gambar 8.

<sup>12</sup> RSUP Fatmawati Nomor Dokumen HK 00.07.1.143 tanggal 12 Mei 2003 revisi HK 00.07.1 484 tanggal 17 April 2007 tentang Prosedur Penilaian Kredensial Tenaga Medis di RSUP Fatmawati.



Gambar 6. Langkah langkah Manajemen Risiko Klinis (*Clinical Risks Management*) Komite Medik RSUP Fatmawati.



Gambar 7. Mekanisme alur rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

ANALISIS KETENAGAAN SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI MARET 2006 :

*	GS	DL	NIS	PA	TS	DR	DF	LP	AR	RW	SE	ES	HR	SR
©	1957	1966	1963	1963	1962	1961	1959	1958	1954	1953	1951	1950	1949	1947
														
¥	49	40	43	43	44	45	47	48	52	53	55	56	57	59
©	2017	2026	2023	2023	2022	2021	2019	2018	2014	2013	2011	2010	2009	2007

\*: Nama    ©: tahun lahir    ¥: usia pada tahun 2005    ©: tahun pensiun dengan usia 60 tahun

RENCANA KEBUTUHAN TENAGA SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI:			
Tahun	Batuh	Untuk	Kriteria:
2006	1 SpA	NICU/PICU	Laki laki dan usia < 40 tahun
2008	1 SpA	Nefiologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2009	1 SpA	Kardio-pulmonologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2010	1 SpA	Endokrinologi	Laki laki dan usia < 40 tahun
2011	1 SpA	Hemato-Onkologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2013	1 SpA	Perinatologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2014	1 SpA	Neurologi	Perempuan dan usia < 40 tahun
2018	1 SpA	PICU/NICU	Perempuan dan usia < 40 tahun

Gambar 8. Contoh analisis dan kriteria kebutuhan tenaga medis di salah satu SMF di RSUP Fatmawati untuk tahun 2006 sampai dengan tahun 2018.

Rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati terdiri dari 2 tahap yakni (Gambar 9):

1. Tahap pertama terdiri dari 2 ujian:
  - a. Tes Psikometrik MMPI-2
  - b. Tes Kepribadian
2. Tahap Kedua : Penilaian kompetensi profesi dan etika profesi kedokteran.

Hasil dari kedua tahap tersebut berupa Berita Acara dan Rekomendasi yang bersifat rahasia sebagai bahan pertimbangan penerimaan atau penolakan tenaga medis tersebut Gambar 10 dan 11.

6. ISI PROSEDUR.
  - 6.1. Penerimaan berkas Lamaran.
    - 6.1.1. Berkas lamaran ditujukan kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati .
    - 6.1.2. Direktur Utama RSUP Fatmawati membuat disposisi mengenai lamaran kepada Kepala Bagian Sumber Daya Manusia melalui Direktur Umum, SDM, dan Pendidikan RSUP Fatmawati, Ketua Komite Medik, Ketua Satuan Medik Fungsional terkait untuk proses.
    - 6.1.3. Ketua SMF terkait dan anggota akan mempelajari berkas lamaran tersebut sesuai dengan Sistem SMF terkait.
    - 6.1.4. Sub Komite Kredensial Komite Medik menjadwalkan Rapat Penilaian Kredensial terhadap Tenaga Medis (Dokter) di Ruang Rapat Komite Medik.
    - 6.1.5. Kepala Bagian Sumber Daya Manusia RSUP Fatmawati mempersiapkan bahan Rapat Penilaian Kredensial terhadap Tenaga Medis di Ruang Rapat Komite Medik.
  - 6.2. Penilaian Kredensial  
Penilaian Kredensial terdiri dari 2 tahap :
    - 6.2.1 Tahap pertama terdiri dari Ujian
      - 6.2.1.1 Test Psikometrik MMPI – 2
      - 6.2.1.2 Test Kepribadian.
    - 6.2.2 Tahap Kedua :  
Penilaian Kompetensi Profesi dan Etika Profesi Kedokteran.
  - 6.3 Pelaksanaan Kredensial :
    - 6.3.1 Tahap pertama dan kedua dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Medik RSUP Fatmawati.
    - 6.3.2 Tempat pelaksanaan Ruang Rapat Komite Medik RSUP Fatmawati.
    - 6.3.3 Peserta Penilaian :
      - 6.3.3.1 Tahap pertama :  
Pelamar dan Sub Komite Kredensial
      - 6.3.3.1 Tahap Kedua :  
Pelamar , Sub Komite Kredensial , Sekretaris Komite Medik, Ketua SMF terkait, Wakil dan Ketua Komite Medik.

Catatan :  
Sub Komite Kredensial , Ketua SMF terkait, Wakil dan Ketua Komite Medik mempunyai hak bicara dan suara.
  6. 4. Pelaksanaan Keputusan Rapat Penilaian Kredensial diambil secara musyawarah dan mufakat. Dalam hal yang tidak memungkinkan, keputusan dapat diambil dengan pemungutan suara **menurut suara terbanyak**.
  6. 5. Pembuatan **Berita Acara** Hasil Rapat Penilaian Kredensial dibuat oleh Sekretaris Komite Medik, ditanda tangani oleh peserta rapat yang hadir serta mengetahui Ketua Komite Medik.
  6. 6. Penyusunan **Rekomendasi** oleh Ketua Komite Medik untuk disampaikan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati dengan melampirkan Berita Acara Hasil Rapat Penilaian Kredensial di atas.

Gambar 9. Proses rekrutmen tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>

**BERITA ACARA**

Pada hari ini ..... Pukul ..... bertempat di ..... RSUP Fatmawati, telah dilakukan kredensial oleh Sub Komite Kredensial RSUP Fatmawati yang dihadiri oleh anggota Sub Komite Kredensial dan Ketua SMF Terkait, atas calon anggota Staf Medis Fungsional

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Dengan kesimpulan sebagai berikut :

.....  
.....

Jakarta, .....

Sub Komite Kredensial

Ketua

Sekretaris

Dr. Syafruddin, SpTHT

Dr. Mariyatul Choriah, SpKJ

Penilai :

1. Ketua Komite Medik .....
2. Wakil Ketua Komite Medik .....
3. Ketua Sub.Komite Etik .....
4. Dr. Dyah Sri Puspitaningsih, SpR .....
5. Dr. Bambang Nugroho, SpOT .....
5. Ketua SMF Terkait .....

Gambar 10. Berita Acara Penilaian Kredensial tenaga medis di RSUP Fatmawati.<sup>11</sup>



**REKOMENDASI  
(RAHASIA)**

Berdasarkan hasil Kredensial hari ..... dengan ini Ketua Komite Medik RSUP Fatmawati menerangkan bahwa :

Nama :  
NIP :  
Pangkat / golongan :  
Tempat & tgl. Lahir :  
Riwayat Pendidikan : Dokter Umum :  
Dokter Spesialis :  
Alamat :

Memenuhi syarat untuk diterima sebagai tenaga medis dokter di SMF ..... di RSUP Fatmawati.

Yang bersangkutan diberi wewenang untuk melakukan kegiatan keprofesian yaitu :

- a. Mewawancarai pasien
- b. Melakukan pemeriksaan fisik dan mental
- c. Menentukan pemeriksaan penunjang
- d. Menegakkan diagnosis
- e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan
- f. Melakukan tindakan kedokteran
- g. Menulis resep obat dan alat kesehatan
- h. Menerbitkan surat keterangan dokter

Sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Medis Bidang Spesialis .....

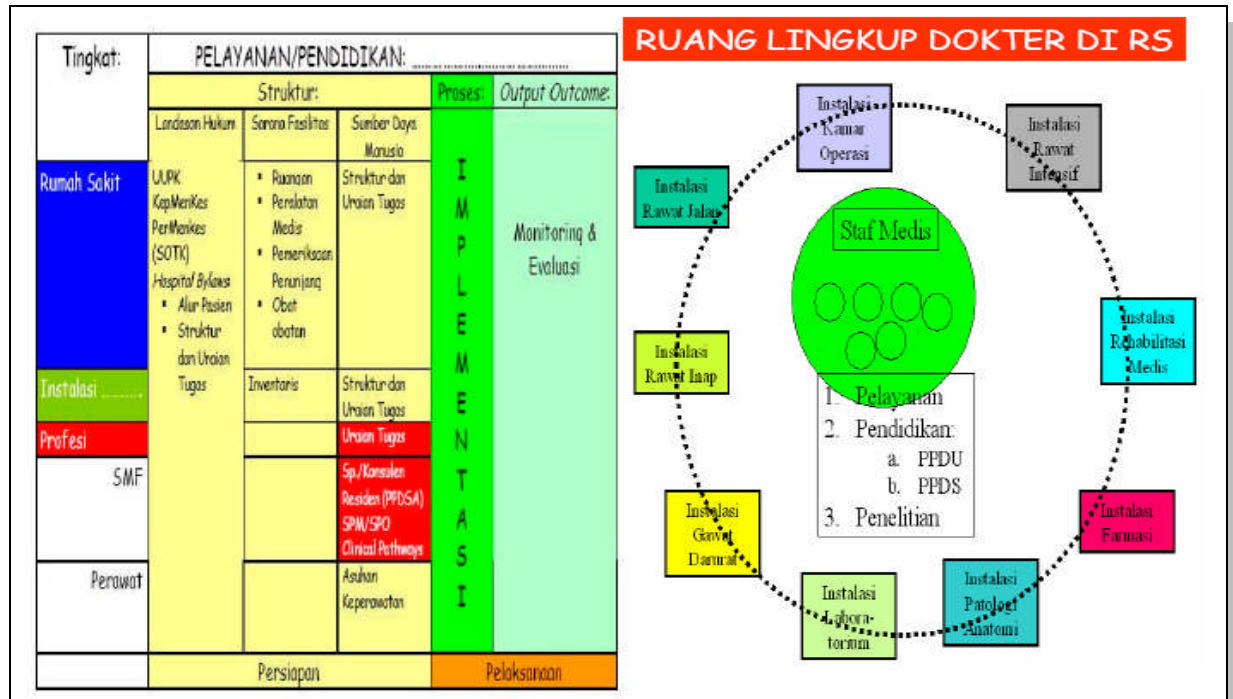
Demikian rekomendasi ini agar dipergunakan sebagaimana mestinya .

Jakarta, .....  
Komite Medik RSUP Fatmawati  
Ketua,

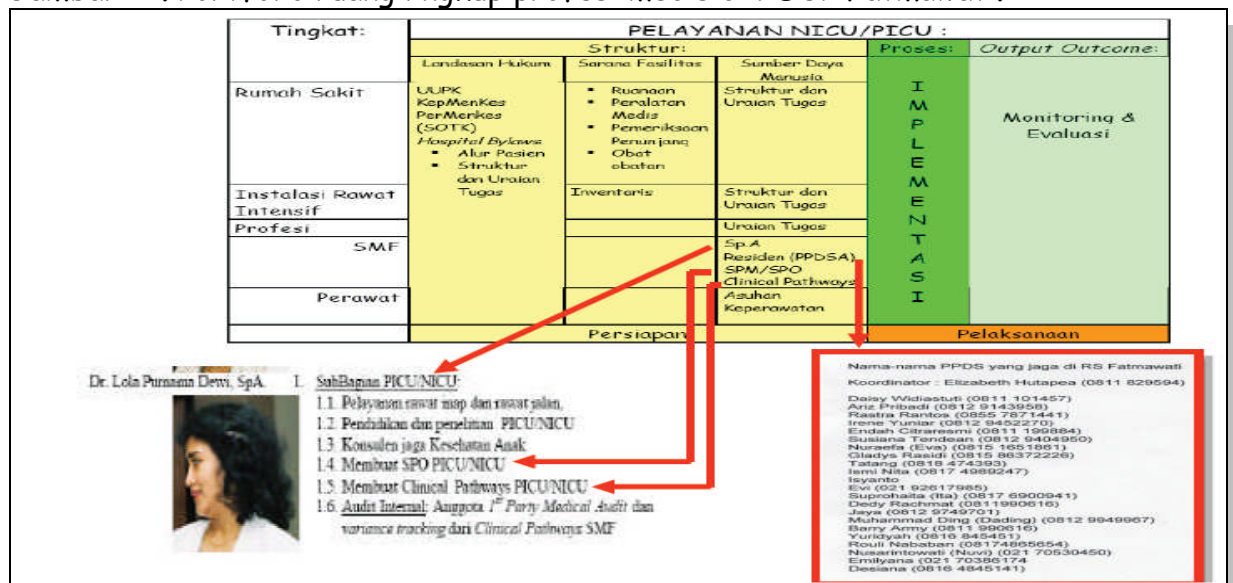
Dr. Dody Fimanda, SpA, MA  
NIP. 140 190 457

Gambar 11. Rekomendasi hasil penilaian kredensial tenaga medis.<sup>11</sup>

Sedangkan selama tenaga medis dokter tersebut melaksanakan praktik kedokteran sehari-hari di rumah sakit terikat dengan Sistem SMF dan Sistem Komite Medik dengan portfolio ruang lingkup dalam aspek pelayanan dan pendidikan kedokteran (Gambar 12) dan contoh di salah satu SMF (Gambar 13 dan 14) serta format portfolio *individual risk assessment* (Gambar 15) dibawah.



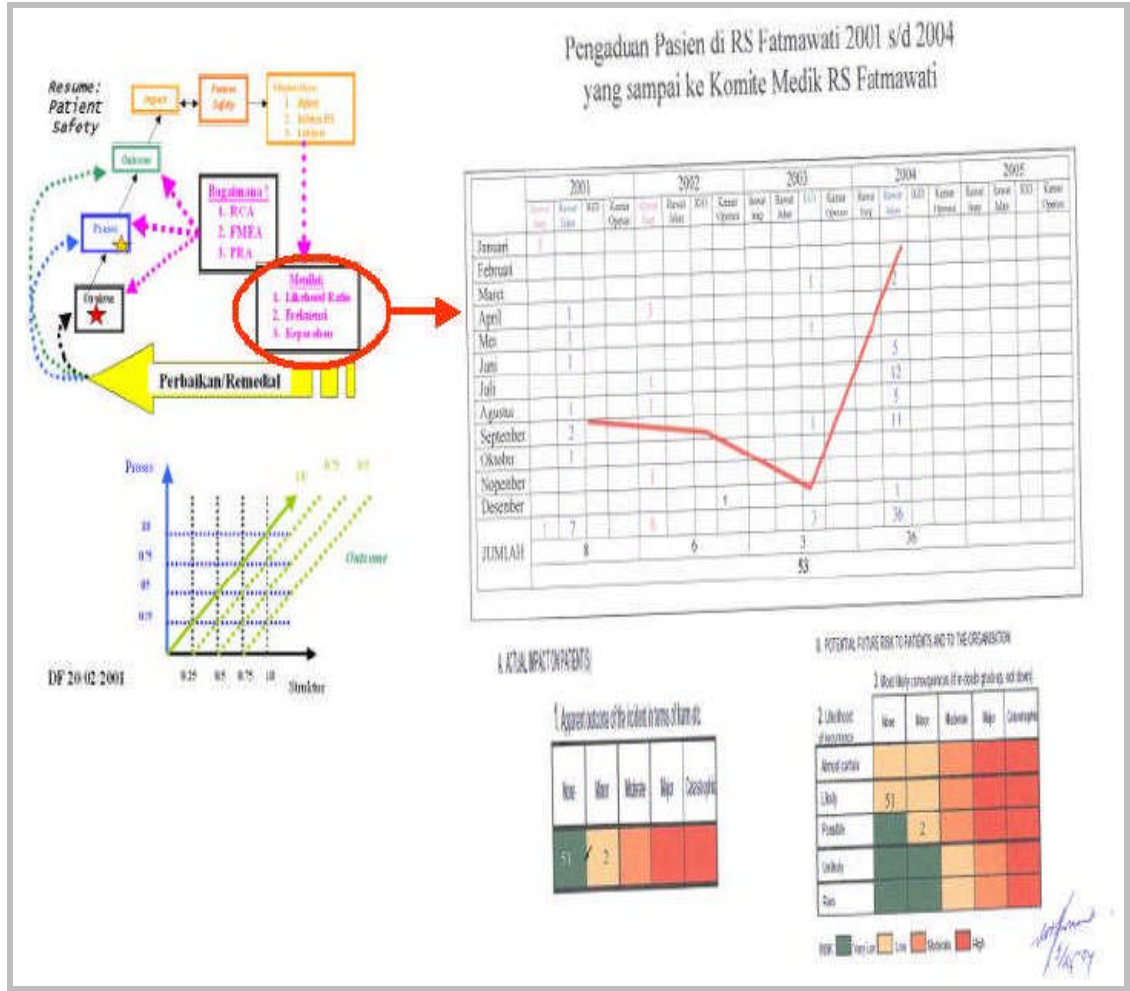
Gambar 12. Portfolio ruang lingkup profesi medis di RSUP Fatmawati.



Gambar 13. Contoh portfolio ruang lingkup dokter di RSUP Fatmawati



Ilustrasi **monitoring** Komite Medik RSUP Fatmawati beberapa contoh kasus serta penanganannya melalui pendekatan format *Patient Safety* (Gambar 16).



Gambar 16. Laporan kasus pengaduan, manajemen risiko klinis (*Clinical Risks Management*) dan *Patient Safety*.

Sedangkan **monitoring pelaksanaan etika profesi** kedokteran sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), Komite Medik RSUP Fatmawati menerapkan format yang merangkum ke tujuh belas pasal KODEKI untuk setiap individu profesi medis sebagaimana contoh dalam Gambar 17 berikut.

**EVALUASI PELANGGARAN KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA (KODEKI) TAHUN 2006**

No	PASAL KODE DOKTER	1	2	3	4	5	6	7				8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
								7a	7b	7c	7d										
1.	01 AR 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
2.	01 DF 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
3.	01 ES 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
4.	01 LP 07	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
5.	01 NI 09	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
6.	01 PA 10	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
7.	01 RW 11	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
8.	01 SR 12	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
9.	01 SE 13	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
10.	01 TS 14	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
11.	01 DR 15	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
12.	01 DL 16	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
13.	01 GS 17	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
14.	01 EN 18	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
15.	02 AG 01	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
16.	02 AT 02	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
17.	02 AS 03	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
18.	02 BS 04	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

KETERANGAN: Y = ada melakukan pelanggaran T = Tidak ada pelanggaran

Gambar 17. Contoh hasil evaluasi dari *Individual Portfolio* tentang Kode Etik Kedokteran Indonesia untuk periode tahun 2006.

**Beberapa opsi Komite Medik dalam terjadinya ketidaksesuain pelaksanaan praktik kedokteran (malpraktek ?)**

- Etik Profesi:** Bila ditemukan ada kemungkinan kecenderungan pelanggaran dalam hal etik profesi, maka Komite Medik akan menggelar Sidang Pleno Etik Profesi yang diselenggarakan oleh Sub Komite Etik dan Mutu Profesi Komite Medik dengan memakai format penilaian Etik sesuai dengan Sistem Komite Medik;
- Audit Medis:** tidak tertutup pelaksanaan nomor 1 di atas tersebut sekaligus dilakukan juga audit medis tingkat pertama (*First Party Medical Audit*) dan kedua (*Second Party Medical Audit*), dan sebaliknya (bila dalam hasil audit medis ada unsur unsur pelanggaran etik profesi) - *two ways traffic mechanisms*.

3. Bila dari kedua mekanisme di atas ada ditemukan **unsur hukum**, maka akan diadakan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit serta Direksi Rumah Sakit.
4. Bila ada kecurigaan **kasus berpotensi**, maka Komite Medik akan menempuh jalur 1 dan 2 di atas.
5. **Informasi satu pintu**: Bila ada kasus pengaduan kasus, ketiga jajaran (Komite Medik, Komite Etik dan Hukum, dan Direksi) segera melakukan rapat koordinasi sesuai dengan kapasitas dan kewenangan masing masing, serta memutuskan segala pernyataan maupun klarifikasi adalah melalui **satu pintu** dan dilaksanakan oleh **petugas yang diberikan kewenangan** (biasanya dalam hal ini Humas Rumah Sakit - sedangkan Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum memberikan masukan sesuai tugas dan fungsinya).
6. **Kolegialitas**: Setiap perkembangan kasus yang telah dilimpahkan ke pihak berwajib, Komite Medik beserta Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit senantiasa berkoordinasi dan urun rembuk menyelesaikan berbagai alternatif solusi dalam Sidang Pleno Komite Medik.

#### **Selanjutnya .....(What next to be done)**

Sesuai dengan rencana skema Komite Medik RSUP Fatmawati sebagaimana dalam Gambar 4 di atas. Titik penting (*crucial point*) adalah pada *clinical pathways* sebagai *entry point* dalam melaksanakan kegiatan praktik profesi kedokteran sehari hari di rumah sakit - baik untuk tingkat sistem maupun individu - dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana diamanatkan dalam Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dengan tujuan memberikan perlindungan kepada pasien/masyarakat (*patient safety*), profesi kedokteran sendiri dan meningkatkan mutu pelayanan serta mutu kompetensi profesi.

Sedangkan mengenai *Clinical Pathways* itu sendiri secara sekilas dapat dilihat berbagai ilustrasi contoh akan manfaat dari implementasi *Clinical Pathways* dalam Gambar 18 sampai 23 berikut.



**Jasa dokter dan kinerja individu**

**BUKTI PELAYANAN DOKTER**

NAMA PASIEN : *Rumika Purnama*  
 NO. RM : *0073927*  
 INSTALASI/UNIT : *III* RUANG POLI : *1131*  
 NAMA DOKTER : *H. Kaffaludin G. Pratiwi* KODE UR : *012503*

TANGGAL	PLUKUL	JENIS PELAYANAN VISITE/KONS/TIND.	TANDA TANGAN DOKTER
17/10/12	09.00	Ward	<i>[Signature]</i>
20/10/12	08.00	Ward	<i>[Signature]</i>
20/10/12	09.00	Ward	<i>[Signature]</i>
29/10/12	08.00	Ward	<i>[Signature]</i>

PETUGAS DATA ENTRY : *[Signature]* KA INST. UNIT : *[Signature]*

Lembar 1 : Akuntansi (Putih)  
 Lembar 2 : Dokter (Kuning)  
 Lembar 3 : Instalasi (Biru Muda)

Gambar 19. Hubungan *Clinical Pathways* dengan jasa dokter dan kinerja individu.

**Sistem satu pintu obat, Penggunaan seleksi obat antibiotika dan biaya obat**

**INSTALASI FARMASI RSUP FATMAWATI Formulir Instruksi Pemberian Obat**

No	Nama Pasien	Par. Dokter	Par. Farmasi	Par. Perawat	Par. Apoteker	Par. Bidan	Par. Perawat	Par. Apoteker	Par. Bidan	Par. Perawat
310	G. Keviatine	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
312	Rizki Dika	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg
312	M. Amriyudin	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg	350 mg
312	Rizki Dika	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg
312	Ketha RB	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg
312	Rizki Dika	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg
312	PPR-123	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg
312	Rizki Dika	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg	300 mg

Gambar 20. Hubungan *Clinical Pathways* dengan penggunaan obat rasional.



