



RS Mata Undaan  
Care and Smile



**Edisi 1**

Tahun 2019

**PANDUAN  
PENYUSUNAN PANDUAN  
PRAKTIK KLINIS**  
RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya  
Telp. 031 5343 806, 5319 619  
Fax. 031 - 5317 503

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 168/PER/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 02 FEBRUARI 2019 TENTANG PANDUAN PENYUSUNAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA .....	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 168/PER/DIR/RSMU/II/2019 TANGGAL 02 FEBRUARI 2019 TENTANG PANDUAN PENYUSUNAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA .....	1
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan .....	1
1.3 Definisi Operasional .....	2
BAB II RUANG LINGKUP .....	3
2.1 Kebijakan Rumah Sakit .....	3
2.2 Penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) .....	3
2.3 Pelaksanaan dan Penerapan Panduan Praktik Klinis (PPK) .....	3
2.4 Monitoring dan Evaluasi Panduan Praktik Klinis (PPK) .....	3
BAB III TATA LAKSANA .....	4
3.1 Persiapan .....	4
3.2 Penyusunan .....	4
3.3 Penyangkalan (Disclaimer) .....	4
3.4 Implementasi .....	5
3.5 Monitoring dan Evaluasi .....	5
3.6 Tindak Lanjut .....	5
BAB IV DOKUMENTASI .....	6



RS Mata Undaan

Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 168/PER/DIR/RSMU/II/2019  
TANGGAL : 02 FEBRUARI 2019  
TENTANG  
PANDUAN PENYUSUNAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

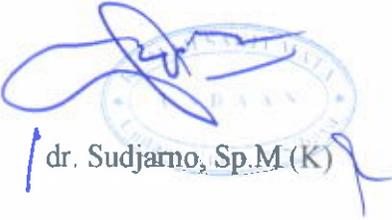
- Menimbang** :
- a. Bahwa dalam upaya mewujudkan kinerja pelayanan publik di lingkungan rumah sakit yang terukur dan dievaluasi keberhasilannya perlu memiliki dan menerapkan prosedur kerja yang standar;
  - b. Bahwa untuk standarisasi pelayanan rumah sakit perlu adanya Panduan Penyusunan Panduan Praktek Klinis (PPK) untuk menjamin mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien;
  - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  4. Permenkes Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
  6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor 346/P4M-RSMU/SK/X/2014 tentang berlakunya Struktur Organisasi;
  7. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan** :
- Kesatu** : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Penyusunan Panduan Praktik Klinis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua** : Panduan Penyusunan Panduan Praktik Klinis ini digunakan sebagai acuan dalam pembuatan Penyusunan Panduan Praktik Klinis di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga** : Panduan Penyusunan Panduan Praktik Klinis di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.

- Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 02 Februari 2019  
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 168/PER/DIR/RSMU/II/2019  
TANGGAL : 02 FEBRUARI 2019  
TENTANG  
PANDUAN PENYUSUNAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

## **BAB I DEFINISI**

### **1.1 Latar Belakang**

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

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

Sebagaimana disebutkan dalam Undang-Undang Praktek Kedokteran No. 29 Tahun 2004 pasal 44 ayat (1) yang berbunyi "Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi. Ayat (2) yang berbunyi "Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dibedakan menurut jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan". Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat untuk setiap rumah sakit/ fasilitas pelayanan kesehatan, dengan mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan medis (PNPK) atau pustaka mutakhir dan dengan menyesuaikan kondisi setempat. PPK di buat oleh staf medis setiap departemen/ divisi di bawah koordinasi komite medis, dan baru dapat dilaksanakan setelah diresmikan oleh Direktur.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/PER/MENKES/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran dimana setiap Rumah Sakit membuat Standar Prosedur Operasional dalam bentuk Panduan Praktik Klinik ( PPK ). Oleh karena itu, RS. Mata Undaan Surabaya berkewajiban untuk membuat Panduan Praktik Klinik (PPK) demi menunjang pelayanan kesehatan yang efisien dan berkualitas.

### **1.2 Tujuan**

Sebagai panduan dalam penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) guna untuk:

1. Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan dan lingkungan tertentu
2. Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
3. Memberikan opsi pengobatan terbaik dengan keuntungan maksimal
4. Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
5. Memberikan tata laksana dengan biaya yang memadai

### 1.3 Definisi Operasional

1. *Clinical Pathway/ Alur Klinis*

Adalah tatalaksana multidisiplin yang mengatur, mengurutkan, dan menggabungkan intervensi yang dilakukan oleh perawat, dokter, dan lain-lain untuk jenis kasus tertentu dan pada kurun waktu tertentu. Contoh: *Clinical Pathway* Katarak.

