KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/80/VI/2026

tentang

PEDOMAN PENYELENGGARAAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. Bahwa untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efisien, efektif, dapat diakses, adil, aman, dan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

b. Bahwa dalam rangka untuk memberikan acuan bagi rumah sakit dalam penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*Clinical Pathway*);

c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b perlu menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Alur Klinis di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 6 tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

6. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis;

7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/9737/2023 tentang Penyelenggaraan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit;

8. Keputusan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Kep/10-PKS/V/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Pemberhentian Dari dan Pengangkatan Dalam Jabatan di Lingkungan TNI Angkatan Udara;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pedoman Penyelenggaraan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

2. Pedoman Penyelenggaraan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di RSAU dr Esnawan Antariksa sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu menjadi acuan dalam menyusun, menerapkan, dan mengevalusi Alur Klinis (*Clinical Pathway*) bagi dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan manajemen rumah sakit.

3. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 80 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026



PEDOMAN
PENYELENGGARAAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan rumah sakit yang bermutu dan aman merupakan kebutuhan dan tuntutan masyarakat pengguna rumah sakit. Pelayanan kesehatan seperti itu telah menjadi fokus perhatian pemerintah yang dituangkan dalam kewajiban rumah sakit dan hak pasien (UU RI no.44 tahun 2009 tentang rumah sakit). Pada pasal 29 UU tersebut bahwa rumah sakit berkewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan pada pasal 32 disebutkan bahwa pasien berhak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.

Dalam rangka memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat dan dengan mengacu pada UU tentang rumah sakit tersebut, serta sesuai dengan rencana strategis RSAU dr. Esnawan Antariksa, RSAU dr. Esnawan Antariksa melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit dan keselamatan pasien. Mutu pelayanan Kesehatan merupakan salah satu tranformasi pelayanan Kesehatan yang saat ini sedang dijalankan oleh Kementrian Kesehatan. Upaya pelayanan Kesehatan yang bermutu dilakukan melalui pemberian pelayanan yang berbasis bukti, salah satunnya melalui penyusunan Pedoman Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang menjadi dasar bagi fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyusun Panduan Praktik Klinis (PPK) Dimana PPK dapat dilengkapi dengan Alur Klinis (*Clinical Pathway).*

Alur Klinis (*Clinical Pathway)* adalah rencana detail setiap pelayanan yang akan diberikan oleh professional pemberi asuhan lainnya dengan cara menerjemahkan pedoman nasional pelayanan kedokteran dan atau pedoman lainnya berdasarkan praktik berbasis bukti sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan Kesehatan dari pengkajian, Tindakan, pengobatann, hasil liaran, dan rencana perawatan mulai pasien masuk sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan waktu yang telah ditetapkan. Proses penyusunan , penerapan dan evaluasi Alur Klinis dilakukan dengan metode yang baik dan cermat sehingga proses tersebut dapat secara efektif dan efisien meningkatkan mutu pelayanan klinis.

2. Tujuan

a. Menghemat penggunaan sarana, meningkatkan luaran klinis, meningkatkan kepuasan pasien dan praktisi klinis, serta menurunkan biaya perawatan.

b. Penurunan length of stay dan penurunan biaya perawatan dan sebagai alat untuk meminimalisasi biaya rumah sakit.

c. Memfasilitasi early discharge, meningkatkan indeks kualitas hidup .

BAB II

PENYUSUNAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY)*

Penyusunan Alur Klinis *(Clinical Pathway*) dilakukan melalui beberapa Langkah berikut :

A. Membangun pemahaman Bersama terntang Alur Klinis *(Clinical Pathway)*

Manajemen rumah sakit perlu mengadakan kegiatan untuk membangun pemahaman Bersama tentang proses penyusunan, penerapan dan evaluasi Alur Klinis *(Clinical Pathway).* Pimpinan dan staf diharapkan memiliki pemahaman yang baik tentang Alur Klinis *(Clinical Pathway)* dan kemudian menjadi fasilitator dalam proses penyusunan, penerapan dan evaluasi adalah pimpinan dan anggota komite yang memiliki tugas dan fungsi di bidang medik, keperawatan , mutu.