Hubungan Clinical Pathways dengan Audit Medis, CRM/Patient Safety, Surveilans & HII

**VARIANCES:**

- LOS :
  - Planned : 14 days
  - Reality : 25 days
- Diagnostic Procedures: OK
- Drugs: based on Hospital Drugs Formulary - OK
- Medical Interventions:
  - Based on Practices Guidelines (SPM) - 2 eps
  - Pre operational schedule: delayed for 2<sup>nd</sup> ep
- ICD 10 & ICD 9 CM: not coded

**CLINICAL RISKS MANAGEMENT (CRM):**

- Identified : OK
  - RCA: OK
  - FMEA: check OR time table
  - PRA: OK

**PATIENT SAFETY:**

- Injury: None
- Hospital Infection: None
- Litigation: None
- Medical Errors:
  - Active Errors: None
  - Latent Errors: None
  - Near Missed: None

**Callouts and Annotations:**

- Conduct: 1<sup>st</sup> & 2<sup>nd</sup> Party Medical Audit
- Conduct: 1<sup>st</sup> Party Managerial Audit
- Re-arrange the OR utilizations
- Unit Coding: in-house training for ward duty managers
- Cross checked with Surveillance from Sub Committee of Infection Control
- Conduct High Impact Interventions
- Cross checked with Medical Audits from Sub Committee of Medical Ethics and Quality
- Audit Medis
- VERIFIED ARUNTANSI
- MILIK KOMITE MEDIS RSUP FATMAWATI #2024

Gambar 21. Hubungan Clinical Pathways dengan audit medis dan surveilans infeksi nosokomial

Implementasi Clinical Pathways SMF Kesehatan Anak - Bronkiolitis Akut

**Hanya dari selembar Clinical Pathways dapat mengetahui:**

- Jasa medis
- Pemeriksaan Diagnostik
- Operasi
- Obat obatan

**Biaya**

**Mutu Pelayanan:**

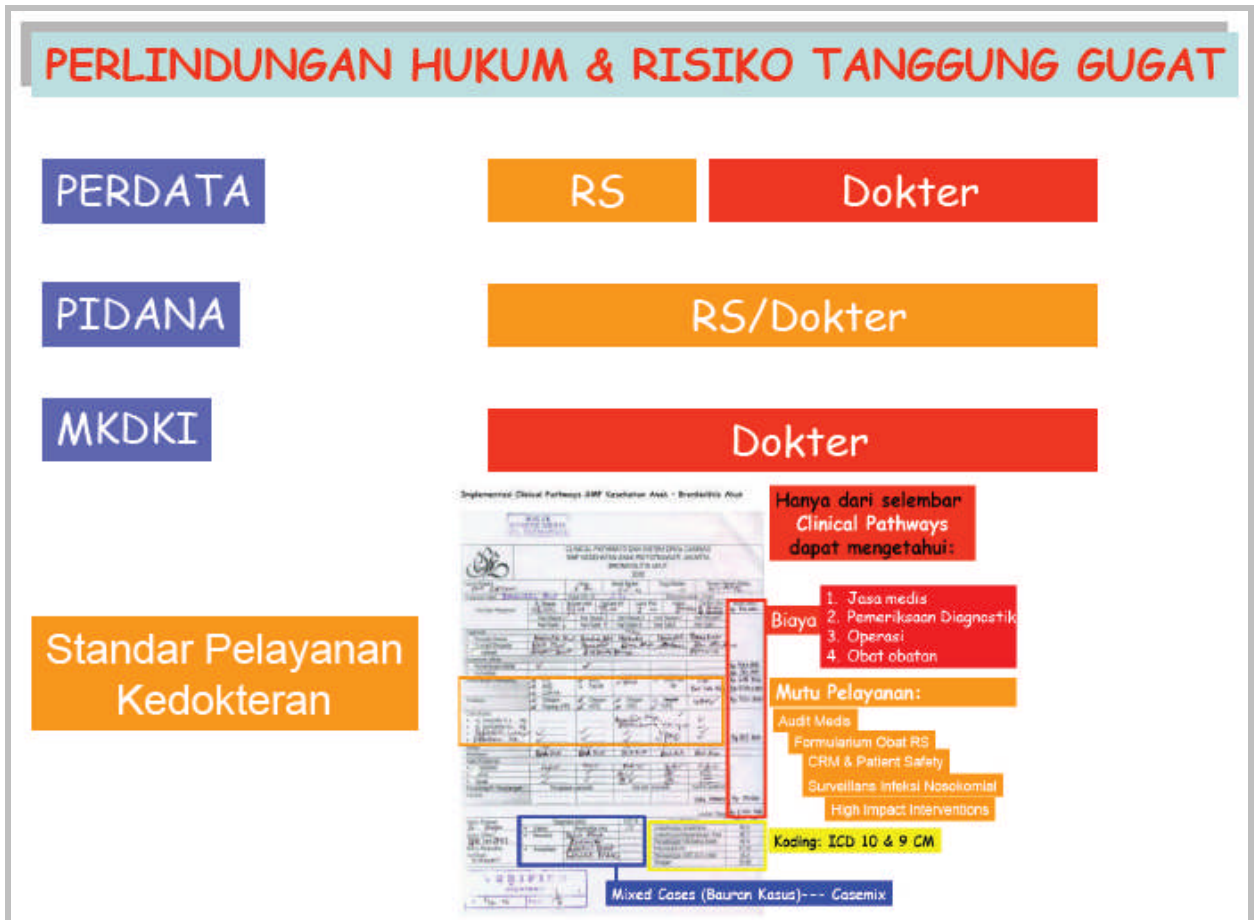
- Audit Medis
- Formularium Obat RS
- CRM & Patient Safety
- Surveilans Infeksi Nosokomial
- High Impact Interventions

**Koding: ICD 10 & 9 CM**

**Mixed Cases (Bauran Kasus) --- Casemix**

**Kinerja Individu dan Tim (Individual and Teamwork Performances)**

Gambar 22. Hubungan Clinical Pathways dengan sistem pembiayaan DRG Casemix dan mutu pelayanan.



Gambar 23. Hubungan *Clinical Pathways* dengan perlindungan hukum dan risiko tanggung gugat.

Sampai saat makalah ini ditulis, Komite Medik RSUP Fatmawati sedang menggarap dan menyusun 9 unsur dari agenda *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Commission* dan *Joint Commission International* mengenai *patient safety* yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007* (Gambar 1) mengkombinasikannya dengan Pedoman *High Impact Interventions* Komite Medik RSUP Fatmawati (Gambar 5) yang telah ada untuk agar dapat diterapkan (*feasible and applicable*) di RSUP Fatmawati.

Terima Kasih dan Semoga Bermanfaat.  
 Jakarta, 6 Juli 2007  
 Dody Firmanda.

## **Empowering medical professions toward patient safety through professional quality system (*Clinical Governance*) and Clinical Pathways in Fatmawati Hospital.<sup>#</sup>**

Dody Firmanda, M.D, MA  
Head of Medical Committee  
Fatmawati Hospital  
Jakarta, Indonesia.

### **Introduction**

In mid 1999 Fatmawati Hospital's Medical Committee as the highest medical professional organization in hospital did realize that - we, especially mostly specialist physicians instead of being respectable and even eminent medical professors noticed our medical professionals' weaknesses and lack of knowledge in management and leadership. Therefore, Medical Committee began to work as a 'team' not as a 'solo practice' as usual anymore but through a system. In pursue of this quality excellence, we had to review and start all-over right from the scratched and bottom. Medical Committee did re-positioning its existence in hospital by empowering the medical professions toward quality. So, what is quality?

Quality is different things to different people based on their belief and norms, their perspective as medical doctors, managers, nurses, pharmacists, allied professions, patients and stakeholders etc. But, one thing for sure that quality is a never ending journey - and quality is everyone's responsible not just merely entitle to the institution or unit only. Therefore, Medical Committee set-up an embryo that consist of 8 physicians as a 'quality leader teams' for all 20 specialist departments in hospital. Medical Committee trained at least 3 'key' physicians from each department about quality and designed a 'quality training package' as in Diagram 1. The quality syllabus consists of (box 1):

1. Introduction of Quality: definitions, scope and principles.
2. Total Quality Management/Services: components, principles and implementation.

---

<sup>#</sup> Presented as Country Presentation at Regional Patient Safety Workshop on '*Clean Care is Safer Care*', WHO SEARO Bangkok Thailand 20-22 June 2007.

3. Quality Systems: how to develop a workable quality system
4. Professional continuous quality improvement: evidence-based medicine, medical audits.
5. Quality assurance: setting standards, conform to standards and maintaining/improving the standards.
6. Quality Control
7. Assignments on respective departments.

After completing the training, those three key physicians have to train the rest of their colleagues in the department and begin to build their own department's quality system that integrated as one system into Medical Committee's quality system for the organization, roles, rules and regulations in medical services, teaching and education; and medical research (box 2).

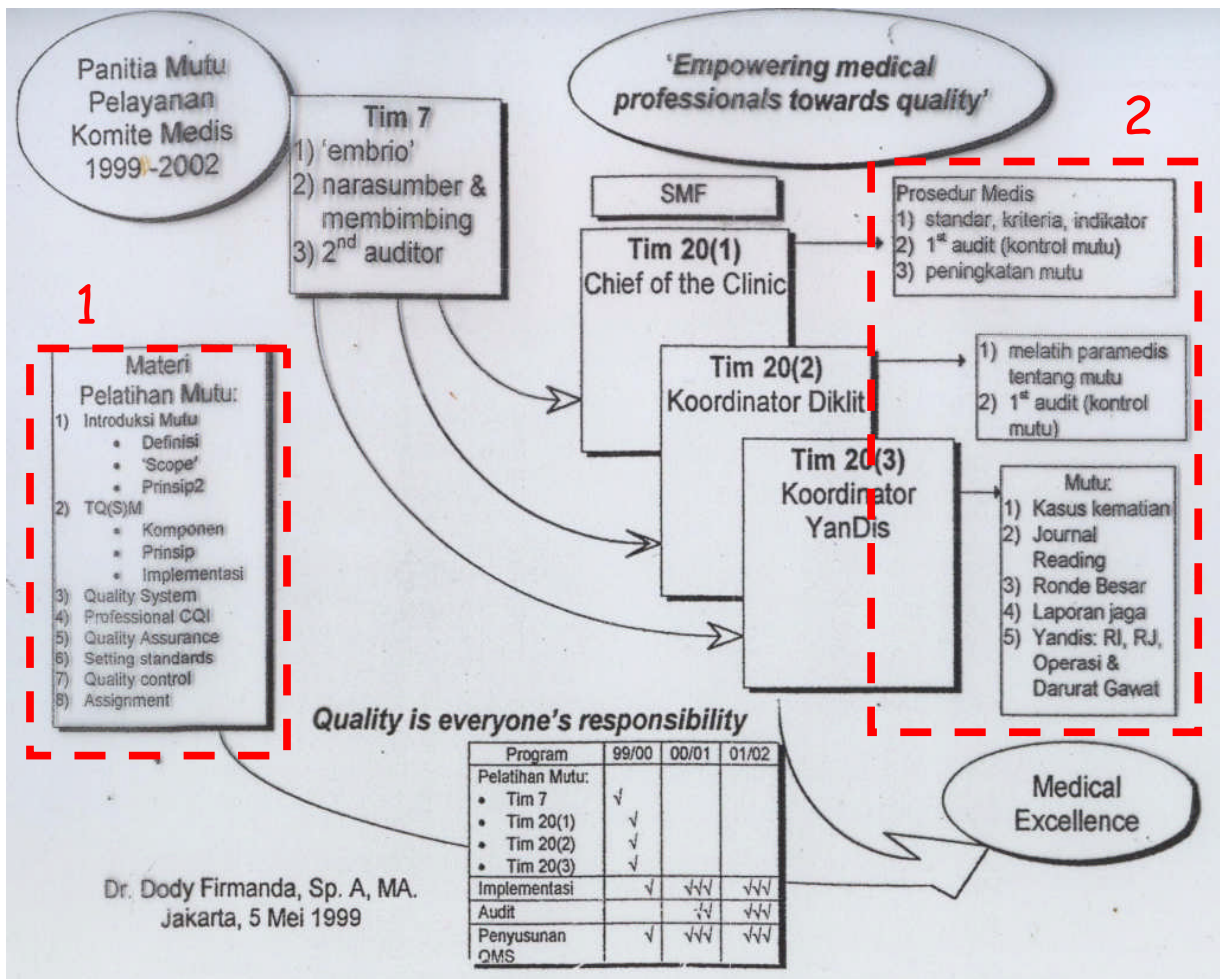


Diagram 1. Fatmawati Hospital's Medical Committee; Strategy in introducing and empowering medical professions toward quality in mid 1999.

## Medical Committee's Medical Profession Quality Systems (Clinical Governance)

Fatmawati Hospital's Medical Committee has designed a concept for medical profession quality systems - Clinical Governance - known as Sistem Komite Medik (Medical Committee System) and Sistem SMF (for Department level) which is a written rules and regulations for doctors (Medical Staff Bylaws), description of how to organize/governance themselves, job descriptions, and duty of care. Medical Committee combined those systems with case-mix financial, ICD 10 and ICD 9 CM coding system through Clinical Pathways<sup>13,14,15,16,17,18</sup>(Diagram 2).

Those combination as a conceptual framework for the anticipation of Indonesian Law Number 29/2004 on Medical Practices, The law stated 3 main objectives which are ensuring and protecting the patients (*Patient Safety*), guiding and empowering the medical professions towards quality (*Good Doctors*), and ensuring the law, rules and regulations for community and doctors.

---

<sup>13</sup> Firmanda D. Professional continuous quality improvement in health care: standard of procedures, clinical guidelines, pathways of care and evidence-based medicine. What are they? *J Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 1999; 1(3): 139-144.

<sup>14</sup> Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

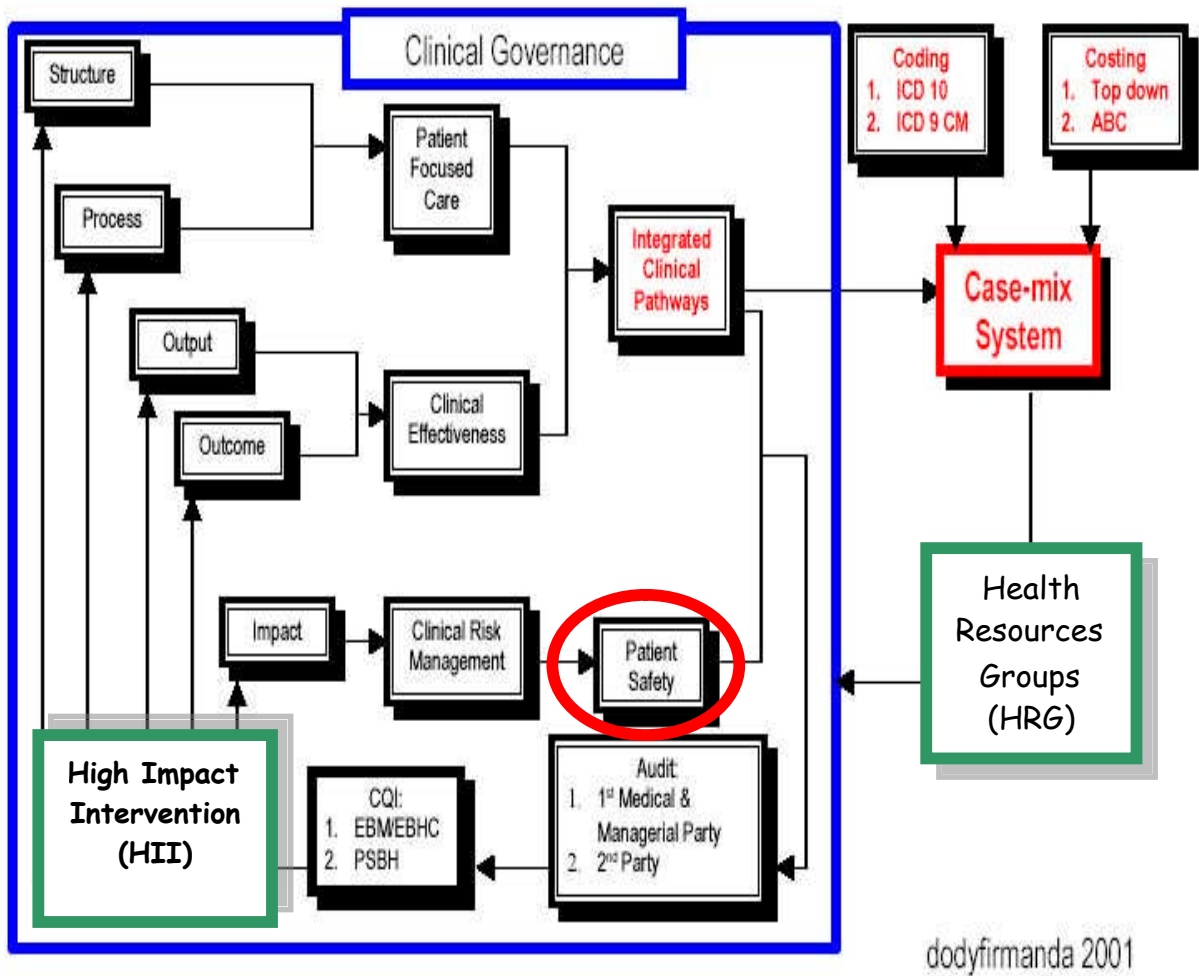
<sup>14</sup> Firmanda D. Key to success of quality care programs: empowering medical professional. *Global Health Journal* 2000; 1(1) <http://www.interloq.com/a26.htm>

<sup>15</sup> Firmanda D. The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation. *Global Health Journal* 2000;1(2) <http://www.interloq.com/a39vli2.htm>

<sup>16</sup> Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1(1):43-9.

<sup>17</sup> Firmanda D. Professional Continuous Quality Improvement: from Evidence-based Medicine towards Clinical Governance. Presented in World Pediatrics Congress of International Pediatric of Association, Beijing 2001.

<sup>18</sup> Firmanda D. Discussion Forum on Evidence-based Medicine, Evidence-based Health Care, Evidence-based Policy and other health related disciplines. <http://yahogroups.com/group/ebm-f2000>



dodyfirmanda 2001

Diagram 2. Fatmawati Hospital's Medical Committee strategy in implementing Clinical Governance (including patient safety) and DRG Casemix System.

## Fatmawati Hospital's Medical Committee version for the implementation of Patient Safety

Medical Committee has designed a patient safety framework which involving multi professions and as a bottom-up approach. (Diagram 3)

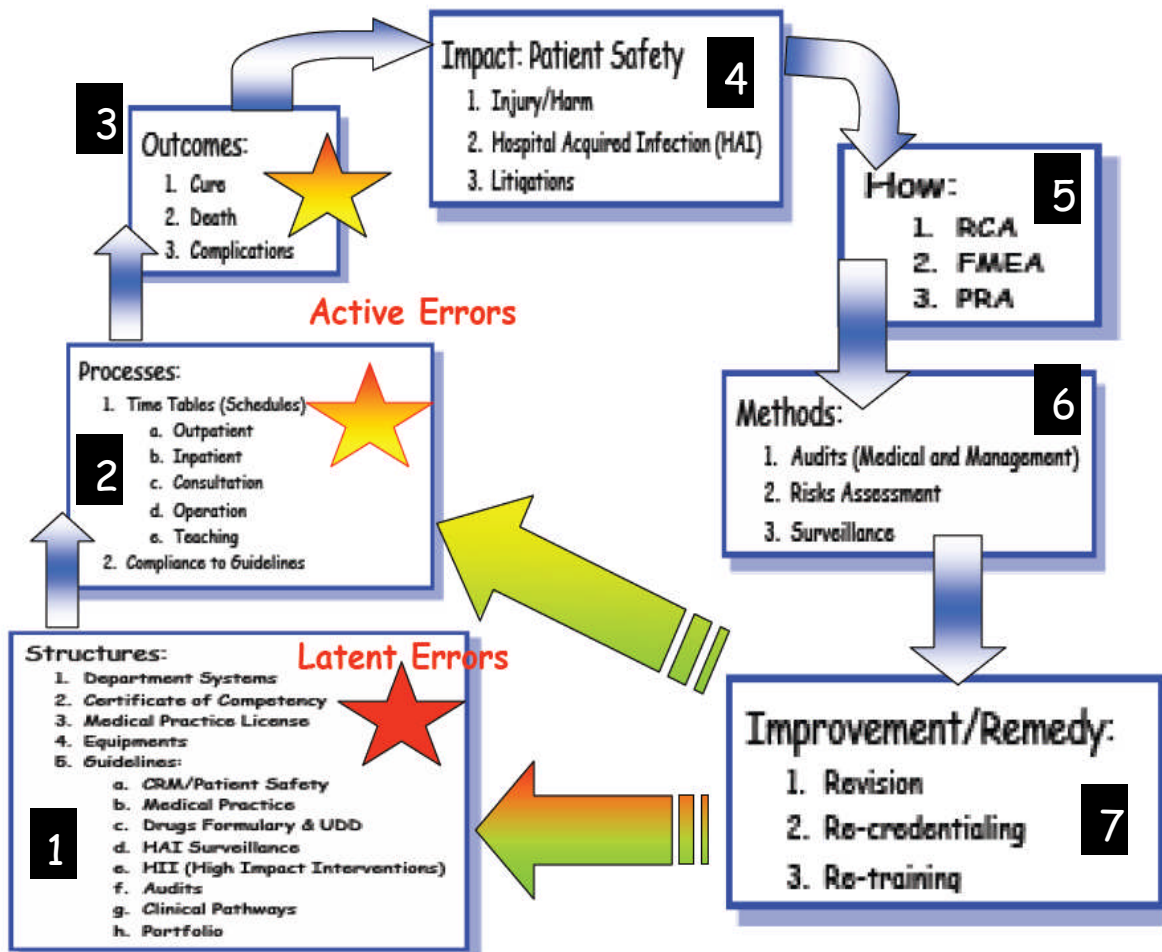


Diagram 3. Framework of Fatmawati Hospital Medical Committee for Patient Safety.

For the *structures* (Box 1), Medical Committee developed medical profession quality systems (Clinical Governance) known as Sistem Komite Medik (Medical Committee System) and Sistem SMF (for all 20 specialist departments) - as rules and regulations that bind to all medical professional in hospital from the first and early recruitment medical staff, medical practice guidelines, drugs formulary, HAI surveillance forms, medical audit

forms, high impact interventions (HII) forms, clinical pathways, maintain and improve their professional competences, monitoring their performances and individual risks medical assessment (portfolio). If any of these not available, means that there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as latent-type of medical errors.

All those Medical Committee products are approved in Medical Committee Plenary Session (as the highest medical decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital as public hospital and teaching hospital (Diagram 4 and 5).



Diagram 4. Medical Committee book guidelines for Clinical Governance, Clinical Risks Management, Patient Safety, High Impact Intervention, HAI Surveillance, Hospital Drugs Formulary and Clinical Pathways.



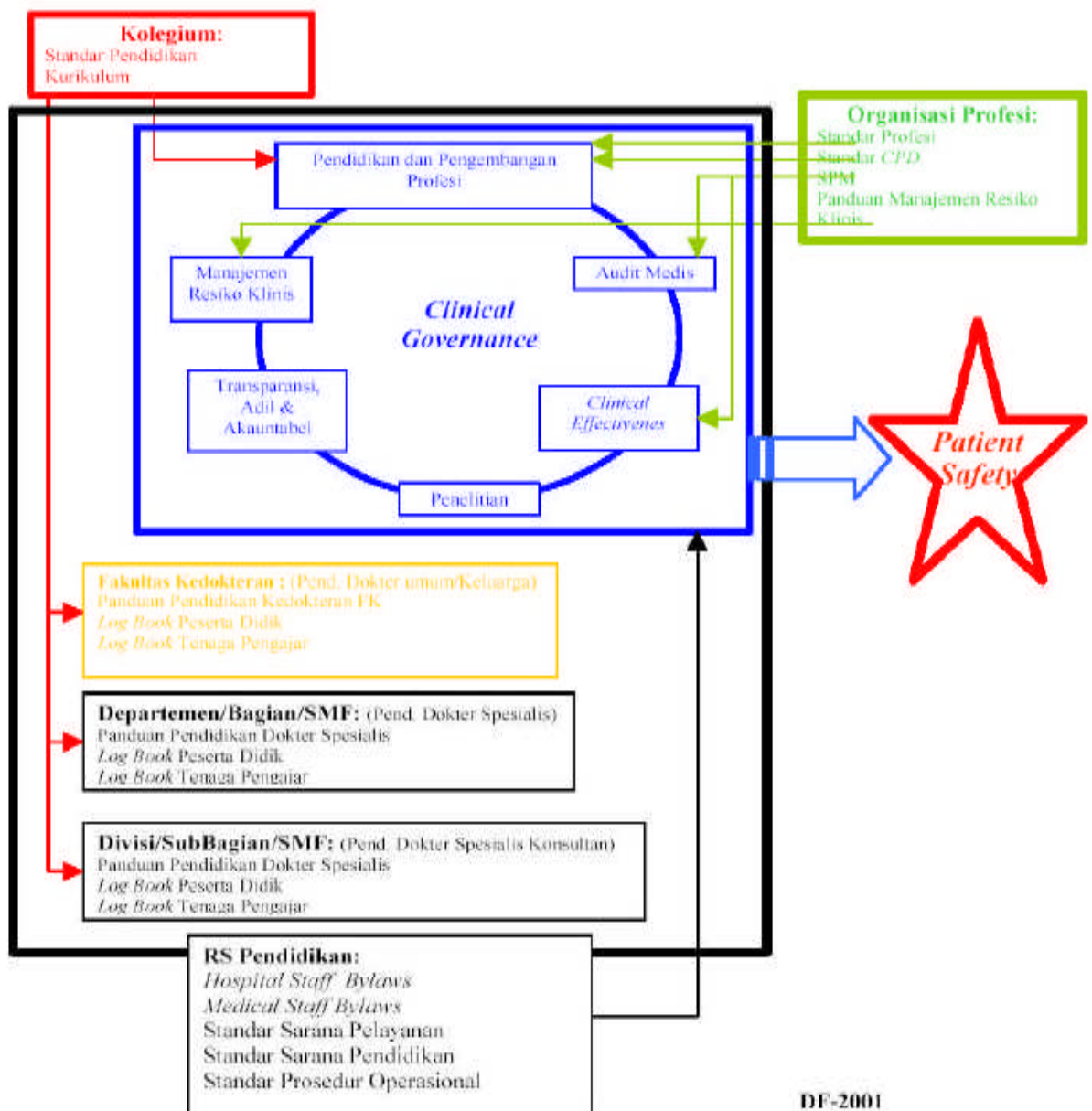


Diagram 5. The structures of Medical Committee for Teaching Hospital in the implementation of patient safety (in Indonesian language).