2. *Algoritme*

Adalah rekomendasi yang dirancang untuk mengarahkan keputusan yang akan diambil, seperti *flowchart* terstruktur, *decision tree*, ataupun *decision grid*. Algoritme digunakan pada kasus yang membutuhkan keputusan cepat seperti keadaan gawat darurat. Contoh: Algoritme Ablasio Retina.

3. *Standing Order*

Suatu instruksi dokter yang ditujukan kepada perawat atau professional kesehatan lain untuk memberikan intervensi kepada pasien selama dokter tidak ditempat atau saat terjadi kegawat daruratan yang memerlukan tindakan segera. Contoh: *Standing order* pemberian antraine pada pasien dengan nyeri.

4. *Protokol*

Merupakan rencana atau serangkaian langkah yang harus diikuti dalam pengelolaan pasien tertentu. Contoh: Protokol pemasangan ventilasi mekanik.

5. *Prosedur Tindakan*

Instruksi langkah demi langkah tentang cara melakukan tugas teknis tertentu. Contoh: Prosedur tindakan pre operasi katarak.

## **BAB II RUANG LINGKUP**

Ruang Lingkup dalam panduan ini meliputi:

### **1. Kebijakan Rumah Sakit**

- a. Rumah sakit menetapkan proses penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b. Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) di RS. Mata Undaan Surabaya disusun oleh setiap Staf Medis Fungsional (SMF).
- c. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan melakukan evaluasi Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway* (CP), Alur Klinis atau Protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit.

### **2. Penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK)**

Standar Prosedur Operasional untuk profesi medis di rumah sakit dalam bentuk Panduan Praktik Klinis pada umumnya dapat diadopsi dari Panduan Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang telah dibuat oleh organisasi profesi masing-masing, tinggal dicocokkan dan disesuaikan dengan kondisi sarana serta kompetensi yang ada di rumah sakit.

Untuk kebanyakan penyakit atau kondisi kesehatan yang tidak memenuhi syarat untuk dibuat PNPk atau yang PNPk-nya belum ada, maka para staf medis di rumah sakit memperhatikan sumber daya yang tersedia dan dengan mengacu pada pustaka terakhir, termasuk PNPk dari negara lain dan kesepakatan para staf medis.

### **3. Pelaksanaan dan Penerapan Panduan Praktik Klinis**

Panduan Praktik Klinik diterapkan setelah disahkan oleh Direktur. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK melalui proses audit medis yang dilakukan secara berkala.

## BAB III TATA LAKSANA

### 3.1 Persiapan

1. Komite medis membuat kebijakan untuk menugaskan kepada tiap Staf Medis Fungsional (SMF) membuat pendataan PPK yang akan dibuat.
2. Perencanaan rapat pleno Komite Medis dengan anggota perwakilan dari seluruh SMF di dalam Rumah sakit.
3. Membentuk tim penyusun sesuai dengan kompetensinya.
4. Ketua SMF membuat surat tugas kepada tim penyusun tentang pendelegasian tersebut.
5. Setiap SMF melakukan pemilahan penyakit berdasarkan jenis yang termasuk *High Cost*, *High Risk*, dan *High Volume* sebanyak 10 (sepuluh) penyakit terbanyak yang ada saat ini.
6. Perencanaan pertemuan secara berkala (seminggu sekali) dari tiap- tiap SMF dan tim penyusun yang dikoordinasi oleh Komite Medis.
7. Pengumpulan hasil pertemuan sebagai dokumentasi untuk dasar tindakan selanjutnya.

### 3.2 Penyusunan

1. Pembuatan PPK bersumber pada Panduan Nasional Praktek Klinis (PNPK) sebagai Tinjauan Pustaka.
2. Bila tidak terdapat PNPK pada bidang penyakit tersebut, maka dapat menggunakan referensi dari jurnal terbaru, buku ajar terbaru atau referensi yang lain yang telah disepakati oleh Staf Medis Fungsional (SMF).
3. Lakukan penyesuaian standar yang terdapat dalam Pedoman Nasional Praktek Klinis (PNPK) ke Panduan Praktik Klinis (PPK) sesuai fasilitas yang terdapat di RS Mata Undaan Surabaya.