B. Membentuk tim Alur Klinis *(Clinical Pathway*)

Tim Alur Klinis *(Clinical Pathway*) bertanggung jawab dalam penyusunan, penerapan dan evaluasi Alur Klinis *(Clinical Pathway*). Tim terdiri dari Dokter/Dokter Gigi, perawat, dan tenaga Kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

C. Menetapkan judul Alur Klinis *(Clinical Pathway*)

Berbeda dnegan Panduan Praktek Klinis (PPK), Dimana rumah sakit wajib menyusun PPK untuk seluruh pelayanan klinis yang mampu disediakan oleh rumah sakit, Alur Klinis *(Clinical Pathway*) disusun sebagai pelengkap PPK apabila dibutuhkan. Judul dapat berupa diagnose penyakit berdasarkan ICD 10 atau berupa Tindakan berdasarkan ICD 9 CM. Penetapan judul Alur Klinis *(Clinical Pathway*) perlu memperhatikan

1. Apakah jumlah kasusnya cukup banyak (kasus yang jarang terjadi tidak perlu disusun lur klinisnya.
2. Apakah kasusnya membutuhkan biaya besar (prioritaskan kasus yang berbiaya besar)

3. Apakah kasusnya sering menimbulkan masalah pelayanan klinis (apakah kasusnya sering menimbulkan masalah pelayanan klinis, insiden keselamatan pasien, luaran klinis yang tidak baik, dan sebagainya)
4. Apakah kasusnya merupakan kasus beresiko tinggi (angka kematian atau atau komplikasi tinggi)

D. Penentuan referensi

Penyusunan alur klinis bersumber dari standar pelaynaan, standar pelayanan mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan kedokteran dan atau Panduan Praktik Klinis yang telah ada.

E. Menentukan Format Alur Klinis

Tim Alur Klinis menentukan dan mendesain format alur klinis sesuai dengan kesepatatan.

F. Pengesahan Format Alur Klinis

Format alur klinis ditandatangani oleh Kepala Rumah Sakit setelah mendapat persetujuan dari Komite yang memiliki tugas dan fungsi di bidang medik, keperawatn dan mutu .

BAB III

PENERAPAN DAN EVALUASI ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

1. Penerapan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Penerapan Alur Klinis (*Clinical Pathway)* di RSAU dr Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut :

1. **Sosialisasi Alur Klinis (*Clinical Pathway).*** Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan memahami tujuan, manfaat, isi, tahapan, serta tata cara penggunaan dan pengisian *Clinical Pathway* dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway)* bekerjasama dengan bagian bidang Pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk mengadakan sosialisasi.
2. **Mencetak format Alur Klinis (*Clinical Pathway).*** Tim Alur Klinis bekerjasama dengan bagian rekam medis untuk mencetak format dan mendistribusikan ke unit pelayanan, serta mengintegrasikan ke dalam rekam medis elektronik.
3. **Penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway)* oleh dokter penanggung jawab pelayanan dan klinisi lainnya.** Penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) merupakan bentuk penerapan standar pelayanan klinis yang dilakukan oleh DPJP bersama klinisi lainnya dalam memberikan

pelayanan kepada pasien sesuai dengan diagnosis atau tindakan medis yang telah ditetapkan. *Clinical Pathway* digunakan sebagai pedoman dalam memastikan bahwa setiap tahapan pelayanan, mulai dari asesmen, diagnosis, pemeriksaan penunjang, terapi, tindakan medis, pemantauan kondisi pasien, hingga perencanaan tindak lanjut, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan rumah sakit.

2. Evaluasi Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Evaluasi Alur Klinis (*Clinical Pathway)* dilakukan untuk menilai kepatuhan penggunaan, kesesuaian pengisian dan manfaat penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway)* dengan cara sebagai berikut :

1. Evaluasi kepatuhan penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

Kepatuhan Penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) dihitung dengan membandingkan jumlah pasien dengan diagnosis atau tindakan tertentu yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) selama 1 bulan dengan total pasien yang memiliki diagnosis atau menjalani tindakan tertentu yang sesuai dengan judul Alur Klinis (*Clinical Pathway*) selama 1 bulan, kemudian dikalikan 100%, dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Kepatuhan Penggunaan Alur Klinis (}\textit{Clinical Pathway}\text{)} = \frac{\text{jumlah pasien dengan diagnosa atau tindakan tertentu seusai dengan judul Alur Klinis (}\textit{Clinical Pathway}\text{) selama 1 bulan yang menggunakan Alur Klinis (}\textit{Clinical Pathway}\text{)}}{\text{total pasien dengan diagnosa atau tindakan tertentu seusai dengan judul Alur Klinis (}\textit{Clinical Pathway}\text{) selama 1 bulan}} \times 100\%$$

Apabila Tingkat kepatuhan masih kurang dari 80 % maka perlu diidentifikasi masalah apa yang ada dan disusun serta dilaksanakan Upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan.