In the *process* (Box 2) as implementation for patient safety, Medical Committee designed a 'mechanism' of jobs flow chart as in Diagram 6.

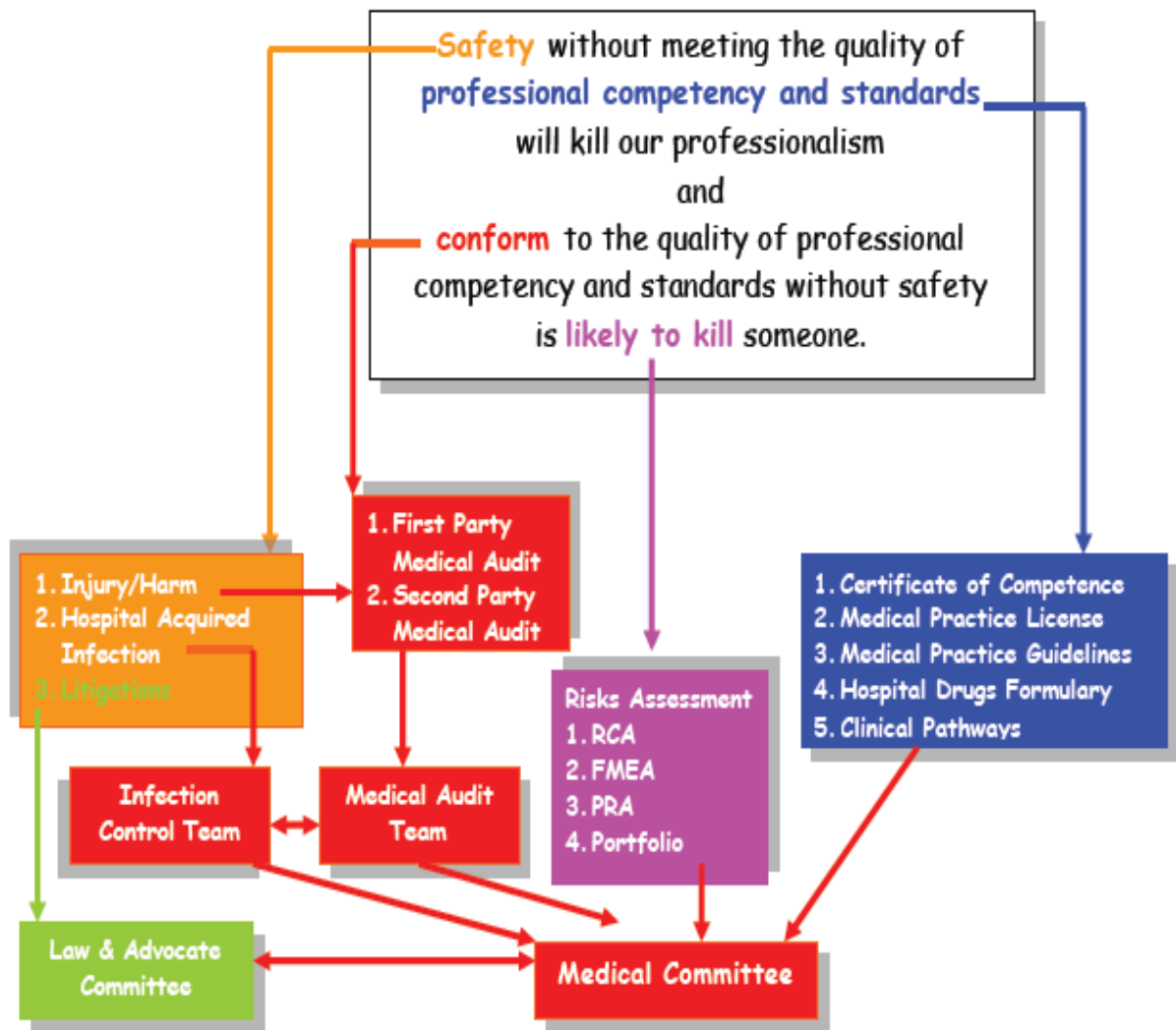


Diagram 6. Medical Committee's flowchart for the implementation of patient safety.

Failure to conform (or compliance) to these processes mean there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as active-type of medical errors that might occurs as in either system failure or individual tasks.

## **The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC)**

There are 16 clinical teams in Medical Committee, one of them is Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) which its members come from multidisciplinary professions such as specialist doctors, nurses, pharmacists, and administrators. The ICT-MC has 5 pillars and clear objectives in infection control as:

1. Isolation of patients and barrier precautions : ICT-MC work together with managers and other teams (i.e. Avian Flu Team, HIV/AIDS Team etc)
2. Decontamination of items and equipment: ICT-MC advocating other hospital support services.
3. Prudent use of antibiotics: ICT-MC work together with Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) in suggesting the rational use of antibiotics and classification usage of antibiotics in hospital.
4. Handwashing: designing, campaigning and training to all health professionals, and making recommendation of the infrastructure for hand hygiene.
5. Decontamination of environment: ICT-MC advocating other hospital support services and hospital environment department.

## **Hand Hygiene Program**

Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) has set-up regular time table training in Prevention of HAI (including hand hygiene such as **hand washing**) to all health professionals (including residents and medical students), food and catering staff, linen and laundry service staff, housekeepers, security staff and patients and their family (Diagram 7 and 8).

To improve members of ICT-MC of their skills and knowledge in HAI, we do regular and training schedule as in Diagram 9.

The ICT-MC do make their report of activities and future plan to Medical Committee regularly (monthly and annually) as in Diagram 10 and 11.

**LAPORAN KEGIATAN**  
**PELATIHAN PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL PADA PETUGAS KEBERSIHAN**  
**( CLEANING SERVICE )**  
**16, 19, 26 DAN 30 MEI 2005**

**I. PELAKSANAAN KEGIATAN**

- a. Pelatihan telah selesai dilaksanakan pada hari / tanggal : Senin, 30 Mei 2005
- b. Pelatihan dibagi menjadi 4 kelompok, setiap kelompok terdiri dari 24 orang
- c. Peserta yang mengikuti pelatihan adalah cleaning service yang bertugas di ruang pelayanan. Rencana jumlah peserta 96 orang
- d. Selama pelatihan peserta diberikan materi Pelatihan ( terlampir ), dan sertifikat
- e. Pengajar dari Tim Nosokomial, antara lain :
  1. Dr. Sjafrudin, SpTHT
  2. Dr. Lestaria Aryanti, SpRM
  3. Dr. Harry Trimurjatno, MM
  4. Dr. Luci Liana, SpPK
  5. Dr. Witjahjakarta, SpS
  6. Sunarsih, AMK
  7. Titik Suparti, SPd, MM

**II. MATERI YANG TELAH DIBERIKAN SELAMA PELATIHAN**

1. Infeksi Nosokomial
2. Kewaspadaan Universal
3. Pengelolaan Limbah di RS
4. Antiseptik dan Desinfektan
5. Cara menyapu di dalam dan di luar gedung
6. Cara mengepel lantai
7. Cara membersihkan sanitair

**III. HASIL PELAKSANAAN PELATIHAN**

1. Pelatihan dibagi 4 kelompok, masing –masing kelompok terdiri dari 24 orang, namun pada pelaksanaannya yang mengikuti pelatihan hanya 84 orang.

Diagram 7. ICT-MC's report training in Prevention of HAI including hand hygiene for housekeeper/cleaning service in 2005 for example (in Indonesian language)

**JADWAL PELAKSANAAN  
PENDIDIKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL  
DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2006**

NO	HARI/ TGL/ BULAN/ JAM	TOPIK	PRESENTAN
1	Selasa , 20 Juni 2006 Pk. 13.00 – 13.20 WIB	Pertemuan ke-1 Pembukaan Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.20 – 13.50 WIB	Standard Precaution	Dr. Pratiwi ,A. SpA
	Pk. 13.50 – 14.20 WIB	Isolation precaution	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.20 – 14.50 WIB	Prevention of Intravascular Catheter Related Infektion	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 14.50 – 15.20 WIB	Prevention of Noso SSI	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 15.20 – 15.30 WIB	Kuis pasca pendidikan	
2	Selasa , 27 Juni 2006	Pertemuan ke-2	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Noso Pneumonia	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 13.40 – 14.00 WIB	Prevention of Noso Urinary Tract Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.00 – 14.30 WIB	Prevention of Sp Case Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.30 – 15.00 WIB	Prevention of Sharp Injuries	Dr. Lestaria,A. SpRM
Pk. 15.00 – 15.30 WIB	Managemen of Occupational Exposures to HBV, HBC, HIV, & Postexposure Prophylaxis	Dr. Lestaria,A. SpRM	
Pk. 15.30 – 15.40 WIB	Kuis pasca pendidikan		
3	Selasa , 11 Juli 2006	Pertemuan ke-3	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Transmission of Infection Among Hemodialysis Patient	Ns. Umi A , S.Kep
	Pk. 13.40 – 14.10 WIB	Prevention the Transmission of M.Tuberculosis in Health Care Facilities	Dr. Kemal , SpS
	Pk. 14.10 – 14.40 WIB	Dekontaminasi, Desinfeksi , Sterilisasi	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.40 – 15.10 WIB	Waste Management	Dra. Debby D , M.Epid
Pk. 15.10 – 15.20 WIB	Kuis pasca pendidikan		

Diagram 8. Time table of ICT-MC training in Prevention of HAI and hygiene for all hospital professionals in 2006 (in Indonesian language)

**G. PELAKSANAAN PELATIHAN TIM PENGENDALIAN INFEKSI TAHUN 2006 DI DALAM NEGERI**

No	Judul Pelatihan	Penyelenggara	Waktu	Tempat	Peserta
1	<b>DALAM NEGERI</b> " Penggunaan antibiotika secara bijak (prudent use of antibiotics) bagi petugas pelayanan kesehatan (health care professionals) dalam rangka pengendalian resistensi antibiotika"	AMRIN Study Surabaya Local Committee Fakultas Kedokteran UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya.	17-19 Maret 2006	Hotel Majapahit Mandarin Oriental Surabaya – Jl. Tunjungan no. 65 Surabaya Telp. 031 5454333	2 orang: -dr.Pratiwi, SpA -dra.Debbi, Apt.
2	Kursus Dasar Pengendalian Infeksi Nosokomial (peserta & panitia)	PERDALIN JAYA	15-18 Mei 2006	RSUP Fatmawati Jakarta	2 orang perawat sebagai panitia: 10 orang
3	3 <sup>rd</sup> Symposium of Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW) "Challenges in the use of Antimicrobials in emerging and re emerging infectious diseases"	Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW)	1-2 Juli 2006	Hotel Borobudur Jakarta	3 orang: dr.Syafrudin, SpTHT dr.Pratiwi, SpA dr. Anti.D, SpPK
4.	Lokakarya PPRA	AMRIN DepKes	6-7 Desember 2006	Hotel Ashton Jakarta	Anggota Tim ( 6 orang)
5.	Workshop Pengendalian Infeksi Nosokomial	PERDALIN JAYA & Persatuan Perawat	19-20 Mei 2006	RSPAD	Peserta 6 orang

\* Pelatihan Luar Negeri yang terjadwal tidak dapat terlaksana karena banyak yang berhalangan karena kesibukan masing-masing dan kebetulan ada jadwal yang bertepatan dengan bulan puasa.

Jakarta, 16 Februari 2006  
Ketua tim pengendalian Infeksi

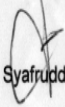
  
Dr. Syafruddin, Sp.THT

Diagram 9. ICT-MC's 2006 schedule for its members to improve their skills and knowledge in HAI.



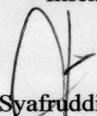
## RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Kepada Yth,  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati  
Di Tempat

Bersama ini kami sampaikan Laporan Pelatihan Program Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUP Fatmawati Tahun 2006. Mohon saran/rekomendasi lebih lanjut.

Jakarta, 16 Februari 2007

Ketua Sub Komite Pengendalian  
Infeksi

  
Dr. Syafruddin, SpTHT  
NIP. 140 119 257

.....  
.....  
**SARAN / REKOMENDASI**

1. *Triad karis*
2. *Translan kegiatan dan & perhuan untuk kearah 'patient safety' dengan surveillance dan High Impact Interventions (HII)*
3. *Perbaiki Kuaran & penggunaan antibiotik yang rasional & pertajam kembali. (k/sama dengan TPT).*

Ketua Komite Medik

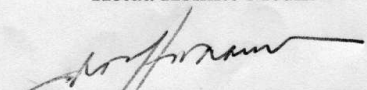
  
Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
NIP. 140 190 457

Diagram 10. Year 2006 Annual report of ICT-MC to Medical Committee and Head Medical Committee recommendation for Year 2007 ICT-MC activities.

## SUB KOMITE PENGENDALIAN INFEKSI KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

### KERANGKA ACUAN SOSIALISASI PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2007

#### A. PENDAHULUAN

Program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada pasien. Angka kejadian infeksi di rumah sakit merupakan indikator baik buruknya pelayanan yang diberikan di rumah sakit tersebut.

Hasil evaluasi program pengendalian infeksi tahun 2006 perlu ditindaklanjuti dengan program yang berkesinambungan pada tahun 2007. Program ini harus disosialisasikan kepada seluruh satuan kerja yang terkait, agar kegiatan pengendalian infeksi yang akan datang dapat lebih baik sehingga keselamatan pasien dapat terjamin (*patient safety*) dari kejadian infeksi di rumah sakit.

#### B. TUJUAN

Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di RSUP Fatmawati.

Tujuan Khusus :

1. Tersosialisasinya program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati.
2. Didapat kesepahaman dalam upaya pencegahan infeksi di RSUP Fatmawati.
3. Terlaksananya pengendalian infeksi dengan baik di RSUP Fatmawati.
4. Terlaksananya *feed back* hasil evaluasi berkala kejadian infeksi di RSUP Fatmawati.

#### C. SASARAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati kepada :

1. Para personil penanggung jawab pelayanan langsung kepada pasien: Dokter, Perawat, Pekarya, Analis, Farmasis, dan Gizi.
2. Pejabat struktural dan fungsional di RSUP Fatmawati.

#### D. RUANG LINGKUP

Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan dan Instalasi Penunjang

#### E. METODE PELAKSANAAN

1. Penyusunan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Januari – Pebruari 2007
2. Pengesahan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Pebruari 2007
3. Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Maret - Juni 2007
4. Evaluasi sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Nopember 2007
5. Pelaporan Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Desember 2007

#### F. WAKTU PELAKSANAAN DAN PENGORGANISASIAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati dilaksanakan pada bulan Pebruari - Juni 2007

#### G. TEMPAT

1. Ruang Rapat Komite Medik
2. Ruang Diklit
3. Ruang Rapat IRNA
4. Ruang Rapat Lt III

Diagram 11. ICT-MC Plan of Action for 2007 which been approved by Medical Committee.



The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) did socialize the program through group discussion/lectures and printing material as leaflet and stickers (Diagram 12).

**PENDAHULUAN**

Cuci tangan merupakan tindakan utama dalam mencegah terjadinya infeksi silang antara petugas kesehatan dengan pasien atau dari kesehatan dengan pasien atau dari pasien ke petugas kesehatan.

Cuci tangan sesuai standar sangat penting dalam rangka menjaga keselamatan pasien (patient safety) dari terjadinya infeksi nosokomial selama berada di rumah sakit atau sarana kesehatan.

**PENGERTIAN**

Cuci tangan adalah proses membersihkan tangan dari kotoran dan membuang mikroorganisme transient yang menempel pada kulit tangan.

**TUJUAN**

1. Menghilangkan atau meminimalkan mikroorganisme di tangan
2. Mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan
3. Tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial dengan cara memutus mata rantai penularan penyakit infeksi .

**SIAPA YANG WAJIB CUCI TANGAN ?**

Semua personil yang bekerja di rumah sakit : Dokter, Perawat, Pekarya kesehatan, Cleaning Service, petugas Gizi, Laboratorium , Farmasi dll. Serta personil yang berada di rumah sakit atau sarana kesehatan sebagai pengunjung atau pasien.

**KAPAN WAJIB MELAKUKAN CUCI TANGAN?**

1. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien.
2. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik
3. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan dan perawatan luka.
4. Sebelum dan sesudah menyentuh bahan pemeriksaan laboratorium
5. Jika tangan diduga kotor
6. Diantara dua tindakan atau melakukan pemeriksaan fisik pasien
7. Segera setelah masuk atau meninggalkan ruangan/rumah sakit
8. Segera setelah melepaskan sarung tangan
9. Sebelum dan sesudah makan
10. Segera setelah keluar dari toilet atau membersihkan sekresi hidung.



**RSUP FATMAWATI**



**Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik**

Jl. RS. Fatmawati Cilandak  
Jakarta Selatan 12430  
Telp. 7501524, 7660552  
Fax. (021) 7690123



**RSUP FATMAWATI**

## 7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



**1**

Telapak dengan telapak



**2**

Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan



**3**

Telapak dengan telapak & jari saling terkait



**4**

Letakan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci



**5**

Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri, & sebaliknya



**6**

Jari kiri menguncup, gosok, memutar, kekanan & ke kiri pada telapak kanan, & sebaliknya



**7**

Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan & sebaliknya, gerakan memutar

**“ CUCI TANGAN MERUPAKAN TINDAKAN UTAMA DALAM MENCEGAH TERJADINYA INFeksi SILANG ANTARA PETUGAS KESEHATAN DENGAN PASIEN ATAU DARI PASIEN KE PETUGAS KESEHATAN.”**

TIM PENGENDALIAN INFeksi NOSOKOMIAL - KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Diagram 12. Printing and sticker materials for Hand Washing campaign from Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC).

As for monitoring and data collections for HAI surveillance, Infection Control Team of Medical Committee use the surveillance forms that attach to patient's Medical Records (Diagram 13),


 <b>RSUP FATMAWATI</b> Jl. RS FATMAWATI – CILANDAK TELP.(021) 7501524 & 7660552 ( Hunting ) JAKARTA 12430		NO. RM / PIN : / NAMA : / L/P TGL LAHIR/UMUR : / TB / BB : / Tanggal masuk RS : Cara masuk RS : UE/ IRJ /Langsung /Rujukan Keluar RS : Tgl.....Hidup/Meninggal/Pindah RS Diagnosis :	
<b>SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL</b>			
Nama Dokter : S M F terkait : Nama ICN :			
<b>Tempat dirawat :</b>			
1. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl .....	Lama..... hari	
2. Ruang.....	Tgl.....s.d.tgl.....	Lama..... hari	
3. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama..... hari	
4. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama..... hari	
5. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama..... hari	
<b>FAKTOR RISIKO</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Gangguan faal ginjal <input type="checkbox"/> Gangguan faal hati <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Bayi, Partus normal ( T/Y ) <input type="checkbox"/> Gangguan sistem kekebalan tubuh <input type="checkbox"/> Keganasan <input type="checkbox"/> Lanjut usia			
<b>IADP &amp; PHLEBITIS</b>			
Infus Vena Perifer ( T / Y )		CVP ( T / Y )	
Pasien usia > 1 tahun		Kateter umbilikal ( T / Y )	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Nyeri	Merah
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
3.....	.....s.d.....	.....	.....
4.....	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 tahun		Riwayat partus : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologik	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
Tujuan Pemasangan Infus Vena Perifer/ CVP/ UC		Kultur darah :	
<input type="checkbox"/> Pemberian Antibiotika / Sitostatika / Obat..... <input type="checkbox"/> Transfusi : WB/ PRC/ FFP/ Trombosit <input type="checkbox"/> Nutrisi Parenteral		Ke 1. Hasil..... 2. Hasil.....	
<b>INFEKSI SALURAN KEMIH</b>			
Katéter Urin ( T / Y ) <input type="checkbox"/> Douer <input type="checkbox"/> Intermiten <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> Kondom			
Pasien usia > 1 tahun			
Pasang Ke-	Mulai tgl.... s.d tgl.....	Demam > 38°C	Anyang-anyangan
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
3	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 th			
Pasang Ke	Mulai tgl.... s.d. tgl.....	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
Hasil Pemeriksaan Urin		Biakan Urin	
1. Tgl..... Leukosit urin.....		1. Tgl..... Hasil.....	

Diagram 13. HAI Surveillance form from ICT-MC (in Indonesian language).

**Results of ICT-MC HAI Surveillance**

Trends analysis results of ICT-MC HAI Surveillance for the year of 2003 to 2005 as in Diagram 14 to 16.

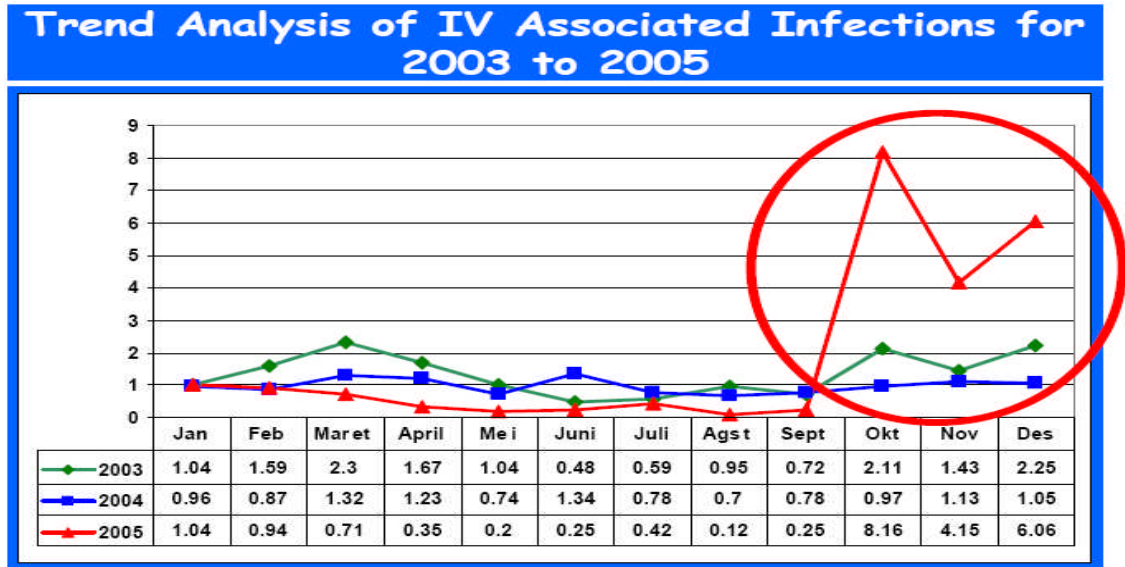


Diagram 14. ICT-MC's trend analysis for IV associated infection for 2003 to 2005.