### 3.3 Penyangkalan (*Disclaimer*)

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

### 3.4 Implementasi

1. Seluruh kasus dilaksanakan sesuai PPK yang telah disahkan.
2. Dalam implementasi PPK harus sesuai kewenangan klinis staf medis.
3. Dalam menggunakannya pada pelayanan dapat dibantu dengan alat bantu berupa *clinical pathway*, algoritme, protokol, prosedur tindakan, dan *standing order*.
4. PPK hanya dapat digunakan pada pasien dengan keadaan yang rata-rata sering terjadi.
5. PPK dapat diterapkan dengan baik pada penyakit dengan diagnosa tunggal, tanpa komplikasi.
6. Penerapan PPK pada pasien dapat mengakibatkan respon yang bervariasi terhadap prosedur diagnostik yang diberikan.
7. PPK yang dianggap masih valid untuk dilaksanakan dan diterapkan adalah pada saat diterbitkan, tidak menutup kemungkinan untuk waktu mendatang sudah tidak bisa digunakan karena terdapat studi yang lebih terkini, sehingga perlu dilakukan revisi.
8. Penerapan PPK oleh dokter terhadap pasiennya harus tetap mematuhi proses *clinical decision making*, dimana pasien berhak untuk memberikan persetujuan atau penolakan terhadap tindakan yang akan dilakukan.

### 3.5 Monitoring dan Evaluasi

1. Monitoring dan evaluasi terlaksananya PPK dalam pelayanan rumah sakit dapat menggunakan perangkat proses audit medis yang dilakukan secara berkala.
2. Penelaahan audit medis dapat memberikan sumber untuk revisi berupa:
  - a. Evaluasi kompetensi staf medis
  - b. Evaluasi peningkatan mutu berkelanjutan dalam PPK (revisi isi, penambahan PPK, pembuatan prosedur tindakan/ *clinical pathway*)
  - c. PPK secara periodik dilakukan peninjauan kembali atau revisi setiap 2 (dua) tahun sekali, dengan atau tanpa perbaikan di dalamnya. Hal ini dikarenakan dalam ilmu kedokteran selalu terdapat perkembangan ilmu dan teknologi yang harus diikuti.

### 3.6 Tindak Lanjut

1. Tindak lanjut dari evaluasi terhadap PPK dengan menggunakan audit klinis dapat dibagi menjadi 2 (dua) bagian menurut permasalahannya :
  - a. Audit klinis kasus bermasalah  
Sumber didapatkan dari laporan jaga/kompalin pasien/ronde ruangan.  
Pembahasan dapat berupa kasus sulit atau kasus kematian. Hal ini dilakukan oleh SMF (1<sup>st</sup> party audit) dan Komite Medis (2<sup>nd</sup> party audit)
  - b. Audit klinis sejumlah kasus dengan diagnosa tertentu  
Dilakukan oleh Komite Medis dengan memilih kasus tertentu untuk dilakukan penilaian dan analisis terhadap kesesuaian dengan PPK. Hasil dari audit sebagai bahan rekomendasi untuk revisi PPK selanjutnya.
2. Setelah dilakukan audit nantinya akan dijadikan referensi terhadap perubahan pada PPK untuk tatalaksana PPK berikutnya
3. PPK yang telah disusun dikumpulkan ke Komite Medis untuk diajukan ke Direktur untuk diberikan surat keputusan pemberlakuan PPK tersebut pada pelayanan rumah sakit.

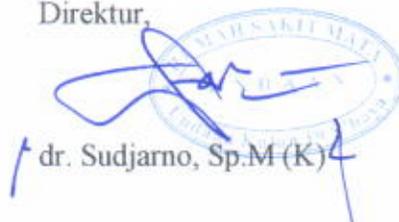
## BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi dalam panduan ini terdiri dari:

### 1. Format Panduan Praktek Klinis

 <b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</b>	
<b>Judul</b>	
1. Pengertian ( Definisi)	
2. Anamnesis	
3. Pemeriksaan Fisik	
4. Kriteria Diagnosis	
5. Diagnosis Kerja	
6. Diagnosis Banding	
7. Pemeriksaan Penunjang	
8. Tata Laksana, Tindakan Operatif, Terapi Konservatif, Lama perawatan	
9. Edukasi (Hospital Health Promotion)	
10. Prognosis	
11. Tingkat Evidens	
12. Tingkat Rekomendasi	
13. Penelaah Kritis	
14. Indikator	
15. Kepustakaan	

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 02 Februari 2019  
Direktur,

  
dr. Sudjarno, Sp.M(K)