2. Evaluasi rerata kesesuaian pengisian Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

Dilakukan dengan terlebih dahulu menghitung presentase kesesuaian pengisian Alur Klinis (*Clinical Pathway)* pada setiap pengisian Alur Klinis pasien (bisa total pasien atau sample pasien). Cara menghitung presentase kesesuaian pengisian alur klinis dengan menghitung jumlah kota dalam Alur Klinis yang telah diberi tanda contreng ditambah dengan jumlah kotak yang tidak diberi tanda contreng namun ada penjelasan di dalam kolom variasi dibagi dengan jumlah kotak dalam alur klinis dengan rumus sebagai berikut :

Persentase Kesesuaian Pengisian Alur Klinis (*Clinical Pathway*) setiap Pasien	jumlah kotak dalam Alur Klinis (*Clinical Pathway*) yang telah diberi tanda contreng ditambah dengan jumlah kotak yang tidak diberi tanda contreng namun ada penjelasannya dalam kolom variasi / jumlah kotak dalam Alur Klinis (*Clinical Pathway*)	100%

Setelah dihitung satu persatu presentase kesesuaian pengisian alur klinis setiap pasien kemudian dilakukan perhitungan rerata presesntase kesesuaian dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

Rerata Persentase Kesesuaian Pengisian Alur Klinis (*Clinical Pathway*) pasien yang dievaluasi	Jumlah Persentase Kesesuaian Pengisian Alur Klinis (*Clinical Pathway*) pasien yang dievaluasi / jumlah seluruh pasien yang dievaluasi

Bila Tingkat rerata presentase kesesuaian pengisian Alur Klinis pasien yang dievaluasi masih kurang dari 80 % maka perlu diidentifikasi masala hapa yang ada dan disusun serta dilaksanakan upay perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan.

3. Monitoring Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

Monitoring kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway)* dilakukan setiap bulan oleh Komite PMKP Bersama dengan Ketuaa Komite medis dan Kepala Ruang. Cara melakukan monitoring kepatuhan pelaksanaan Alur Klinis (Clinical Ptahway) sebagai berikut :

1. Dengan melakukan audit berkas rekam medis, yaitu membandingkan catatan perawatan pasien dengan Alur Klinis (clinical pathway).
2. Apabila terdapat variabilitas dalam perjalanan penyakit atau komplikasi, tidak digunakan sebagai populasi pengambilan data.
3. Kriteria yang dinilai adalah :
   a. Operasi : Asesmen klinis (diagnose), penunjang, Tindakan, obat dan lama rawat.
   b. Non operasi : asesmen klinis, pennunjang, obat dan lama rawat .
4. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap alur klinis dilaporkan setiap tiga bulan kepada Karumkit.

4. Evaluasi Manfaat Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

Dilakukan dengan terlebih dahulu menetapkan manfaat apa yang akan dievaluasi. Manfaat yang dievaluasi adalah manfaat kinerja pelayan klinis

berupa kepatuhan proses diagnose , kepatuhan proses tatalaksana dan atau output/outcome klinis. Evaluasi dilakukan dengan melihat presentase jumlah pasien yang mendapatkan pelayan klinis , prosedur tata laksana dan/atau outcome sesuai dengan alur klinis. Evaluasi dilakukan setidaknya setelah 3 bulan pelaksanaan alur klinis dan dapat diteruskan hingga akhir tahun. Bila rencana manfaat tidak menunjukan adanya peningkatan dan masih kurang 80% maka perlu diidentifikasi masalah apa yang ada dan disusun serta di;aksanakan Upaya perbaikan untuk meningkatkan manfaat Alur Klinis (*Clinical Pathway).*

BAB XI

PENUTUP

Demikian pedoman penyelenggaraan alur klinis (*Clinical Pathway*) RSAU dr. Esnawan Antariksa. Dengan adanya Panduan Praktik Klinis dan Panduan *Clinical Pathway* diharapkan dapat menjadi acuan atau pedoman pelayanan kepada pasien untuk mengurangi variasi dalam memberikan asuhan dan untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSAU dr Esnawan Antariksa.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 80 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Tabel rekapitulasi evaluasi kepatuhan penggunaan Alur Klinis

(*Clinical Pathway*)

No	Kode ICD 10/ICD 9	Jumlah pasien yang menggunakan CP	Total pasien dengan Diagnosa/Tindakan tersebut	Presentase kepatuhan	Target capaian	Capaian sesuai/tidak	Keterangan/ masalah utama

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 80 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Tabel data dukung lampiran kepatuhan penggunaan Alur Klinis (*Clinical Pathway)*

no	Tanggal	No RM	Nama Pasien	Ruang	DPJP	Diagnosa	CP		Kriteria kepatuhan					Varian
							ada	Tidak	diagnosa	penunjang	tindakan	obat	Lama rawat	

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 80 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Tabel evaluasi rerata kesesuaian pengisian alur klinis

no	No RM	Nama pasien	Jumlah kotak dicentang	Jumlah kotak kosong tapia da variasi	total kotak sesuai	Total seluruh kotak CP	Presentase kesesuaian
Nilai rerata							