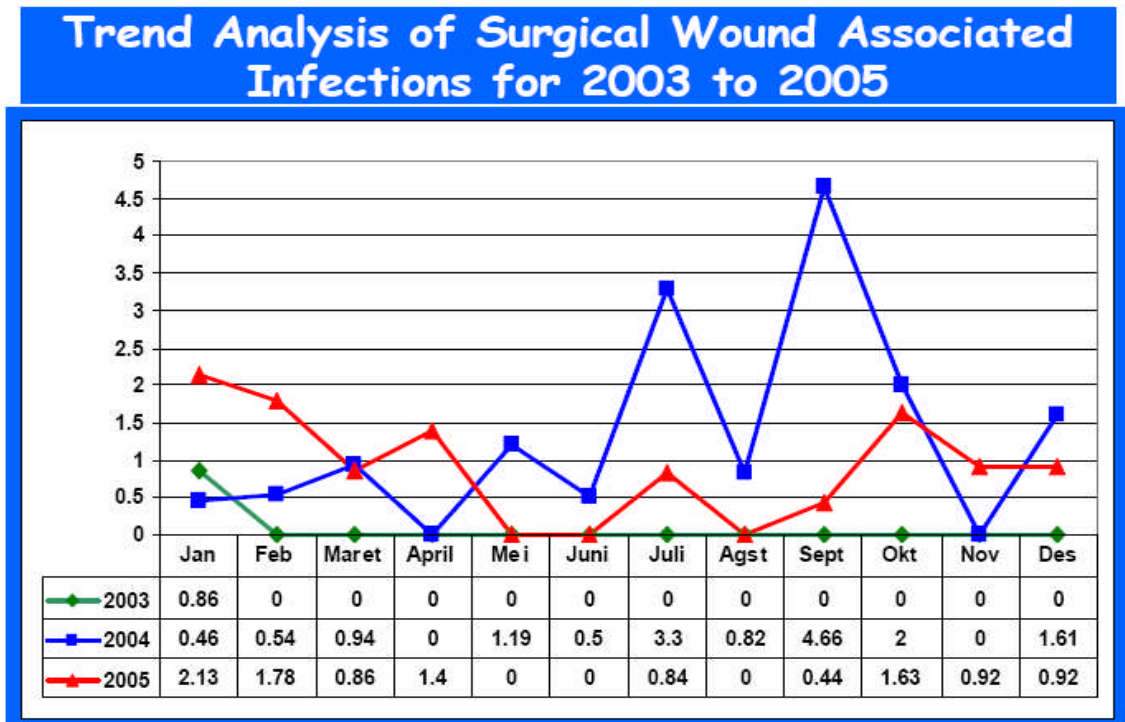


Diagram 15. ICT-MC's trend analysis for surgical sites associated infection for 2003 to 2005.

## Trend Analysis of Urinary Catheterization Associated Infections for 2003 to 2005

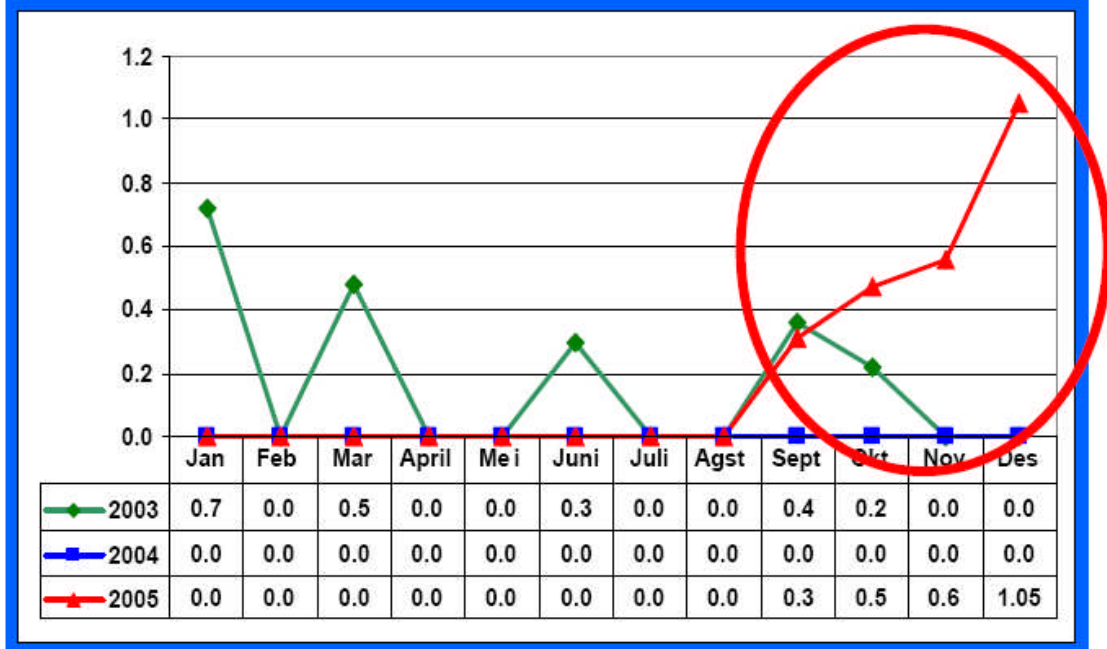


Diagram 16. ICT-MC's trend analysis for urinary catheterizations associated infection for 2003 to 2005.

There is an enormous significant increase from the trends above in October to December 2005.

Therefore ICT-MC and Medical Audit Team conducting a joint investigation for in-depth study. Results of those in-depth study as in Diagram 17.

Report of HAI surveillance in October to December 2005.  
Results\*

1. Usage of invasive instrument per department

Department	N	No. IV	No. Urinary Cath.	No. Ventilators	No. Surgery
Emergency	250	248	1	-	-
Internal Med.	931	925	67	3	10
Pediatrics	880	637	15	5	5
Obst & Gyn	706	453	268	5	235
General Surgery	277	273	58	5	212
Neurology	153	153	53	6	-
Cardiology	119	119	40	3	-
Pulmonology	88	88	10	1	-
Orthopedics	86	84	32	-	69
Neuro Surgery	55	55	24	6	16
Ophthalmology	29	-	-	-	29
ENT	23	11	-	-	21
Uro-Surgery	10	10	8	1	8
Plastics Surgery	6	6	2	-	5
Oral and Dental	4	4	-	-	4
Urology	4	4	2	-	3
Medic Rehab	2	-	2	-	1
Grand Total	3623	3069	582	35	618
Percentage		84.7 %	16.1 %	1 %	17.1%

2. Incidence of associated infection for\*

- a. Intravenous Therapy:
- i. Phlebitis :  $184/3069 \times 1000/16215 = 0.0037/1000 \text{ day}$
  - ii. Peripheral Blow Flow Infections:  $2/3069 \times 1000/16215 = 0.000004/1000 \text{ day}$
- b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 1000/4591 = 0.0015/1000 \text{ hari}$
- c. Ventilators :  $1/35 \times 1000/267 = 0.1070/1000 \text{ day}$
- d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 1000/3832 = 0.0030/1000 \text{ day}$

3. Attack Rates\*

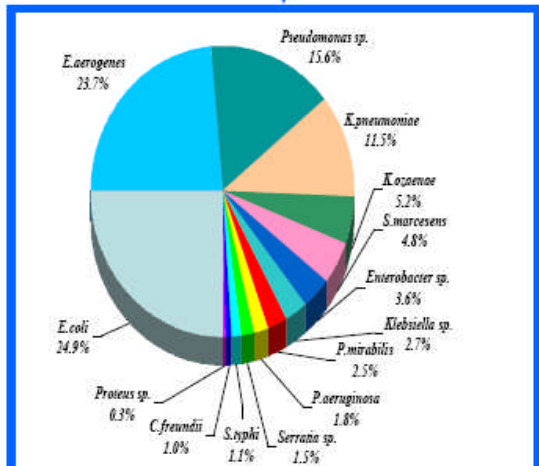
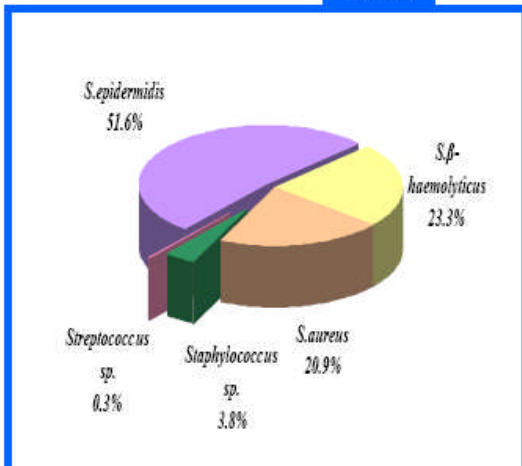
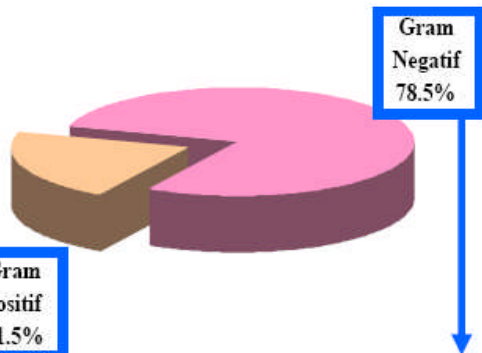
- a. Intravenous Therapy:
- i. Phlebitis :  $84/3069 \times 100 = 5.99 \%$
  - ii. Peripheral Blow Flow Infections:  $2/3069 \times 100 = 0.07 \%$
- b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 100 = 0.69 \%$
- c. Ventilators :  $4/35 \times 100 = 11.43 \%$
- d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 100 = 1.13 \%$

Diagram 17. Results of in-depth study of HAI Surveillance for October to December 2005.

Based on those results, Medical Committee recommended the implementation of High Impact Interventions to all departments (see Page 25).

Other ICT-MC activities are hospital bacterial mapping and do antibiotics sensitivity as in Diagram 19a and 19b.

Bacterial Mapping  
Januari - Desember  
2005



Percentage of  
Blood Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

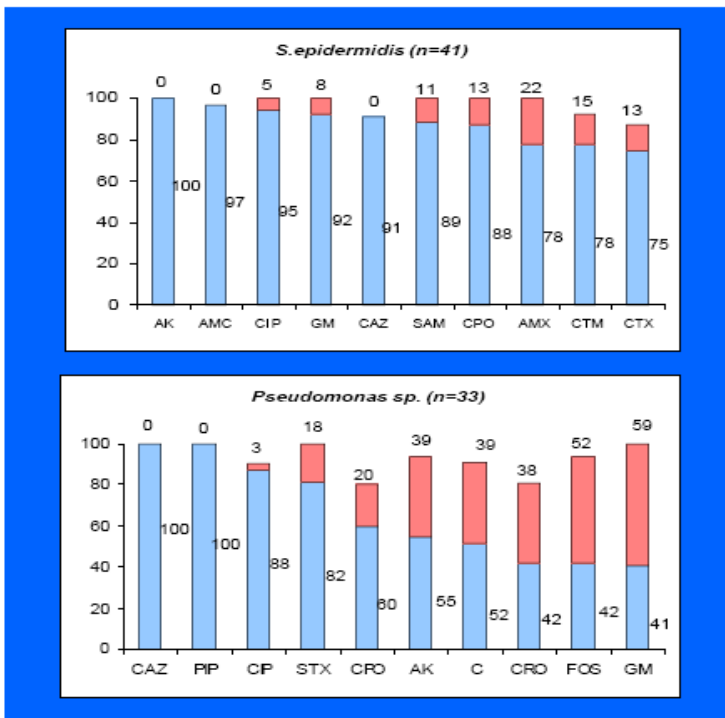
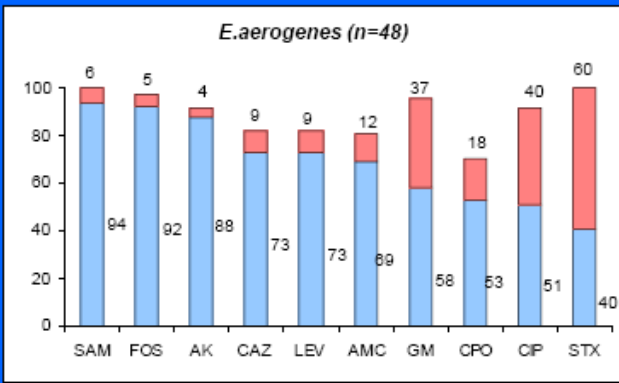
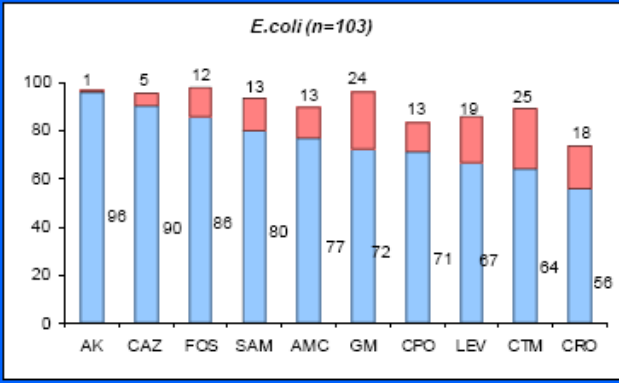


Diagram 19a. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

Percentage of Pus  
Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005



Percentage of Sputum Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

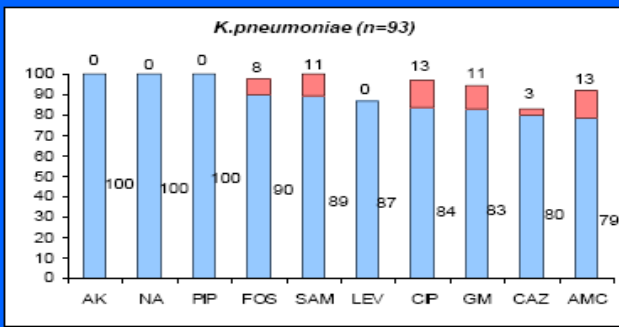
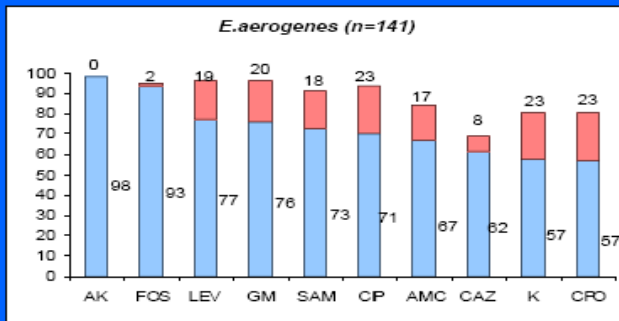


Diagram 19b. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

The **output** of ICT-MC's HAI surveillance results as **inputs** for **Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC)** in making drugs decision to be used and listed in **Hospital Drugs Formulary** (Diagram 20); especially for rational drugs and classified antibiotics into first line, second line or reserved (that are very potent but easily resistance) antibiotics as a *strategy to combat the emergence and spread of antimicrobial resistant bacteria*. DTT-MC has a system for hospital pharmaceutical care which involving doctors, nurses and pharmacists and known as **Lingkaran 5 Langkah 12 Kegiatan** (Circle of Five Steps and Twelve Activities) from selecting drugs, prescribing, dispensing, adverse events monitoring to summative audit (Diagram 21).

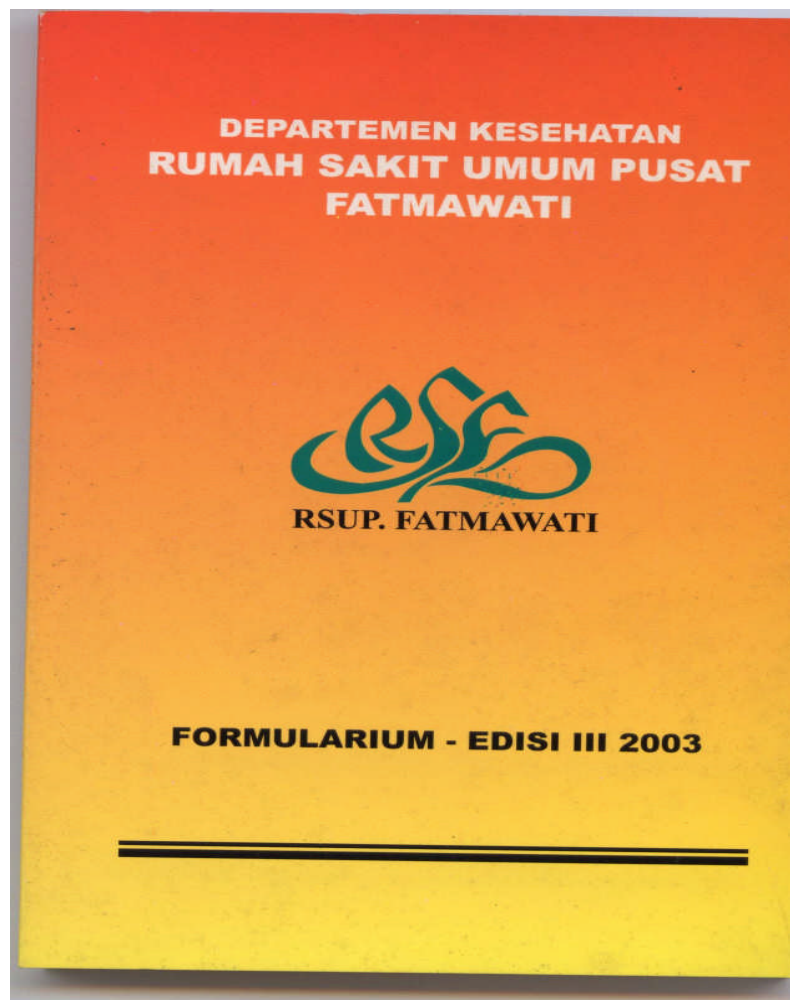
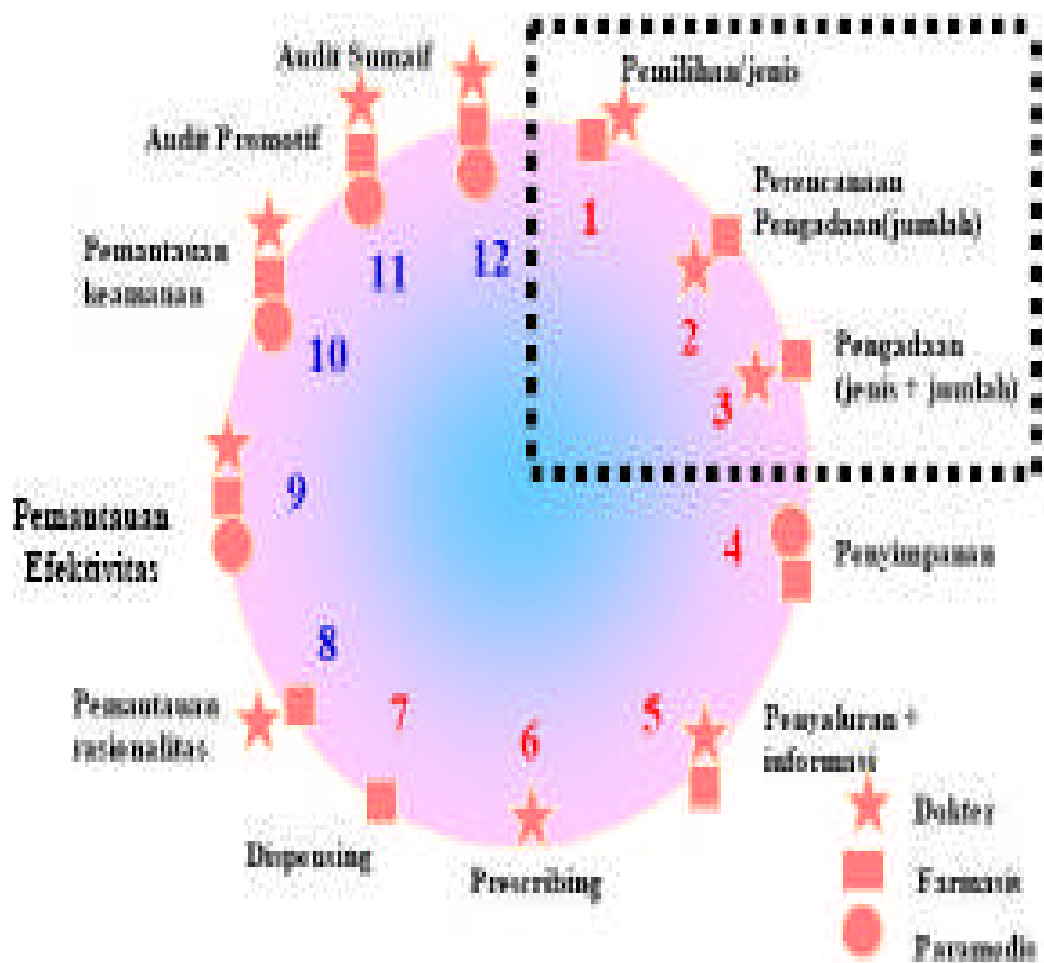


Diagram 20. Hospital Drugs Formulary from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC).



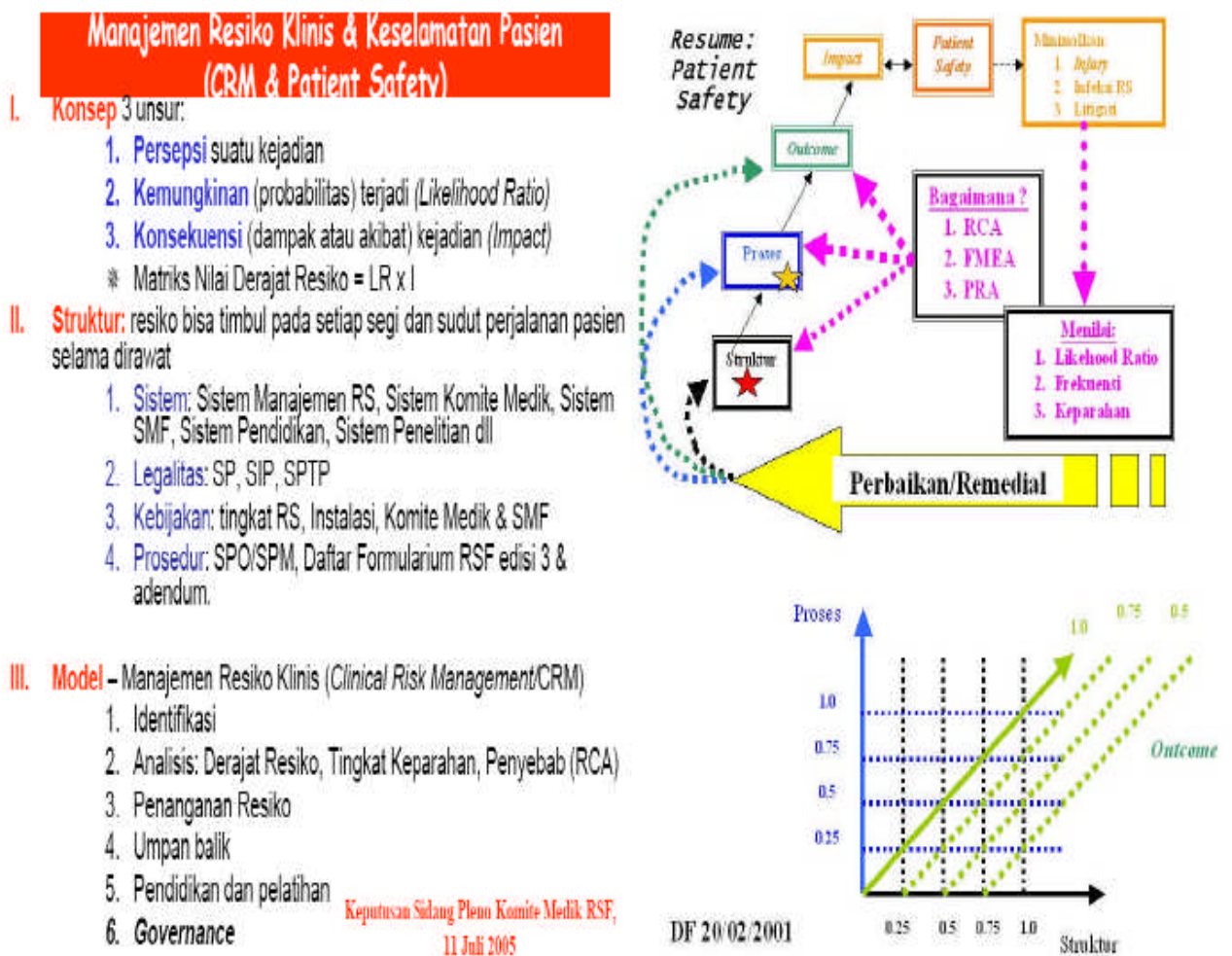


Gambar 2. Strategi 5 Langkah 12 Kegiatan

Diagram 21. The Circle of Five Steps and Twelve Activities from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) - (in Indonesian language).

Medical Committee has designed a Clinical Risks Management approached to assess the risks or medical errors (latent, active or near-miss) that might occur (Diagram 22). For monitoring and assessing individual medical ethics and risks, Medical Committee designed forms for every medical doctor as in Diagram 23.

## Format: Penilaian Risiko Medis (Medical Risks Assesment)



DF 20/02/2001

Diagram 22. Steps of Clinical Risk Management (in Indonesian language).

**Format Penilaian Risiko Medis Individu (Individual Medical Risks Assesment)**

Nama: .....

SMF : .....

Tahun .....	SIP		SPM/SPO		Clinical Pathways		Audit Medis		HII		CRM			Medical Errors					
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	RCA	FMEA	PRA	AE	LE	NM			
Bulan	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	
Januari																			
Februari																			
Maret																			
April																			
Mei																			
Jun																			
Juli																			
Agustus																			
Oktober																			
November																			
Desember																			
JUMLAH																			
Compliance: Y/(Y+T) x 100 %																			
Catatan:.....																			
Catatan:.....																			
Catatan:.....																			

MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Diagram 23. Medical Committee form for Individual Medical Risks Assessment (in Indonesian language).

As a continuous quality improvement in patient safety, Medical Committee designed and there are 9 forms of High Impact Interventions (HII) that necessary to be taken action following the results of HAI Surveillance and Risks Assessment. Those 9 High Impact Interventions (HII) are:

1. HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care.
2. HII-2: Preventing intravenous associated infection
3. HII-3: Preventing surgical site infection
4. HII-4: Preventing ventilator associated pneumonia
5. HII-5: Preventing urinary catheter associated infection
6. HII-6: Preventing inpatient associated diarrhea
7. HII-7: Preventing operation instruments associated injury

- 8. HII-8: Preventing anesthetic drugs and gases associated injury/harm
- 9. HII-9: Preventing drugs adverse events

KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



### High Impact Intervention (HII) 1

Tujuan: Pencegahan kontaminasi mikroba dalam praktik kedokteran dan keperawatan

Tanggal: .....	Jam: .....				Ruang: .....				Pelaksana: .....			
Elemen	Cuci tangan sebelum tindakan		Menggunakan alat proteksi		Melakukan tehnik antiseptik		Menaruh/membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan		Cuci tangan sesudah tindakan		Semua elemen dilakukan (1) s/d (5)	
	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(5)	(1) s/d (5)	(1) s/d (5)
Observasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
Jumlah												
% Compliance: (Y): (Y + T) x 100%												

Diagram 24. As an example one of nine High Impact Interventions (HII) HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care (in Indonesian language).

## **Fatmawati Hospital's Medical Committee version of *Clinical Pathways***

Our hospital's medical committee has designed a general format for Clinical Pathways and it has been revised for three times prior approval in Medical Committee Plenary Session (as the highest decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital.

### **Definition of our Clinical Pathways (CP)**

*Clinical Pathways (CP) is a concept of integrated services plan to the patients which are time framed, predictive and measurable results based on evidence of medical, nurse and pharmaceutical guidelines.<sup>2,19,20,21</sup>*

### **Principles in developing Clinical Pathways**

A well developed Clinical Pathways means:

- a. All the services should be integrated, patient focused and continuous care.
- b. Involving all professions (doctors, nurses, pharmacists and allied professionals)
- c. In time limited (either days or hours) based on diseases progressiveness for inpatients and or in emergency unit.
- d. All activities to the patients should be written in CP document and as part of Medical Records.
- e. All deviations from the planned should be written as variance(s).

---

<sup>19</sup> Firmanda D. Pedoman Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati, Jakarta 7 Oktober 2005.

<sup>20</sup> Firmanda D. Clinical Pathways: Peran profesi medis dalam rangka menyusun Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan pada kunjungan lapangan ke RSUP Adam Malik Medan 22 Desember 2005, RSUP Hasan Sadikin Bandung 23 Desember 2005 dan Evaluasi Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka penyempurnaan Pedoman DRGs Casemix Depkes RI, Hotel Grand Cempaka Jakarta 29 Desember 2005.

<sup>21</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006 (dalam pencetakan).

- f. *Variance(s) might occur either caused by disease progressiveness, co-morbid, complication or medical errors and should be analysed in the form of either as first and second medical audits or managerial audit.*
- g. *Variance(s) might use as an entry point to improve the quality of the services, revised the guidelines and setting new standards.*

*Therefore the Clinical Pathways might be as a tool for:*

- a. *Medical Profession: setting clinical standards, guidelines, and evaluating department and individual performance. As an entry point for medical audits, clinical risks management and assessment for patient safety.*
- b. *Nurse Profession: setting clinical standards in nursing care (Asuhan Keperawatan) and improvement of PSBH (Problem Solving for Better Health).*
- c. *Pharmacists: Unit Dose Daily and Stop Ordering*
- d. *Managerial improvement such as billing systems and IT systems.*

### ***Steps in developing Clinical Pathways***

There are steps to consider in developing Clinical Pathways Format as:

1. The components that are should be covered as the definition of Clinical Pathways itself
2. Use all the available and reliable hospital data based on local conditions such as RL2 report for patient morbidity and daily sensus<sup>22</sup> and MOH guidelines<sup>23</sup> in:
  - a. Selecting the topic for developing Clinical Pathways
  - b. Deciding average inpatient lenght of stay in hospital (ALOS).
3. Use the local hospital medical and pharmaceutical guidelines.<sup>2,5,7</sup>
4. Use ICD 10 for diagnostic and ICD 9 CM procedures properly.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Firmanda D. Kodefikasi ICD 10 dan ICD 9 CM: indikator mutu rekam medik dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Disampaikan pada *Sosialisasi Pola Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Diselenggarakan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI di Hotel Panghegar Bandung 1-3 Juni 2006.

<sup>23</sup> Departemen Kesehatan RI. Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI, Jakarta 2005.

## General Format of Fatmawati Hospital's Medical Committee for Clinical Pathways

Our first design Clinical Pathways as shown in Diagram 25.

### Format Umum Clinical Pathways


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF ..... RS FATMAWATI JAKARTA ..... (Nama Penyakit). 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: ..... kg	Tinggi Badan: ..... cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....		Rencana rawat : ..... hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp):	Biaya (Rp)
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Penyakit Penyerta	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Komplikasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Asesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Konsultasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tindakan:							
Obat-obatan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mobilisasi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hasil (Outcome):							
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Varians:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						Jumlah Biaya	
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	▪	.....	.....	.....

Diagram 25. General format of Clinical Pathways (in Indonesian language)


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA DEMAM BERDARAH DENGUE 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: .....kg	Tinggi Badan: .....cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....		Rencana rawat : 5 hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp): .....	Biaya (Rp) .....
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Penyakit Penyerta		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Komplikasi		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Asessmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Konsultasi		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang:	Hb,Ht,Trb, Leukosit DTL, U, F	Hb,Ht,Trb, Leu	Hb,Ht,Trb, Leu CXR RLD	Hb,Ht,Trb, Leu Ig G/ Ig M	Hb,Ht,Trb, Leuko	.....	.....
Tindakan:	Pasang IVFD	-	-	-	Angkat IVFD	.....	.....
Obat obatan:							
▪ Parasetamol 3 x ...mg		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ IVFD:..... cc/hr		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi:							
Mobilisasi:							
Hasil (Outcome):							
▪ Febris		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Perdarahan		.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Syok		.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Sanitasi Imunisasi	Kontrol poliklinik	.....	.....
Varians:							
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	Demam Berdarah Dengue	A 91	▪ Visite/Konsul: Anamnesis	89.0		
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪ Visite/Konsul: P. Fisik	89.7		
.....	.....	.....	.....	▪ Pemeriksaan mikroskop darah	90.5		
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪ Pemasangan IVFD	99.2		
.....	.....	.....	.....	▪ Foto toraks RLD	87.44		

Diagram 26. Pediatrics Clinical Pathways for Dengue Hemorrhagic Fever<sup>24</sup> (in Indonesian language).

<sup>24</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006.



There are 62 Clinical Pathways from 8 specialist department and had been implemented in the hospital and other 106 Clinical Pathways in printing from the rest of department (Diagram 27).

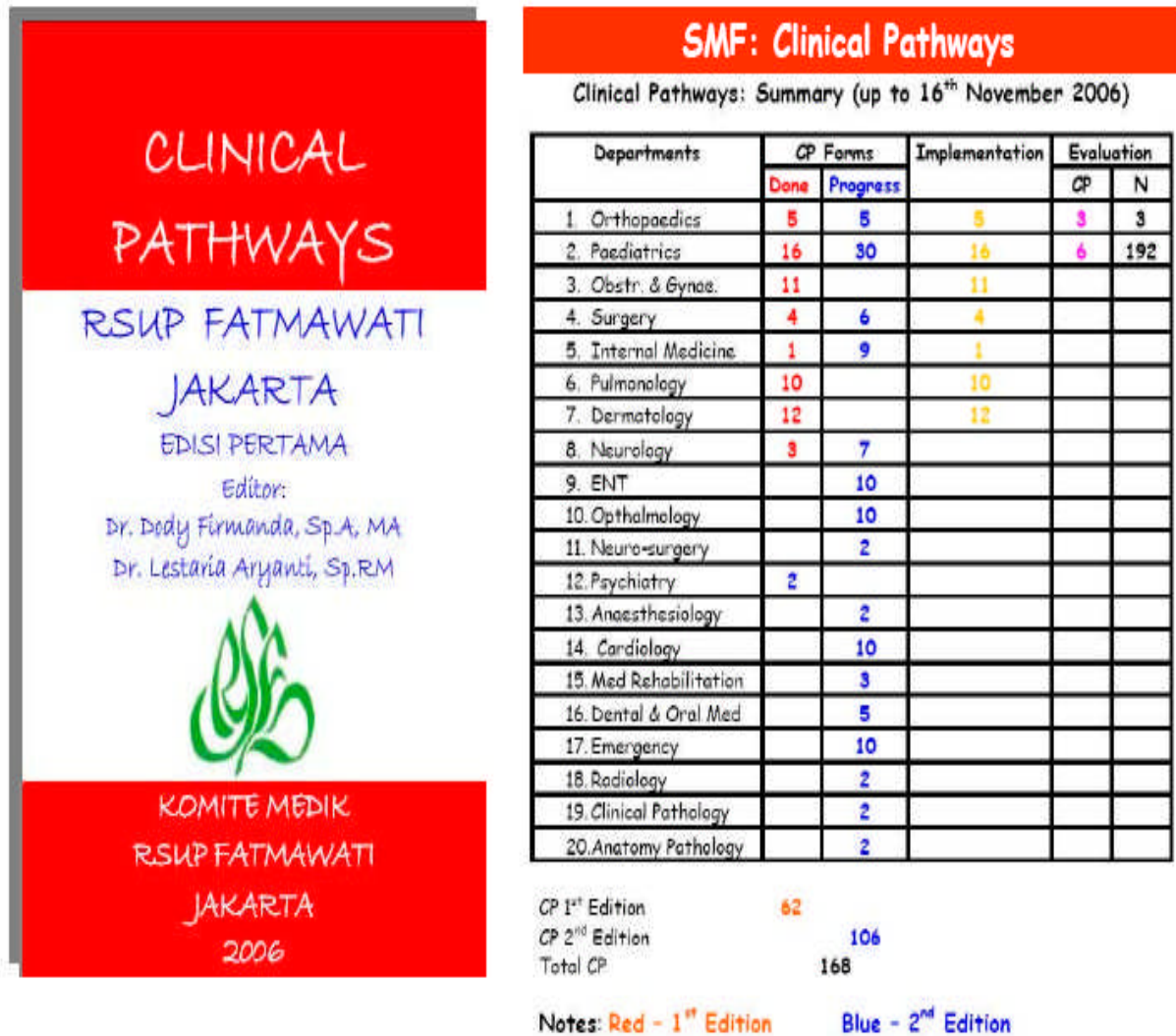


Diagram 27. Summary of Clinical Pathways in Fatmawati Hospital.

The Clinical Pathways as a tool for entry point for medical audits, clinical risks management/patient safety, cost efficiency, teaching medical students/residents and even for conducting research in hospital as shown in next diagram for examples.



**IMPLEMENTATION OF CLINICAL PATHWAYS for NEWBORN:  
IN PURSUE OF QUALITY AND COST CONTROL  
FOR DRG CASEMIX SYSTEM**

Gunawan Sugiarto and Dody Firmanda

Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital, Jakarta.

**INTRODUCTION**

There are 16 Pediatrics Clinical Pathways developed and implemented in Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital Jakarta for improving medical services and cost efficiency.

**OBJECTIVES**

To know:

- Usefulness of Clinical Pathways' Form for Newborn
- Newborn anthropometry
- Average length of stays
- Financial costs
- Variances that might occurs

**METHODS**

- Cross Sectional, Oct to Dec 2007
- 2<sup>nd</sup> Class Ward Department of Pediatrics
- Anthropometry and Final Costs.
- Risks Management and Medical Audits
- Surveillance for Hospital Infection

**RESULTS:**

Table 1. Anthropometry of Newborn

	Birth Weight (gram) <sup>a</sup> (mean ± SE)	Length (cm) <sup>b</sup> (mean ± SE)	Head Circumference (cm) <sup>c</sup> (mean ± SE)
Male n : 34 (57.6%)	3 070.59 ± 88.24	49.09 ± 0.36	33.62 ± 0.19
Female n : 25 (42.4%)	2 908 ± 35.31	48.04 ± 0.51	33.20 ± 0.16

Note: There is no statistics difference in the anthropometry for both sexes.  
<sup>a</sup> Mean Difference = 182.59 SEM = 103.71 t = 1.57 p > 0.05 95% CI = - 44.83 to 370.01  
<sup>b</sup> Mean Difference = 1.05 SEM = 0.62 t = 1.68 p > 0.05 95% CI = - 0.20 to 2.30  
<sup>c</sup> Mean Difference = 0.42 SEM = 0.34 t = 1.23 p > 0.05 95% CI = - 0.26 to 1.10

**CONCLUSIONS:** Clinical Pathways might useful for evaluating quality services, estimating hospital cost, teaching and research in medicine.

- 59 newborns: 37 (62.7%) spontaneous, 21 (35.6%) SC, and 1 (1.7%) EV delivery.
- **ALOS** 3.11 ± 0.09 days  
95% CI: 2.94 to 6.06 days.
- **Costs** Rp 761 894.64,- ± 34 282.27,-  
95% CI: Rp 693 330.11,- to Rp 1 455 224.75,- (Rooms 18.9%, Doctors 15.9%, Laboratory 11.1%, Procedures 54.1%).
- **Patient Safety:** There is no medical errors (active and latent), hospital infection and litigation.

Diagram 29. A research result for evidence-based practice - Implementation of Pediatrics Clinical Pathways for Newborn - with medical audit, clinical risks management, patient safety, practice guidelines, drugs formulary, HAI Surveillance and hospital cost-analysis.

## What Next .....

We are in Medical Committee is still working to design a workable and achievable that might suit to our hospital condition to 'patch-in' the agenda of **Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007** from WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Joint Commission and Joint Commission International. Those nine patient safety solutions are:

10. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names
11. Patient Identification
12. Communication During Patient Hand-Overs
13. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site
14. Control of Concentrated Electrolyte Solutions
15. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care
16. Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections
17. Single Use of Injection Devices
18. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection

To be integrated into our Medical Committee's Quality System (Clinical Governance) as in Diagram 30

### Next Tasks.....



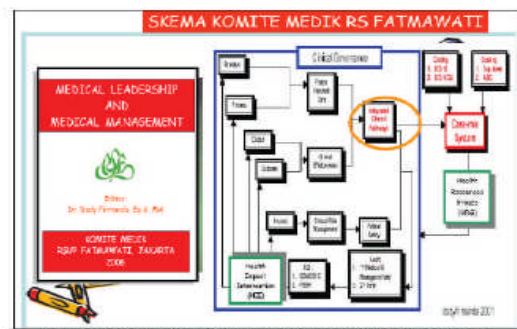
Sumber 1. Agenda Nine Patient Safety Solutions dari WHO Collaborating Centre for Patient Safety, Joint Commission and Joint Commission International.<sup>8</sup>

1. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names
2. Patient Identification
3. Communication During Patient Hand-Overs
4. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site
5. Control of Concentrated Electrolyte Solutions
6. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care
7. Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections
8. Single Use of Injection Devices
9. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection



**KOMITE MEDIK: SISTEM CLINICAL GOVERNANCE, PATIENT SAFETY & QP**

Gambar 5. Beberapa panduan dan pedoman Komite Medik RSUP Fatmawati



Gambar 4. Skema Clinical Governance Komite Medik RSUP Fatmawati

Diagram 30. Integrating and 'patch-in' the agenda of **Nine Patient Safety Solutions - Preamble May 2007** into Fatmawati Hospital Medical Committee's Quality System.

.....Dody Firminda, Jakarta 13<sup>th</sup> June 2007.....

# Clinical Pathways as an integrated services plan in hospital quality and finance.<sup>#</sup>

Dody Firmanda  
Chairman of Medical Committee  
Fatmawati Hospital Jakarta.

## Introduction

Quality is different things to different people based on their belief and norms, their perspective as medical doctors, managers, nurses, pharmacists, allied professions, patients and stakeholders etc. But, one thing for sure that quality is a never ending journey - and quality is everyone's responsibility not just merely entitle to the institution or unit only. The latest impact of quality itself nowadays is safety - **Patient Safety** - safe and cure to the patient and clean care for the providers. On the other part - financial constraints and budget allocation are limited - just put it simply that resources - high qualified and quality people, time, facilities, equipment and knowledge - are scarce and even if there are available- it will definitely very costly. Therefore, it will need a well tailored design tool that integrated and combine all aspects of professionals care involvement, resources usage and finance inclusively as it is already stated in Indonesian Law No 29/2004 (paragraph: *kendali mutu dan kendali biaya*) through a manageable professional quality system (*Clinical Governance*) and financial system within a hospital. The critical and important junction is what we named it as **Clinical Pathways** - bridging the quality and financial systems - that will reflects transparency, fairness and accountability as required in Good Corporate (Hospital) Governance's principles (Diagram 1).

---

<sup>#</sup> Presented at Hospital Executive Management Course, Center for Health Administration and Policy Study, University of Indonesia, Hotel Bidakara Jakarta 18-21 July 2007.

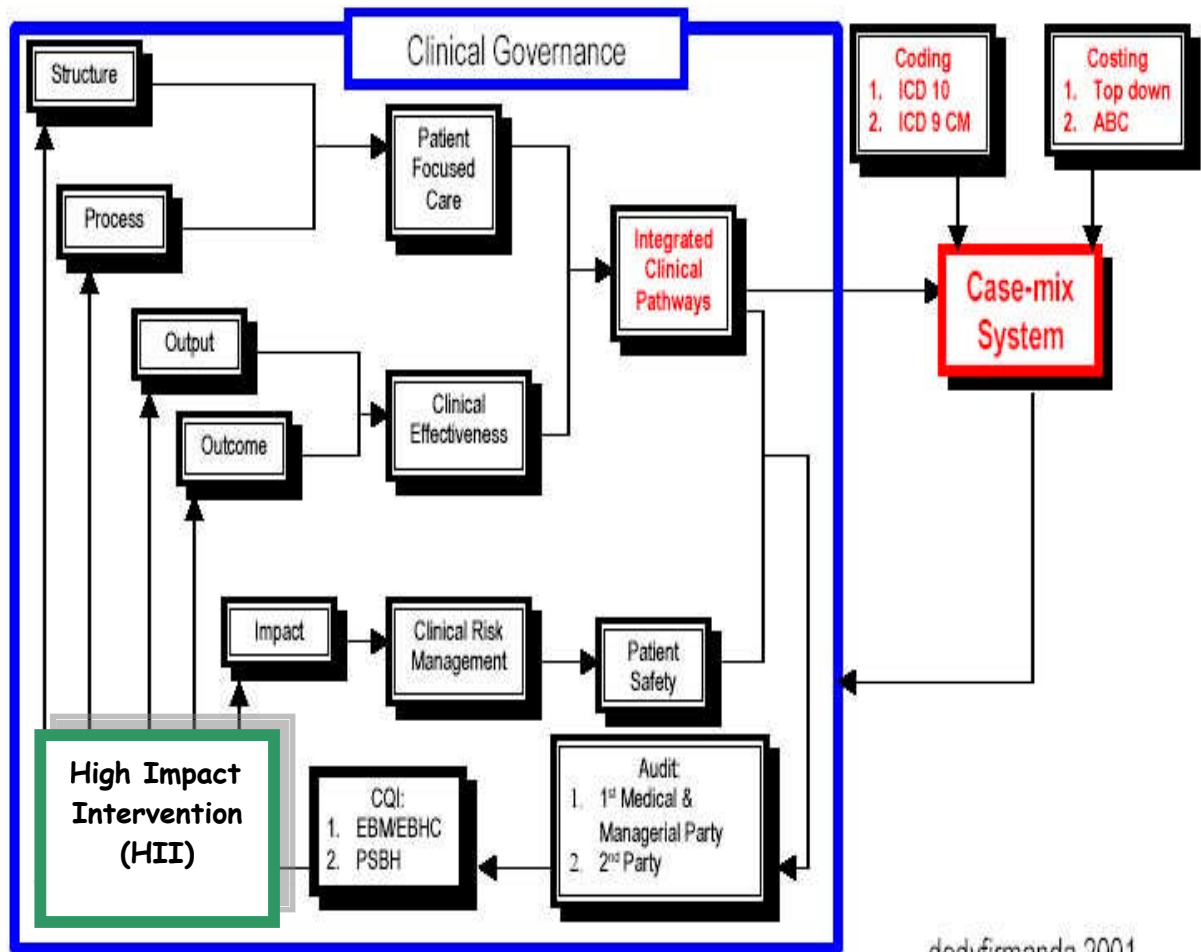


Diagram 1. Fatmawati Hospital's Medical Committee strategy in implementing Clinical Governance (including patient safety) and Financial System (DRG Casemix System).

Fatmawati Hospital Medical Committee has designed a general format for Clinical Pathways and it has been revised for three times prior approval in Medical Committee Plenary Session (as the highest decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital.

## Definition of Clinical Pathways (CP)

Clinical Pathways (CP) is a concept of integrated services plan to the patients which are time framed, predictive and measurable results based on evidence of medical, nurse and pharmaceutical guidelines.<sup>1,2,3</sup>

## Principles in developing Clinical Pathways

A well developed Clinical Pathways means:

- a. All the services should be integrated, patient focused and continuous care.
- b. Involving all professions (doctors, nurses, pharmacists and allied professionals)
- c. In time limited (either days or hours) based on diseases progressiveness for inpatients and or in emergency unit.
- d. All activities to the patients should be written in CP document and as part of Medical Records.
- e. All deviations from the planned should be written as variance(s).
- f. Variance(s) might occur either caused by disease progressiveness, co-morbid, complication or medical errors and should be analysed in the form of either as first and second medical audits or managerial audit.
- g. Variance(s) might use as an entry point to improve the quality of the services, revised the guidelines and setting new standards.

Therefore the Clinical Pathways might be as a tool for:

- a. Medical Profession: setting clinical standards, guidelines, and evaluating department and individual performance. As an entry point

---

<sup>1</sup> Firmanda D. Pedoman Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan dalam Sidang Pleno Komite Medik RS Fatmawati, Jakarta 7 Oktober 2005.

<sup>2</sup> Firmanda D. Clinical Pathways: Peran profesi medis dalam rangka menyusun Sistem DRGs Casemix di rumah sakit. Disampaikan pada kunjungan lapangan ke RSUP Adam Malik Medan 22 Desember 2005, RSUP Hasan Sadikin Bandung 23 Desember 2005 dan Evaluasi Penyusunan Clinical Pathways dalam rangka penyempurnaan Pedoman DRGs Casemix Depkes RI, Hotel Grand Cempaka Jakarta 29 Desember 2005.

<sup>3</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006.

- for medical audits, clinical risks management and assessment for patient safety.
- b. Nurse Profession: setting clinical standards in nursing care (Asuhan Keperawatan) and improvement of PSBH (Problem Solving for Better Health).
  - c. Pharmacists: *Unit Dose Daily and Stop Ordering*
  - d. Managerial improvement such as billing systems and IT systems.

### **Steps in developing Clinical Pathways**

There are steps to consider in developing Clinical Pathways Format as:

1. The components that are should be covered as the definition of Clinical Pathways itself
2. Use all the available and reliable hospital data based on local conditions such as RL2 report for patient morbidity and daily sensus<sup>4</sup> and MOH guidelines<sup>5</sup> in:
  - a. Selecting the topic for developing Clinical Pathways
  - b. Deciding average inpatient lenght of stay in hospital (ALOS).
3. Use the local hospital medical and pharmaceutical guidelines.<sup>2,5,7</sup>
4. Use ICD 10 for diagnostic and ICD 9 CM procedures properly.<sup>26</sup>

---

<sup>4</sup> Firmanda D. Kodefikasi ICD 10 dan ICD 9 CM: indikator mutu rekam medik dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Disampaikan pada *Sosialisasi Pola Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Diselenggarakan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI di Hotel Panghegar Bandung 1-3 Juni 2006.

<sup>5</sup> Departemen Kesehatan RI. Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI, Jakarta 2005.



## General Format of Fatmawati Hospital's Medical Committee for Clinical Pathways

Our first design Clinical Pathways as in Diagram 2.

### Format Umum Clinical Pathways


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF ..... RS FATMAWATI JAKARTA ..... (Nama Penyakit). 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: ..... kg	Tinggi Badan: ..... cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....			Rencana rawat : ..... hari		
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp):	Biaya (Rp)
	Hari Rawat 1 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 2 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 3 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 4 Hari Sakit: ...	Hari Rawat 5 Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Penyakit Penyerta	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Komplikasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Asesmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪ Konsultasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tindakan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Obat-obatan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mobilisasi:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hasil (Outcome):							
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
▪	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Varians:	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
							Jumlah Biaya
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	▪	.....	.....	.....
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	▪	.....	.....	.....

Diagram 2. General format of Clinical Pathways (in Indonesian language)


		CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX SMF KESEHATAN ANAK RS FATMAWATI JAKARTA DEMAM BERDARAH DENGUE 2006					
		Nama Pasien:	Umur:	Berat Badan: .....kg	Tinggi Badan: .....cm	Nomor Rekam Medis:	
Diagnosis Awal: .....		Kode ICD 10 : .....		Rencana rawat : 5 hari			
Aktivitas Pelayanan	R. Rawat	Tgl/Jam masuk:	Tgl/Jam keluar:	Lama Rwt ..... hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp): .....	Biaya (Rp) .....
	Hari Rawat 1	Hari Rawat 2	Hari Rawat 3	Hari Rawat 4	Hari Rawat 5		
	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...	Hari Sakit: ...		
Diagnosis:							
▪ Penyakit Utama		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Penyakit Penyerta		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Komplikasi		.....	.....	.....	.....	.....	
Asessmen Klinis:							
▪ Pemeriksaan dokter		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Konsultasi		.....	.....	.....	.....	.....	
Pemeriksaan Penunjang:	Hb,Ht,Trb, Leukosit DTL, U, F	Hb,Ht,Trb, Leu	Hb,Ht,Trb, Leu CXR RLD	Hb,Ht,Trb, Leu Ig G/ Ig M	Hb,Ht,Trb, Leuko	.....	
Tindakan:	Pasang IVFD	-	-	-	Angkat IVFD	.....	
Obat obatan:		.....					
▪ Parasetamol 3 x ...mg		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ IVFD:..... cc/hr		.....	.....	.....	.....	.....	
Nutrisi:		.....					
Mobilisasi:		.....					
Hasil (Outcome):							
▪ Febris		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Perdarahan		.....	.....	.....	.....	.....	
▪ Syok		.....	.....	.....	.....	.....	
Pendidikan/Rencana Pemulangan:	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Banyak minum Tanda perdarahan	Sanitasi Imunisasi	Kontrol poliklinik	.....	
Varians:		.....	.....	.....	.....	.....	
						Jumlah Biaya	
Nama Perawat:	Diagnosis Akhir:		Kode ICD 10	Jenis Tindakan:		Kode ICD 9 – CM	
.....	▪ Utama	Demam Berdarah Dengue	A 91	▪ Visite/Konsul: Anamnesis	89.0		
Nama Dokter:	▪ Penyerta	.....	.....	▪ Visite/Konsul: P. Fisik	89.7		
.....	.....	.....	.....	▪ Pemeriksaan mikroskop darah	90.5		
Nama Pelaksana Verifikasi:	▪ Komplikasi	.....	.....	▪ Pemasangan IVFD	99.2		
.....	.....	.....	.....	▪ Foto toraks RLD	87.44		

Diagram 3. Pediatrics Clinical Pathways for Dengue Hemorrhagic Fever<sup>6</sup> (in Indonesian language).

<sup>6</sup> Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta 2006.

There are 62 Clinical Pathways from 8 specialist department and had been implemented in the hospital and other 106 Clinical Pathways in printing from the rest of departments (Diagram 4).

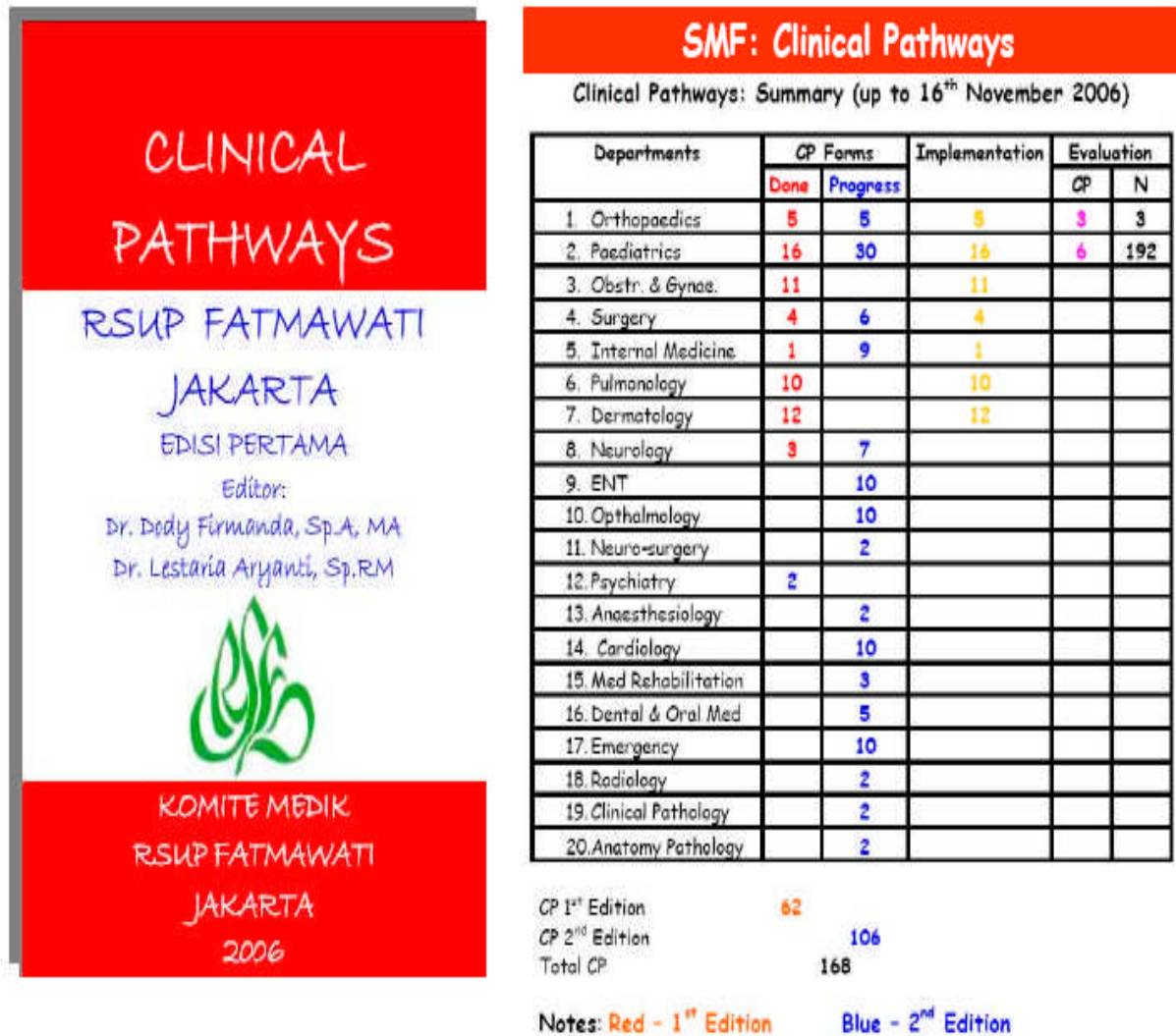


Diagram 4. Summary of Clinical Pathways in Fatmawati Hospital.

The Clinical Pathways as a tool for entry point for medical audits, clinical risks management/patient safety, cost efficiency, teaching medical students/residents and even for conducting research in hospital as shown in next diagram for examples.



**IMPLEMENTATION OF CLINICAL PATHWAYS for NEWBORN:  
IN PURSUE OF QUALITY AND COST CONTROL  
FOR DRG CASEMIX SYSTEM**

Gunawan Sugiarto and Dody Firmanda

Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital, Jakarta.

**INTRODUCTION**

There are 16 Pediatrics Clinical Pathways developed and implemented in Department of Pediatrics, Fatmawati Hospital Jakarta for improving medical services and cost efficiency.

**OBJECTIVES**

To know:

- Usefulness of Clinical Pathways' Form for Newborn
- Newborn anthropometry
- Average length of stays
- Financial costs
- Variances that might occurs

**METHODS**

- Cross Sectional, Oct to Dec 2007
- 2<sup>nd</sup> Class Ward Department of Pediatrics
- Anthropometry and Final Costs.
- Risks Management and Medical Audits
- Surveillance for Hospital Infection

The form is titled 'CLINICAL PATHWAYS' and includes the following sections:

- Header:** Includes the hospital logo and name: 'RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA SATI BANGKALAN 2008'.
- Patient Information:** Fields for Name, Sex, Age, Date of Birth, and Date of Admission.
- Diagnosis:** Fields for ICD-9-CM codes and descriptions.
- Procedure:** Fields for ICD-9-CM codes and descriptions.
- Medication:** Fields for drug names, doses, and frequencies.
- Final Costs:** A table with columns for 'Room', 'Doctor', 'Laboratory', and 'Procedure', with rows for 'Actual' and 'Budget' costs.

**RESULTS:**

Table 1. Anthropometry of Newborn

	Birth Weight (gram) <sup>a</sup> (mean ± SE)	Length (cm) <sup>b</sup> (mean ± SE)	Head Circumference (cm) <sup>c</sup> (mean ± SE)
Male n : 34 (57.6%)	3 070.59 ± 88.24	49.09 ± 0.36	33.62 ± 0.19
Female n : 25 (42.4%)	2 908 ± 35.31	48.04 ± 0.51	33.20 ± 0.16

Note: There is no statistics difference in the anthropometry for both sexes.  
<sup>a</sup> Mean Difference = 182.59 SEM = 103.71 t = 1.57 p > 0.05 95% CI = - 44.83 to 370.01  
<sup>b</sup> Mean Difference = 1.05 SEM = 0.62 t = 1.68 p > 0.05 95% CI = - 0.20 to 2.30  
<sup>c</sup> Mean Difference = 0.42 SEM = 0.34 t = 1.23 p > 0.05 95% CI = - 0.26 to 1.10

- 59 newborns: 37 (62.7%) spontaneous, 21 (35.6%) SC, and 1 (1.7%) EV delivery.
- **ALOS** 3.11 ± 0.09 days  
95% CI: 2.94 to 6.06 days.
- **Costs** Rp 761 894.64,- ± 34 282.27,-  
95% CI: Rp 693 330.11,- to Rp 1 455 224.75,- (Rooms 18.9%, Doctors 15.9%, Laboratory 11.1%, Procedures 54.1%).
- **Patient Safety:** There is no medical errors (active and latent), hospital infection and litigation.

**CONCLUSIONS:** Clinical Pathways might useful for evaluating quality services, estimating hospital cost, teaching and research in medicine.

Diagram 6. A research result for evidence-based practice - Implementation of Pediatrics Clinical Pathways for Newborn - with medical audit, clinical risks management, patient safety, practice guidelines, drugs formulary, HAI Surveillance and hospital cost-analysis.

## Fatmawati Hospital's Medical Committee version for the implementation of Patient Safety

Medical Committee has designed a patient safety framework which involving multi professions and as a bottom-up approach. (Diagram 7)

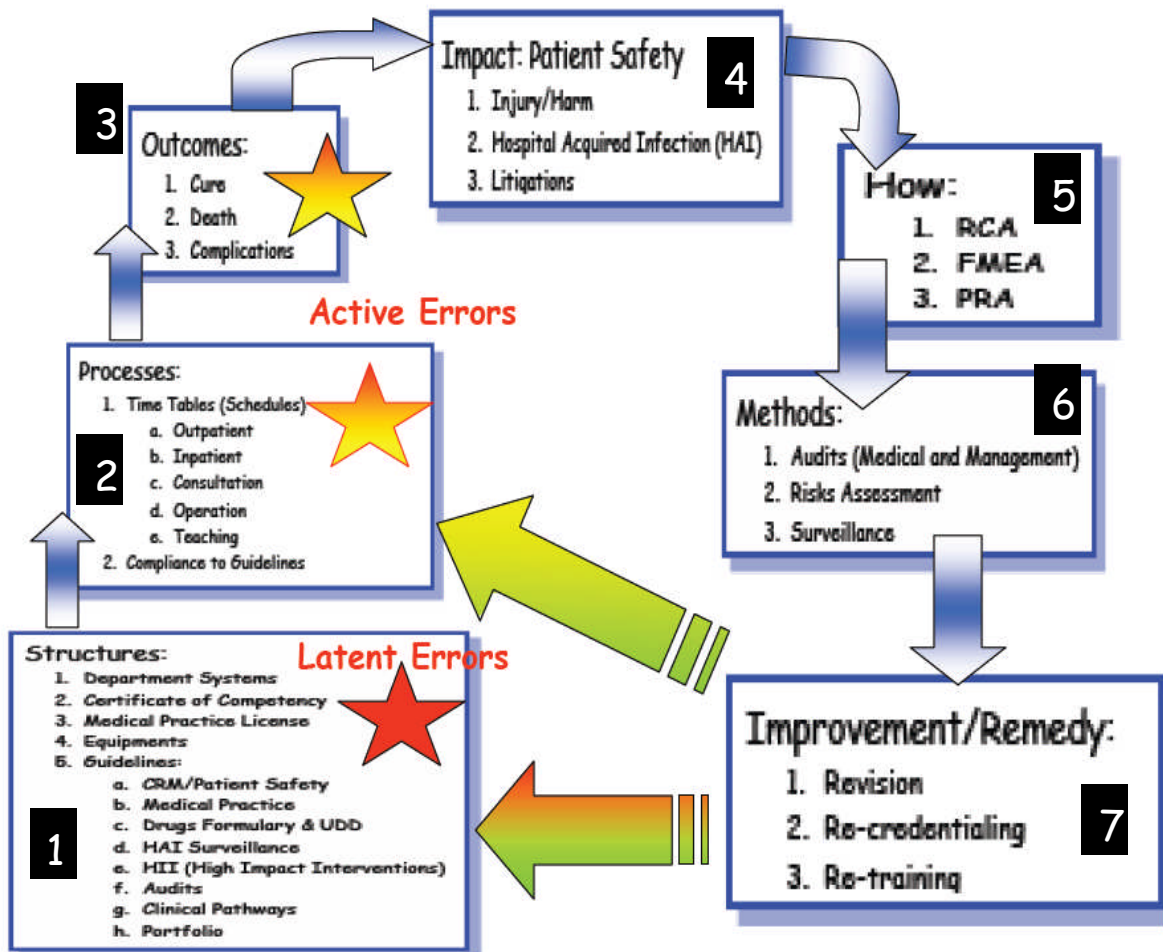


Diagram 7. Framework of Fatmawati Hospital Medical Committee for Patient Safety.

For the *structures* (Box 1), Medical Committee developed medical profession quality systems (Clinical Governance) known as Sistem Komite Medik (Medical Committee System) and Sistem SMF (for all 20 specialist departments) - as rules and regulations that bind to all medical professional in hospital from the first and early recruitment medical staff, medical practice guidelines, drugs formulary, HAI surveillance forms, medical audit

forms, high impact interventions (HII) forms, clinical pathways, maintain and improve their professional competences, monitoring their performances and individual risks medical assessment (portfolio). If any of these not available, means that there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as latent-type of medical errors.

All those Medical Committee products are approved in Medical Committee Plenary Session (as the highest medical decision making meeting) to be implemented to all 20 Departments in our hospital as public hospital and teaching hospital (Diagram 8 and 9).



Diagram 8. Medical Committee book guidelines for Clinical Governance, Clinical Risks Management, Patient Safety, High Impact Intervention, HAI Surveillance, Hospital Drugs Formulary and Clinical Pathways.

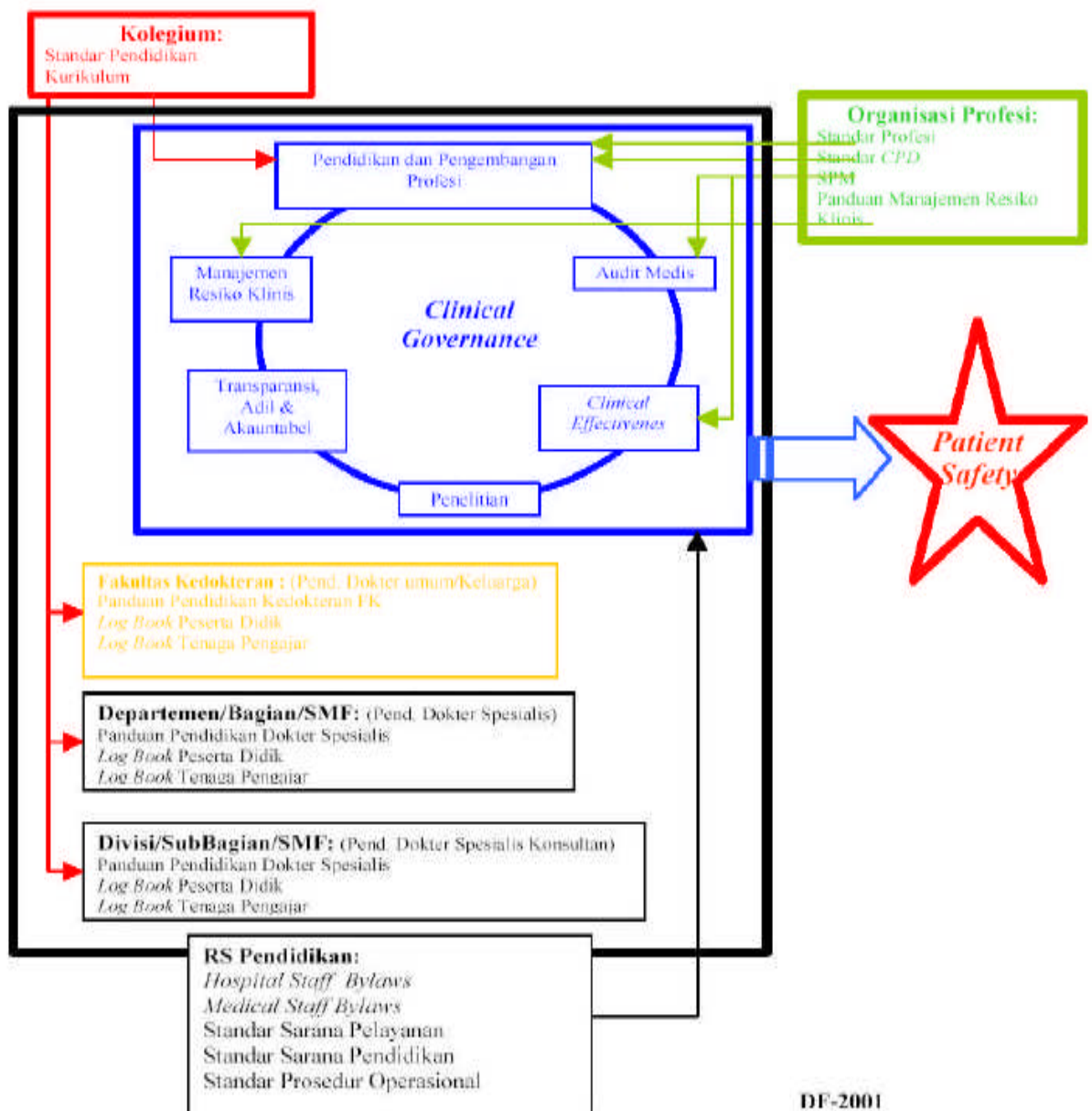


Diagram 9. The structures of Medical Committee for Teaching Hospital in the implementation of patient safety (in Indonesian language).



In the *process* (Box 2) as implementation for patient safety, Medical Committee designed a 'mechanism' of jobs flow chart as in Diagram 10.

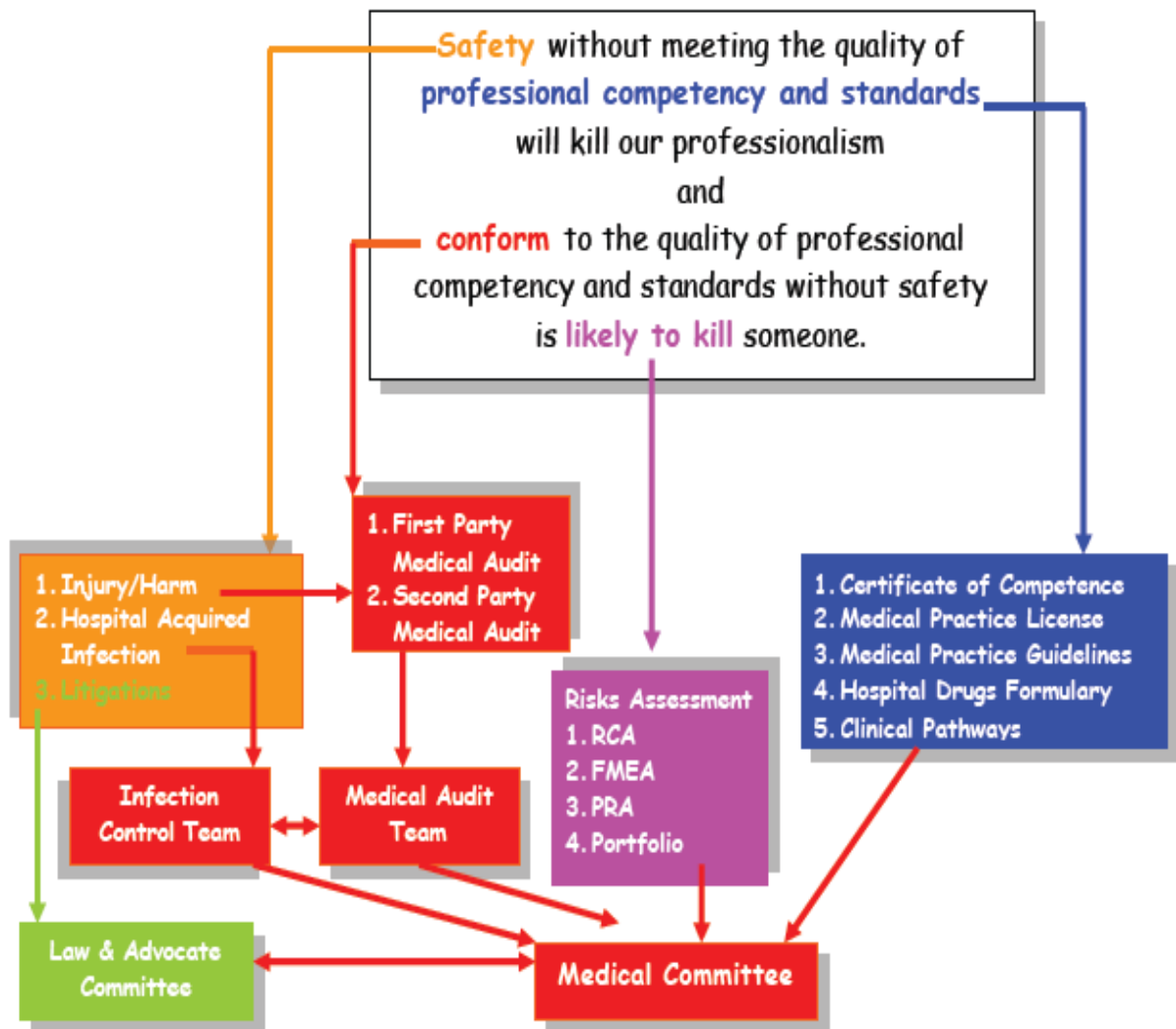


Diagram 10. Medical Committee's flowchart for the implementation of patient safety.

Failure to conform (or compliance) to these processes mean there is a potential prone and flaw to patient safety - and categorize as active-type of medical errors that might occurs as in either system failure or individual tasks.

## **The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC)**

There are 16 clinical teams in Medical Committee, one of them is Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) which its members come from multidisciplinary professions such as specialist doctors, nurses, pharmacists, and administrators. The ICT-MC has 5 pillars and clear objectives in infection control as:

1. Isolation of patients and barrier precautions : ICT-MC work together with managers and other teams (i.e. Avian Flu Team, HIV/AIDS Team etc)
2. Decontamination of items and equipment: ICT-MC advocating other hospital support services.
3. Prudent use of antibiotics: ICT-MC work together with Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) in suggesting the rational use of antibiotics and classification usage of antibiotics in hospital.
4. Handwashing: designing, campaigning and training to all health professionals, and making recommendation of the infrastructure for hand hygiene.
5. Decontamination of environment: ICT-MC advocating other hospital support services and hospital environment department.

### **Hand Hygiene Program**

Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) has set-up regular time table training in Prevention of HAI (including hand hygiene such as **hand washing**) to all health professionals (including residents and medical students), food and catering staff, linen and laundry service staff, housekeepers, security staff and patients and their family (Diagram 11 and 12).

To improve members of ICT-MC of their skills and knowledge in HAI, we do regular and training schedule as in Diagram 13.

The ICT-MC do make their report of activities and future plan to Medical Committee regularly (monthly and annually) as in Diagram 14 and 15.

**LAPORAN KEGIATAN**  
**PELATIHAN PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL PADA PETUGAS KEBERSIHAN**  
**( CLEANING SERVICE )**  
**16, 19, 26 DAN 30 MEI 2005**

**I. PELAKSANAAN KEGIATAN**

- a. Pelatihan telah selesai dilaksanakan pada hari / tanggal : Senin, 30 Mei 2005
- b. Pelatihan dibagi menjadi 4 kelompok, setiap kelompok terdiri dari 24 orang
- c. Peserta yang mengikuti pelatihan adalah cleaning service yang bertugas di ruang pelayanan. Rencana jumlah peserta 96 orang
- d. Selama pelatihan peserta diberikan materi Pelatihan ( terlampir ), dan sertifikat
- e. Pengajar dari Tim Nosokomial, antara lain :
  1. Dr. Sjafrudin, SpTHT
  2. Dr. Lestaria Aryanti, SpRM
  3. Dr. Harry Trimurjatno, MM
  4. Dr. Luci Liana, SpPK
  5. Dr. Witjahjakarta, SpS
  6. Sunarsih, AMK
  7. Titik Suparti, SPd, MM

**II. MATERI YANG TELAH DIBERIKAN SELAMA PELATIHAN**

1. Infeksi Nosokomial
2. Kewaspadaan Universal
3. Pengelolaan Limbah di RS
4. Antiseptik dan Desinfektan
5. Cara menyapu di dalam dan di luar gedung
6. Cara mengepel lantai
7. Cara membersihkan sanitair

**III. HASIL PELAKSANAAN PELATIHAN**

1. Pelatihan dibagi 4 kelompok, masing –masing kelompok terdiri dari 24 orang, namun pada pelaksanaannya yang mengikuti pelatihan hanya 84 orang.

Diagram 11. ICT-MC's report training in Prevention of HAI including hand hygiene for housekeeper/cleaning service in 2005 for example (in Indonesian language)

**JADWAL PELAKSANAAN  
PENDIDIKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL  
DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2006**

NO	HARI/ TGL/ BULAN/ JAM	TOPIK	PRESENTAN
1	Selasa , 20 Juni 2006 Pk. 13.00 – 13.20 WIB	Pertemuan ke-1 Pembukaan Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.20 – 13.50 WIB	Standard Precaution	Dr. Pratiwi ,A. SpA
	Pk. 13.50 – 14.20 WIB	Isolation precaution	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.20 – 14.50 WIB	Prevention of Intravascular Catheter Related Infektion	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 14.50 – 15.20 WIB	Prevention of Noso SSI	Dr. Syafruddin,SpTHT
	Pk. 15.20 – 15.30 WIB	Kuis pasca pendidikan	
2	Selasa , 27 Juni 2006	Pertemuan ke-2	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Noso Pneumonia	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 13.40 – 14.00 WIB	Prevention of Noso Urinary Tract Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.00 – 14.30 WIB	Prevention of Sp Case Infection	Dr. Anti,D.SpPK
	Pk. 14.30 – 15.00 WIB	Prevention of Sharp Injuries	Dr. Lestaria,A. SpRM
Pk. 15.00 – 15.30 WIB	Managemen of Occupational Exposures to HBV, HBC, HIV, & Postexposure Prophylaxis	Dr. Lestaria,A. SpRM	
Pk. 15.30 – 15.40 WIB	Kuis pasca pendidikan		
3	Selasa , 11 Juli 2006	Pertemuan ke-3	
	Pk. 13.00 – 13.10 WIB	Kuis pra pendidikan	
	Pk. 13.10 – 13.40 WIB	Prevention of Transmission of Infection Among Hemodialysis Patient	Ns. Umi A , S.Kep
	Pk. 13.40 – 14.10 WIB	Prevention the Transmission of M.Tuberculosis in Health Care Facilities	Dr. Kemal , SpS
	Pk. 14.10 – 14.40 WIB	Dekontaminasi, Desinfeksi , Sterilisasi	Dr. Pratiwi , A. SpA
	Pk. 14.40 – 15.10 WIB	Waste Management	Dra. Debby D , M.Epid
Pk. 15.10 – 15.20 WIB	Kuis pasca pendidikan		

Diagram 12. Time table of ICT-MC training in Prevention of HAI and hygiene for all hospital professionals in 2006 (in Indonesian language)

**G. PELAKSANAAN PELATIHAN TIM PENGENDALIAN INFEKSI TAHUN 2006 DI DALAM NEGERI**

No	Judul Pelatihan	Penyelenggara	Waktu	Tempat	Peserta
1	<b>DALAM NEGERI</b> " Penggunaan antibiotika secara bijak (prudent use of antibiotics) bagi petugas pelayanan kesehatan (health care professionals) dalam rangka pengendalian resistensi antibiotika"	AMRIN Study Surabaya Local Committee Fakultas Kedokteran UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya.	17-19 Maret 2006	Hotel Majapahit Mandarin Oriental Surabaya – Jl. Tunjungan no. 65 Surabaya Telp. 031 5454333	2 orang: -dr.Pratiwi, SpA -dra.Debbi, Apt.
2	Kursus Dasar Pengendalian Infeksi Nosokomial (peserta & panitia)	PERDALIN JAYA	15-18 Mei 2006	RSUP Fatmawati Jakarta	2 orang perawat sebagai panitia: 10 orang
3	3 <sup>rd</sup> Symposium of Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW) "Challenges in the use of Antimicrobials in emerging and re emerging infectious diseases"	Indonesia Antimicrobial Resistance Watch (IARW)	1-2 Juli 2006	Hotel Borobudur Jakarta	3 orang: dr.Syafrudin, SpTHT dr.Pratiwi, SpA dr. Anti.D, SpPK
4.	Lokakarya PPRA	AMRIN DepKes	6-7 Desember 2006	Hotel Ashton Jakarta	Anggota Tim ( 6 orang)
5.	Workshop Pengendalian Infeksi Nosokomial	PERDALIN JAYA & Persatuan Perawat	19-20 Mei 2006	RSPAD	Peserta 6 orang

\* Pelatihan Luar Negeri yang terjadwal tidak dapat terlaksana karena banyak yang berhalangan karena kesibukan masing-masing dan ketbetulan ada jadwal yang bertepatan dengan bulan puasa.

Jakarta, 16 Februari 2006  
Ketua tim pengendalian Infeksi

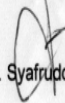
  
Dr. Syafruddin, Sp.THT

Diagram 13. ICT-MC's 2006 schedule for it members to improve their skills and knowledge in HAI.



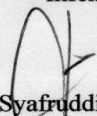
## RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Kepada Yth,  
Ketua Komite Medik  
RSUP Fatmawati  
Di Tempat

Bersama ini kami sampaikan Laporan Pelatihan Program Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUP Fatmawati Tahun 2006. Mohon saran/rekomendasi lebih lanjut.

Jakarta, 16 Februari 2007

Ketua Sub Komite Pengendalian  
Infeksi

  
Dr. Syafruddin, SpTHT  
NIP. 140 119 257

.....  
.....  
**SARAN / REKOMENDASI**

1. *Triad karis*
2. *Translan kegiatan dan & perhuan untuk kearah 'patient safety' dengan surveillance dan High Impact Interventions (HII)*
3. *Perk. Kurasi & penggunaan antibiotik yang rasional & pertajam kembali. (k/sama dengan TPT).*

Ketua Komite Medik

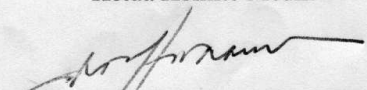
  
Dr. Dody Firmanda, Sp.A, MA  
NIP. 140 190 457

Diagram 14. Year 2006 Annual report of ICT-MC to Medical Committee and Head Medical Committee recommendation for Year 2007 ICT-MC activities.

## SUB KOMITE PENGENDALIAN INFEKSI KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

### KERANGKA ACUAN SOSIALISASI PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2007

#### A. PENDAHULUAN

Program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada pasien. Angka kejadian infeksi di rumah sakit merupakan indikator baik buruknya pelayanan yang diberikan di rumah sakit tersebut.

Hasil evaluasi program pengendalian infeksi tahun 2006 perlu ditindaklanjuti dengan program yang berkesinambungan pada tahun 2007. Program ini harus disosialisasikan kepada seluruh satuan kerja yang terkait, agar kegiatan pengendalian infeksi yang akan datang dapat lebih baik sehingga keselamatan pasien dapat terjamin (*patient safety*) dari kejadian infeksi di rumah sakit.

#### B. TUJUAN

Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di RSUP Fatmawati .

Tujuan Khusus :

1. Tersosialisasinya program pengendalian infeksi di RSUP Fatmawati.
2. Didapat kesepahaman dalam upaya pencegahan infeksi di RSUP Fatmawati.
3. Terlaksananya pengendalian infeksi dengan baik di RSUP Fatmawati.
4. Terlaksananya *feed back* hasil evaluasi berkala kejadian infeksi di RSUP Fatmawati.

#### C. SASARAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati kepada :

1. Para personil penanggung jawab pelayanan langsung kepada pasien: Dokter, Perawat, Pekarya, Analis, Farmasis, dan Gizi.
2. Pejabat struktural dan fungsional di RSUP Fatmawati.

#### D. RUANG LINGKUP

Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan dan Instalasi Penunjang

#### E. METODE PELAKSANAAN

1. Penyusunan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Januari – Pebruari 2007
2. Pengesahan Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Pebruari 2007
3. Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Maret - Juni 2007
4. Evaluasi sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Nopember 2007
5. Pelaporan Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati bulan Desember 2007

#### F. WAKTU PELAKSANAAN DAN PENGORGANISASIAN

Sosialisasi Program Pengendalian Infeksi di RSUP Fatmawati dilaksanakan pada bulan Pebruari - Juni 2007

#### G. TEMPAT

1. Ruang Rapat Komite Medik
2. Ruang Diklit
3. Ruang Rapat IRNA
4. Ruang Rapat Lt III

Diagram 15. ICT-MC Plan of Action for 2007 which been approved by Medical Committee.

The Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC) did socialize the program through group discussion/lectures and printing material as leaflet and stickers (Diagram 16).

**PENDAHULUAN**

Cuci tangan merupakan tindakan utama dalam mencegah terjadinya infeksi silang antara petugas kesehatan dengan pasien atau dari kesehatan dengan pasien atau dari pasien ke petugas kesehatan.

Cuci tangan sesuai standar sangat penting dalam rangka menjaga keselamatan pasien (patient safety) dari terjadinya infeksi nosokomial selama berada di rumah sakit atau sarana kesehatan.

**PENGERTIAN**

Cuci tangan adalah proses membersihkan tangan dari kotoran dan membuang mikroorganisme transient yang menempel pada kulit tangan.

**TUJUAN**

1. Menghilangkan atau meminimalkan mikroorganisme di tangan
2. Mencegah perpindahan mikroorganisme dari lingkungan ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan
3. Tindakan utama dalam pengendalian infeksi nosokomial dengan cara memutus mata rantai penularan penyakit infeksi .

**SIAPA YANG WAJIB CUCI TANGAN ?**

Semua personil yang bekerja di rumah sakit : Dokter, Perawat, Pekarya kesehatan, Cleaning Service, petugas Gizi, Laboratorium , Farmasi dll. Serta personil yang berada di rumah sakit atau sarana kesehatan sebagai pengunjung atau pasien.

**KAPAN WAJIB MELAKUKAN CUCI TANGAN?**

1. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien.
2. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik
3. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan dan perawatan luka.
4. Sebelum dan sesudah menyentuh bahan pemeriksaan laboratorium
5. Jika tangan diduga kotor
6. Diantara dua tindakan atau melakukan pemeriksaan fisik pasien
7. Segera setelah masuk atau meninggalkan ruangan/rumah sakit
8. Segera setelah melepaskan sarung tangan
9. Sebelum dan sesudah makan
10. Segera setelah keluar dari toilet atau membersihkan sekresi hidung.



**RSUP FATMAWATI**



**Tim Pengendalian Infeksi Nosokomial Komite Medik**

Jl. RS. Fatmawati Cilandak  
Jakarta Selatan 12430  
Telp. 7501524, 7660552  
Fax. (021) 7690123



**RSUP FATMAWATI**

## 7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



**1**

Telapak dengan telapak



**2**

Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan



**3**

Telapak dengan telapak & jari saling terkait



**4**

Letakan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci



**5**

Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri, & sebaliknya



**6**

Jari kiri menguncup, gosok, memutar, kekanan & ke kiri pada telapak kanan, & sebaliknya



**7**

Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan & sebaliknya, gerakan memutar

**“ CUCI TANGAN MERUPAKAN TINDAKAN UTAMA DALAM MENCEGAH TERJADINYA INFeksi SILANG ANTARA PETUGAS KESEHATAN DENGAN PASIEN ATAU DARI PASIEN KE PETUGAS KESEHATAN.”**

TIM PENGENDALIAN INFeksi NOSOKOMIAL - KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Diagram 16. Printing and sticker materials for Hand Washing campaign from Infection Control Team of Medical Committee (ICT-MC).



As for monitoring and data collections for HAI surveillance, Infection Control Team of Medical Committee use the surveillance forms that attach to patient's Medical Records (Diagram 13),


 <b>RSUP FATMAWATI</b> Jl. RS FATMAWATI – CILANDAK TELP.(021) 7501524 & 7660552 ( Hunting ) JAKARTA 12430		NO. RM / PIN : / NAMA : / L/P TGL LAHIR/UMUR : / TB / BB : / Tanggal masuk RS : Cara masuk RS : UE/ IRJ /Langsung /Rujukan Keluar RS : Tgl.....Hidup/Meninggal/Pindah RS Diagnosis :	
<b>SURVEI INFEKSI NOSOKOMIAL</b>			
Nama Dokter : S M F terkait : Nama ICN :			
<b>Tempat dirawat :</b>			
1. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl .....	Lama.....	hari
2. Ruang.....	Tgl.....s.d.tgl.....	Lama.....	hari
3. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
4. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
5. Ruang.....	Tgl .....s.d. tgl.....	Lama.....	hari
<b>FAKTOR RISIKO</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Gangguan faal ginjal <input type="checkbox"/> Gangguan faal hati <input type="checkbox"/> Gizi buruk <input type="checkbox"/> Bayi, Partus normal ( T/Y ) <input type="checkbox"/> Gangguan sistem kekebalan tubuh <input type="checkbox"/> Keganasan <input type="checkbox"/> Lanjut usia			
<b>IADP &amp; PHLEBITIS</b>			
Infus Vena Perifer ( T / Y )		CVP ( T / Y )	
Pasien usia > 1 tahun		Kateter umbilikal ( T / Y )	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Nyeri	Merah
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
3.....	.....s.d.....	.....	.....
4.....	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 tahun		Riwayat partus : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologik	
Lokasi	Mulai tgl ..s.d tgl..	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1.....	.....s.d.....	.....	.....
2.....	.....s.d.....	.....	.....
Tujuan Pemasangan Infus Vena Perifer/ CVP/ UC		Kultur darah :	
<input type="checkbox"/> Pemberian Antibiotika / Sitostatika / Obat..... <input type="checkbox"/> Transfusi : WB/ PRC/ FFP/ Trombosit <input type="checkbox"/> Nutrisi Parenteral		Ke 1. Hasil..... 2. Hasil.....	
<b>INFEKSI SALURAN KEMIH</b>			
Katéter Urin ( T / Y ) <input type="checkbox"/> Douer <input type="checkbox"/> Intermiten <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> Kondom			
Pasien usia > 1 tahun			
Pasang Ke-	Mulai tgl.... s.d tgl.....	Demam > 38°C	Anyang-anyangan
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
3	.....s.d.....	.....	.....
Pasien usia < 1 th			
Pasang Ke	Mulai tgl.... s.d. tgl.....	Demam > 38°C	Hipotermi < 37 °C
1	.....s.d.....	.....	.....
2	.....s.d.....	.....	.....
Hasil Pemeriksaan Urin		Biakan Urin	
1. Tgl..... Leukosit urin.....		1. Tgl..... Hasil.....	

Diagram 17. HAI Surveillance form from ICT-MC (in Indonesian language).

**Results of ICT-MC HAI Surveillance**

Trends analysis results of ICT-MC HAI Surveillance for the year of 2003 to 2005 as in Diagram 14 to 16.

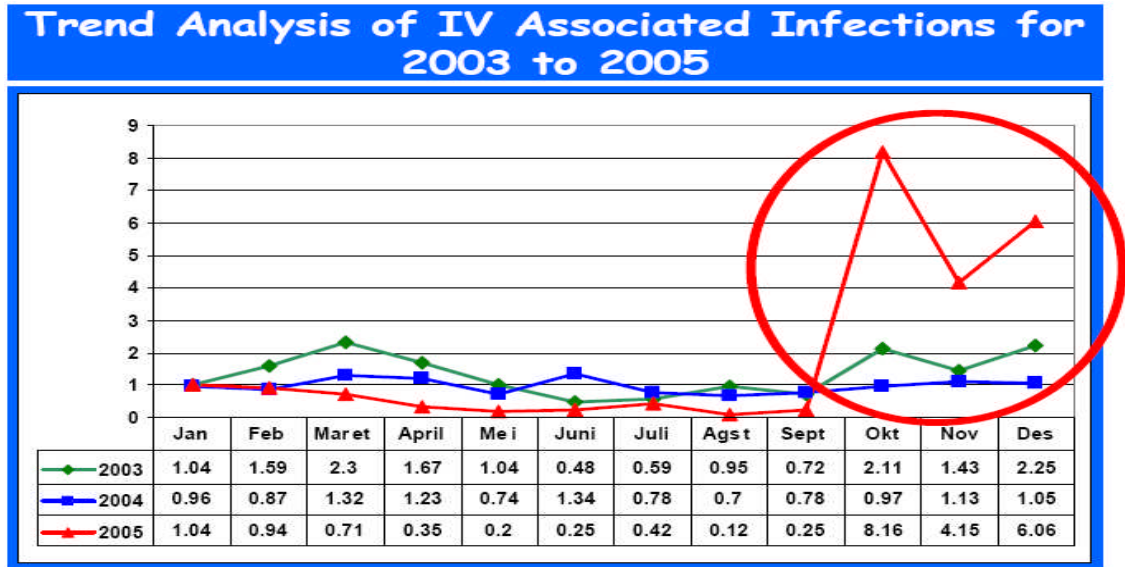


Diagram 18. ICT-MC's trend analysis for IV associated infection for 2003 to 2005.

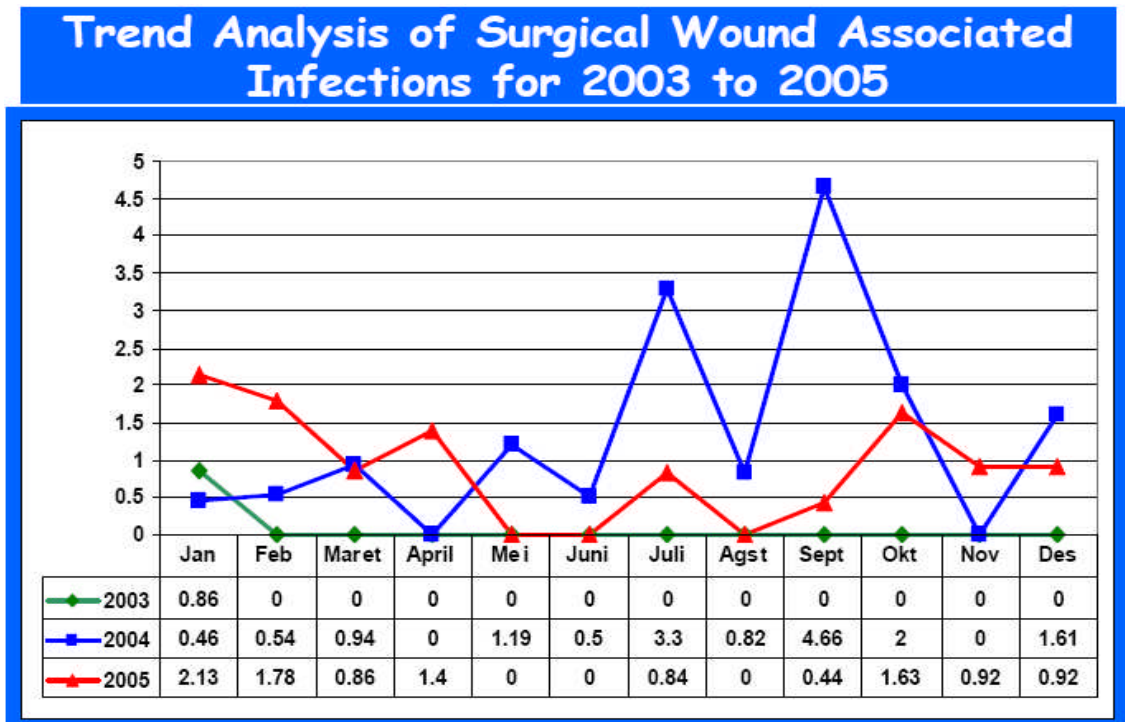


Diagram 19. ICT-MC's trend analysis for surgical sites associated infection for 2003 to 2005.

## Trend Analysis of Urinary Catheterization Associated Infections for 2003 to 2005

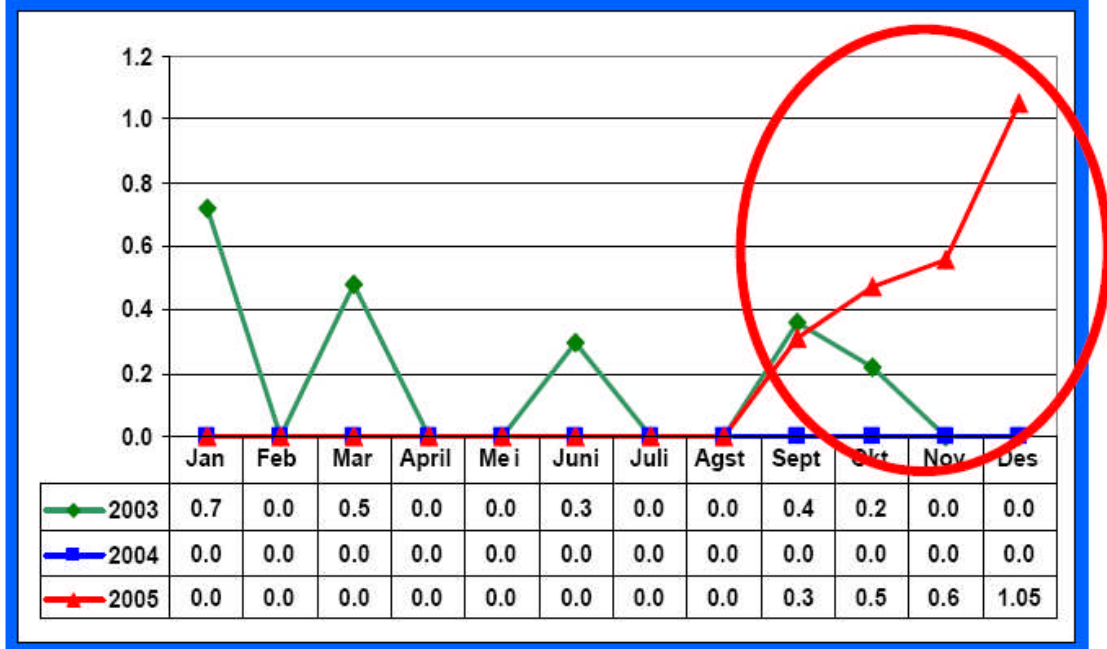


Diagram 20. ICT-MC's trend analysis for urinary catheterizations associated infection for 2003 to 2005.

There is an enormous significant increase from the trends above in October to December 2005.

Therefore ICT-MC and Medical Audit Team conducting a joint investigation for in-depth study. Results of those in-depth study as in Diagram 21.

Report of HAI surveillance in October to December 2005.

Results

1. Usage of invasive instrument per department

Department	N	No. IV	No. Urinary Cath.	No. Ventilators	No. Surgery
Emergency	250	248	1	-	-
Internal Med.	931	925	67	3	10
Pediatrics	880	637	15	5	5
Obst & Gyn	706	453	268	5	235
General Surgery	277	273	58	5	212
Neurology	153	153	53	6	
Cardiology	119	119	40	3	-
Pulmonology	88	88	10	1	-
Orthopedics	86	84	32	-	69
Neuro Surgery	55	55	24	6	16
Ophthalmology	29	-	-	-	29
ENT	23	11	-	-	21
Uro-Surgery	10	10	8	1	8
Plastics Surgery	6	5	2	-	5
Oral and Dental	4	4	-	-	4
Urology	4	4	2		3
Medic Rehab	2	-	2	-	1
Grand Total	3623	3069	582	35	618
Percentage		84.7 %	16.1 %	1 %	17.1%

2. Incidence of associated infection for

a. Intravenous Therapy:

i. Phlebitis :  $184/3069 \times 1000/16215 = 0.0037/1000 \text{ day}$

ii. Peripheral Blood Flow Infections:  $2/3069 \times 1000/16215 = 0.000004/1000 \text{ day}$

b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 1000/4591 = 0.0015/1000 \text{ hari}$

c. Ventilators :  $1/35 \times 1000/267 = 0.1070/1000 \text{ day}$

d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 1000/3832 = 0.0030/1000 \text{ day}$

3. Attack Rates

a. Intravenous Therapy:

i. Phlebitis :  $84/3069 \times 100 = 5.99 \%$

ii. Peripheral Blood Flow Infections:  $2/3069 \times 100 = 0.07 \%$

b. Urinary Catheterizations:  $4/582 \times 100 = 0.69 \%$

c. Ventilators :  $4/35 \times 100 = 11.43 \%$

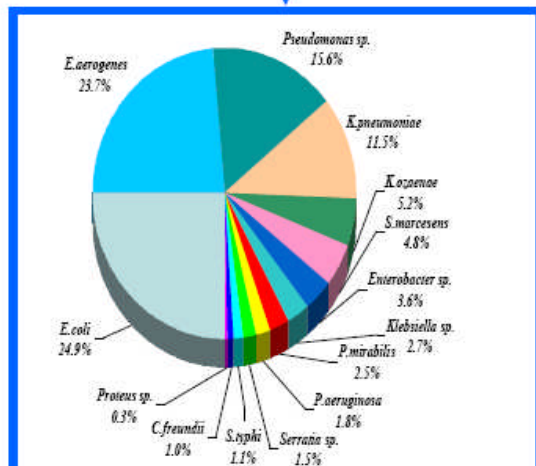
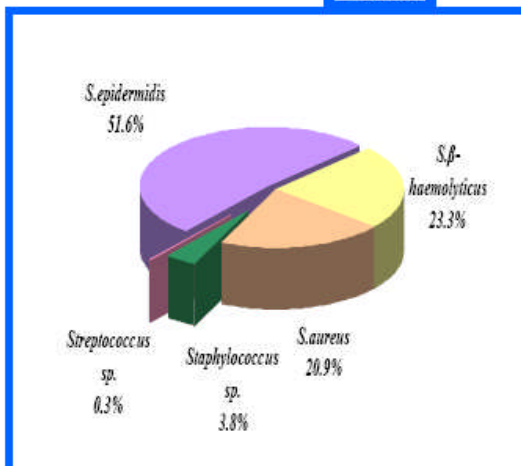
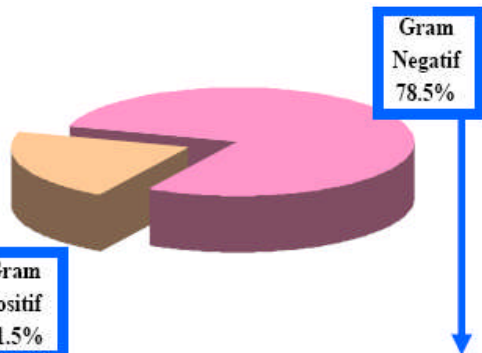
d. Surgical Site-Wounds:  $7/618 \times 100 = 1.13 \%$

Diagram 21. Results of in-depth study of HAI Surveillance for October to December 2005.

Based on those results, Medical Committee recommended the implementation of High Impact Interventions to all departments (see Page 30).

Other ICT-MC activities are hospital bacterial mapping and do antibiotics sensitivity as in Diagram 22a and 22b.

Bacterial Mapping  
Januari - Desember  
2005



Percentage of  
Blood Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

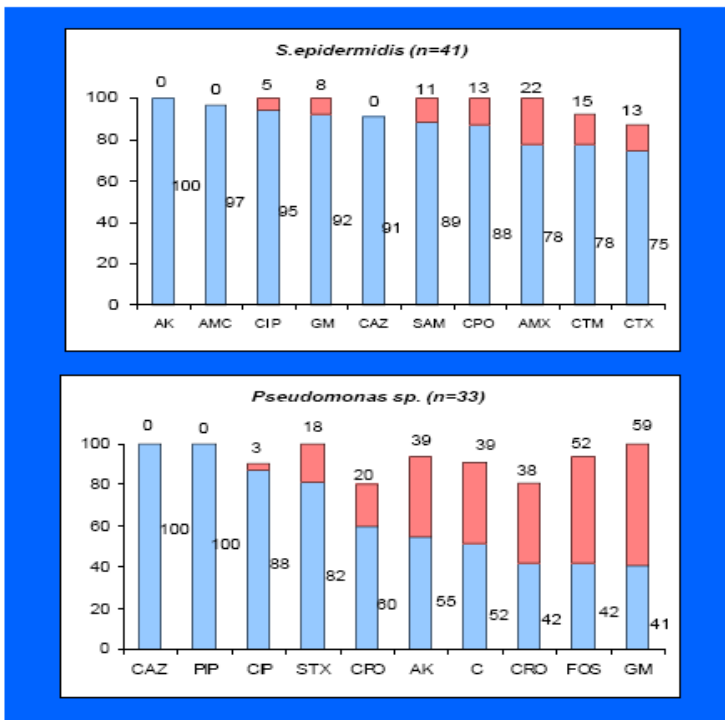
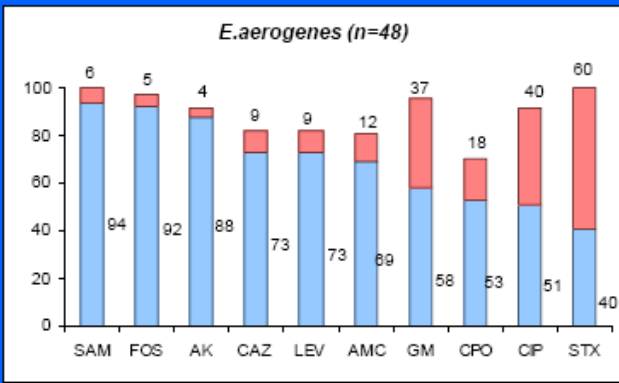
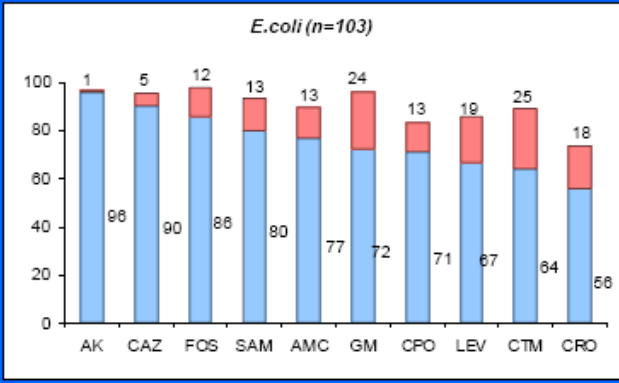


Diagram 22a. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

Percentage of Pus  
Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005



Percentage of Sputum Bacterial  
Sensitivity to  
Antibiotics  
2005

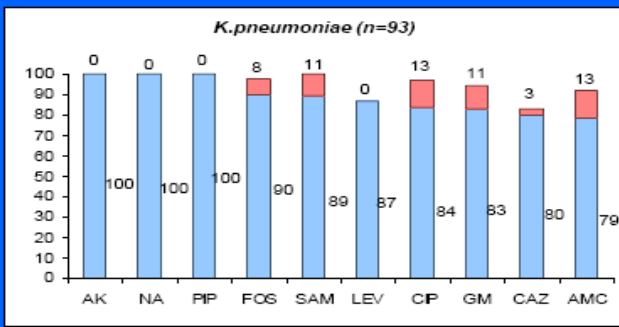
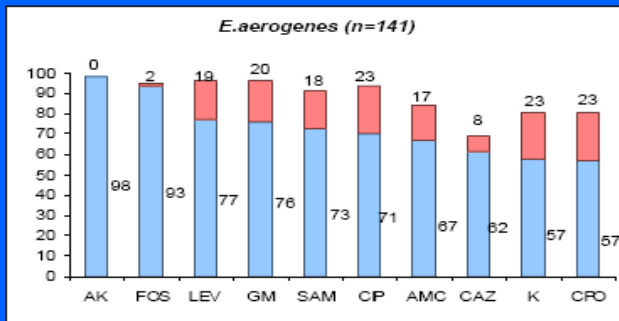


Diagram 22b. ICT-MC's Hospital Bacterial Mapping and Antibiotics Sensitivity for 2005.

The output of ICT-MC's HAI surveillance results as inputs for **Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC)** in making drugs decision to be used and listed in **Hospital Drugs Formulary** (Diagram 20); especially for rational drugs and classified antibiotics into first line, second line or reserved (that are very potent but easily resistance) antibiotics as a *strategy to combat the emergence and spread of antimicrobial resistant bacteria*. DTT-MC has a system for hospital pharmaceutical care which involving doctors, nurses and pharmacists and known as **Lingkaran 5 Langkah 12 Kegiatan** (Circle of Five Steps and Twelve Activities) from selecting drugs, prescribing, dispensing, adverse events monitoring to summative audit (Diagram 23).

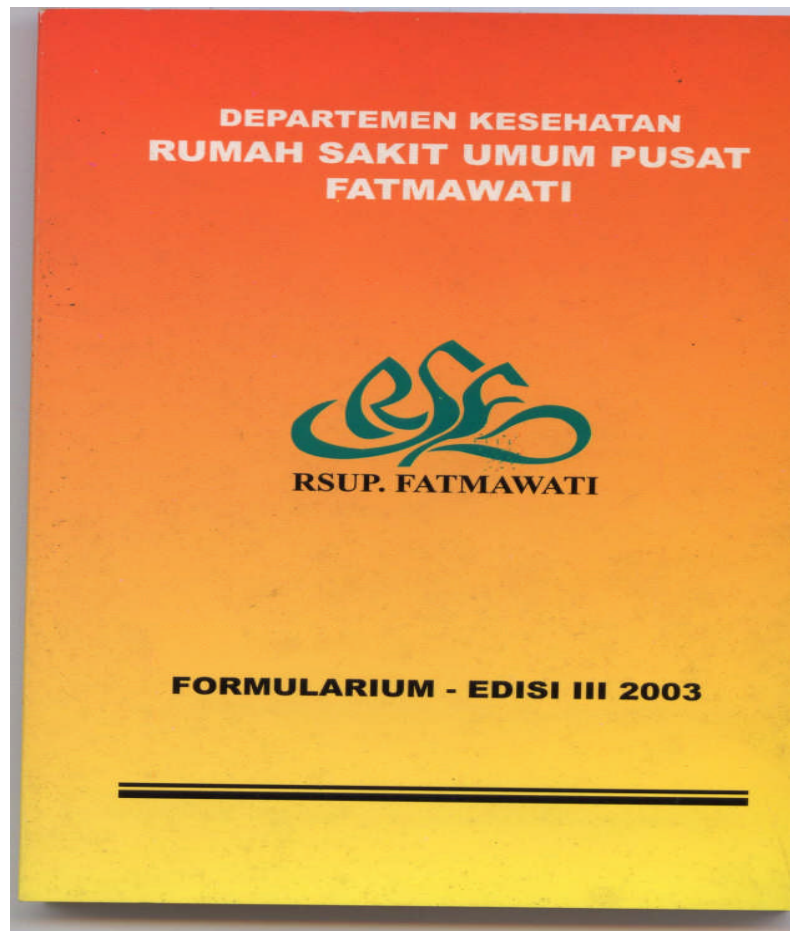
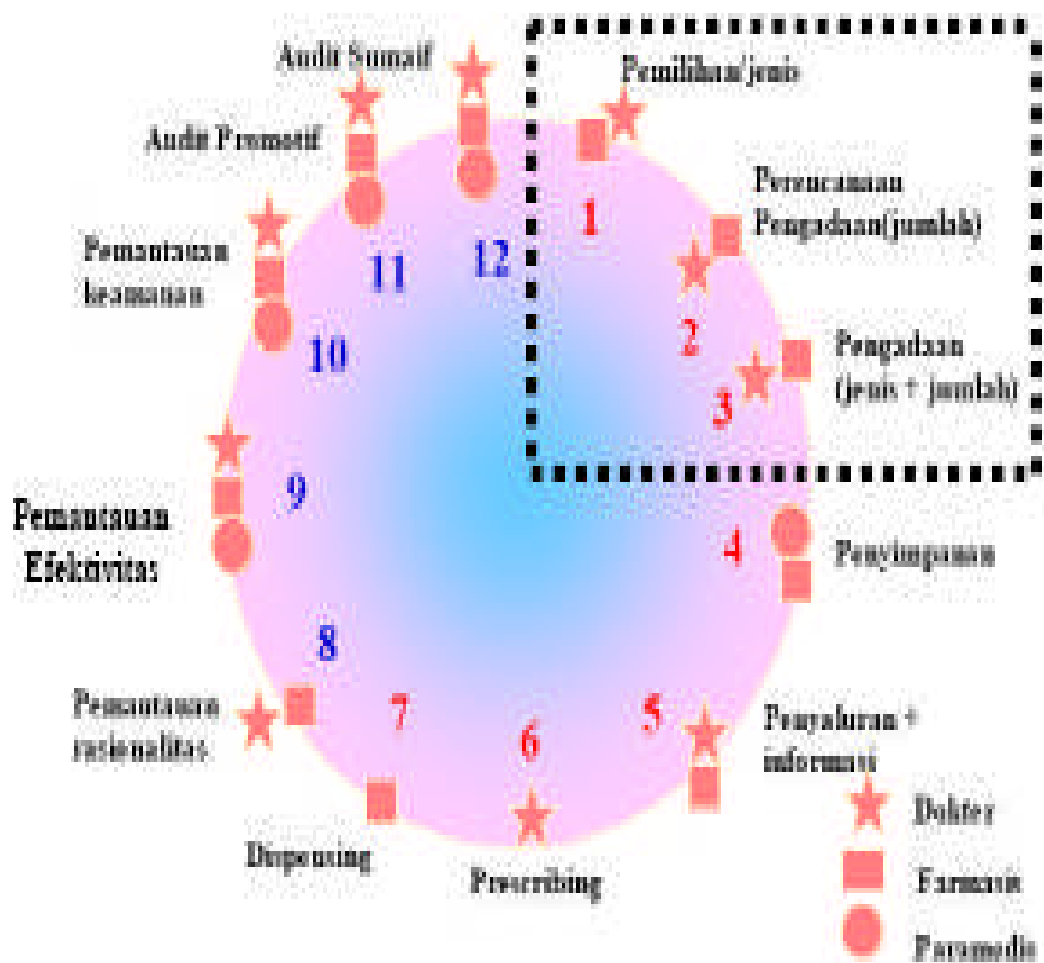


Diagram 23. Hospital Drugs Formulary from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC).



Gambar 2. Strategi 5 Langkah 12 Kegiatan

Diagram 24. The Circle of Five Steps and Twelve Activities from Drugs and Therapeutics Team of Medical Committee (DTT-MC) - (in Indonesian language).



Medical Committee has designed a Clinical Risks Management approached to assess the risks or medical errors (latent, active or near-miss) that might occur (Diagram 25). For monitoring and assessing individual medical ethics and risks, Medical Committee designed forms for every medical doctor as in Diagram 26.

## Format: Penilaian Risiko Medis (Medical Risks Assessment)

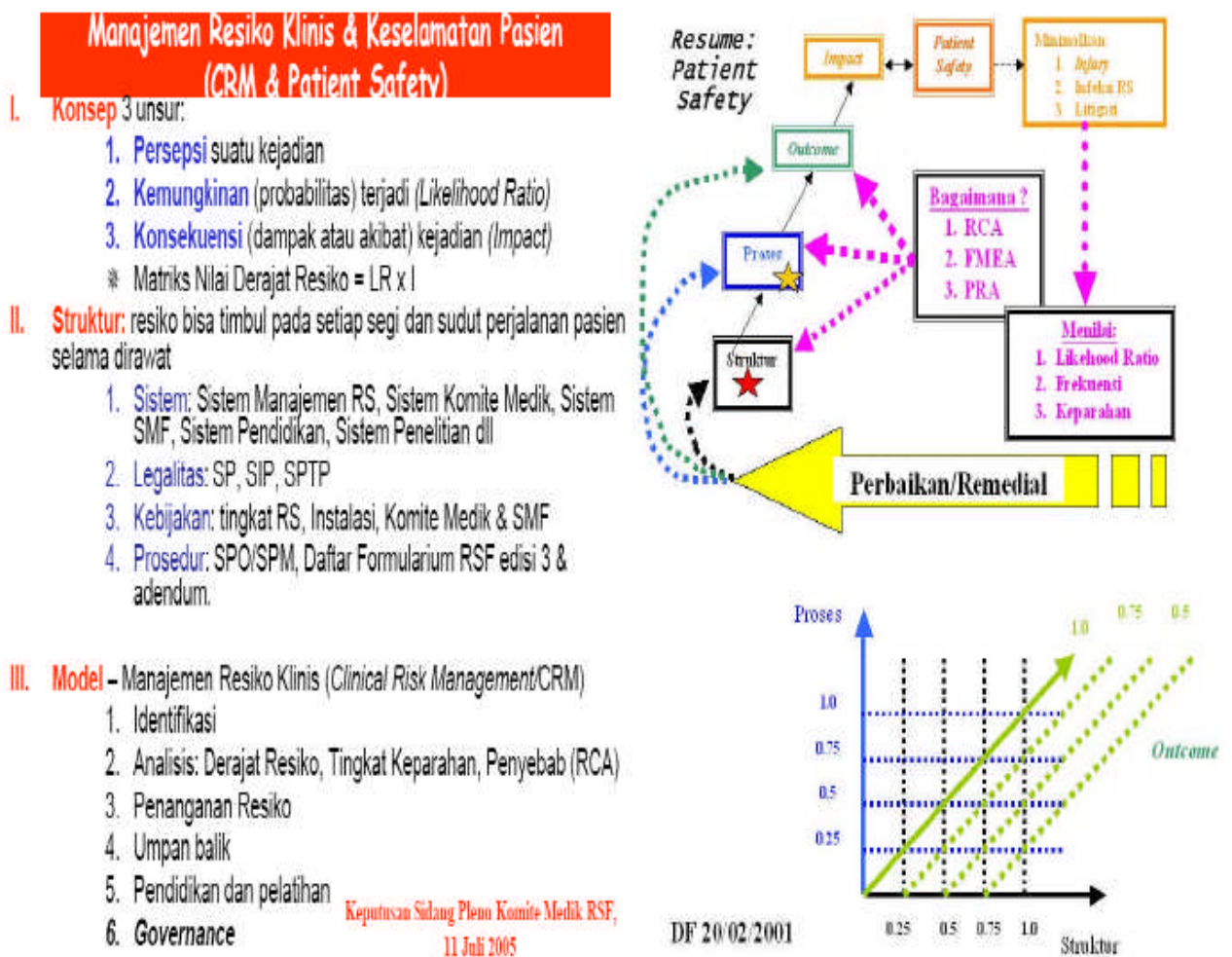


Diagram 25. Steps of Clinical Risk Management (in Indonesian language).

**Format Penilaian Risiko Medis Individu (Individual Medical Risks Assessment)**

Nama: .....

SMF : .....

Tahun .....	SIP		SPM/SPO		Clinical Pathways		Audit Medis		HII		CRM			Medical Errors					
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	RCA	FMEA	PRA	AE	LE	NM			
Bulan	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	
Januari																			
Februari																			
Maret																			
April																			
Mei																			
Jun																			
Juli																			
Agustus																			
Oktober																			
November																			
Desember																			
JUMLAH																			
Compliance: Y/(Y+T) x 100 %																			
	Catatan: .....																		
	Catatan: .....																		
	Catatan: .....																		

MILIK KOMITE MEDIK RSUP FATMAWATI

Diagram 26. Medical Committee form for Individual Medical Risks Assessment (in Indonesian language).

As a continuous quality improvement in patient safety, Medical Committee designed and there are 9 forms of High Impact Interventions (HII) that necessary to be taken action following the results of HAI Surveillance and Risks Assessment. Those 9 High Impact Interventions (HII) are:

1. HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care.
2. HII-2: Preventing intravenous associated infection
3. HII-3: Preventing surgical site infection
4. HII-4: Preventing ventilator associated pneumonia
5. HII-5: Preventing urinary catheter associated infection
6. HII-6: Preventing inpatient associated diarrhea
7. HII-7: Preventing operation instruments associated injury

- 8. HII-8: Preventing anesthetic drugs and gases associated injury/harm
- 9. HII-9: Preventing drugs adverse events

KOMITE MEDIK RS FATMAWATI



### High Impact Intervention (HII) 1

Tujuan: Pencegahan kontaminasi mikroba dalam praktik kedokteran dan keperawatan

Tanggal: .....	Jam: .....				Ruang: .....				Pelaksana: .....			
Elemen	Cuci tangan sebelum tindakan		Menggunakan alat proteksi		Melakukan tehnik antiseptik		Menaruh/membuang alat habis pakai ke tempat yang telah disediakan		Cuci tangan sesudah tindakan		Semua elemen dilakukan (1) s/d (5)	
	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(5)	(1) s/d (5)	(1) s/d (5)
Observasi	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
Jumlah												
% Compliance: (Y): (Y + T) x 100%												

Diagram 27. As an example one of nine High Impact Interventions (HII) HHI-1: Preventing the risk of microbial contamination in medical and nursing care (in Indonesian language).

## Conclusion

Clinical Pathways is a very powerful tool and useful for integrated services plan in health care (hospital) which is time framed, predictive and measurable results based on evidence, budget-based performance, and reliable for audits (both medical and financial audits), risks assessment and patient safety evaluation. It is a 'bridging' between professional quality system (Clinical Governance) and Financial System (DRG Casemix System) through a well organized corporate governance - that are transparency, fairness and accountable to all providers, purchasers and patients.

Clinical Pathways can be useful as an entry point for:

1. Policy maker - in allocating budget (RBA) based on cost weight and casemix index which are derived from Hospital Clinical Pathways's column of cost.
2. Public Health Officers - as a tool for decision making in diseases' surveillance and point of prevalence.
3. Hospital CEO - as a tool for assessing the hospital quality services and economic/financial evaluation of resources usage and plan.
4. Professional - as a tool and entry point for revising guidelines, evaluating individual and teamwork's performance.
5. Patients and purchasers - ensuring the procedures and treatment that are given and clear financial costs.
6. Teaching and research - as a tool and guidelines in daily evidence-based practice for medical/nursing education.

Jakarta, 10 July 2007  
Dody Firmanda