PEDOMAN
AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/ 35 / V /2026

tentang

PEDOMAN AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan akses dan kesinambungan pelayanan pasien yang terintegrasi sebagai suatu sistem untuk menyelaraskan kebutuhan pasien dan kemampuan sumber daya di rumah sakit dengan mengoptimalkan sumber daya untuk efisiensi dan peningkatan mutu asuhan.

2. Bahwa agar pelayanan yang bermutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya revisi terhadap pedoman pelayanan terdahulu yang ditetapkan dalam keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja;

2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;

5. Peraturan Mentri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan;

6. KepMenKes RI No.HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

7. Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan No.HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit;

8. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Perkasau/172/XII/ 2011tanggal 28 Desember 2011, tentang Pokok-Pokok Organisasi dan Prosedur RSAU dr. Esnawan Antariksa;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : 1. Pedoman Akses dan Kesinambungan Pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

2. Pedoman pelayanan Akses dan Kesinambungan Pelayanan, merupakan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

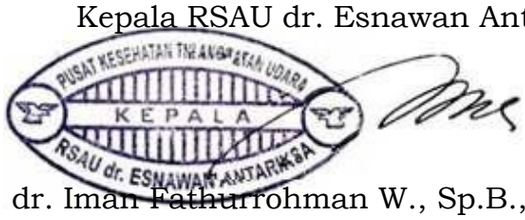
3. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Dengan catatan:

Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Jakarta
Pada tanggal 18 Mei 2026

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

Lamp. Kep. Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa
Nomor Kep 35 / V / 2026
Tanggal 18 Mei 2026

PEDOMAN PELAYANAN AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan secara menyeluruh dan berkesinambungan kepada pasien dengan berbagai kondisi, tingkat kegawatan, kebutuhan klinis, serta karakteristik yang berbeda. Dalam proses pelayanan, pasien dapat melalui berbagai tahapan mulai dari akses awal, pendaftaran, skrining, triase, pemeriksaan, diagnosis, tindakan, pelayanan penunjang, perawatan, perpindahan antarunit, rujukan, hingga pemulangan dan tindak lanjut. Setiap tahapan tersebut memiliki potensi terjadinya hambatan, keterlambatan, maupun kehilangan informasi apabila tidak dikelola secara terintegrasi. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) yang mampu memastikan pasien mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan, tingkat urgensi, kemampuan rumah sakit, serta prinsip keselamatan pasien. Akses pelayanan tidak hanya berkaitan dengan kemudahan pasien memperoleh pelayanan, tetapi juga mencakup ketepatan dalam menentukan tujuan pelayanan, prioritas berdasarkan kondisi klinis, ketersediaan sumber daya, serta koordinasi antarunit dan antarprofesi.

RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai rumah sakit milik TNI Angkatan Udara dan rumah sakit umum kelas B memiliki peran dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada personel TNI AU, keluarga, masyarakat, serta pasien rujukan sesuai ketentuan yang berlaku. Dengan beragam pelayanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, pelayanan medik spesialistik, pelayanan penunjang diagnostik dan terapeutik, serta pelayanan rujukan, diperlukan pengelolaan alur pasien yang efektif dan terkoordinasi. Pasien dapat berpindah dari IGD ke ruang rawat inap, dari rawat jalan menuju pelayanan penunjang, dari satu unit pelayanan ke unit lainnya, maupun memerlukan transfer atau rujukan ke fasilitas kesehatan lain. Pada setiap perpindahan tersebut diperlukan komunikasi yang efektif, serah terima informasi yang lengkap, kesiapan unit penerima, serta dokumentasi yang tepat agar kesinambungan pelayanan tetap terjaga. Demikian pula pada saat pasien akan dipulangkan, diperlukan perencanaan pemulangan yang baik agar pasien dan keluarga memahami kondisi kesehatan, pengobatan, perawatan di rumah, jadwal kontrol, tanda bahaya, serta kebutuhan pelayanan lanjutan.

Berdasarkan kondisi tersebut, Pedoman Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) RSAU dr. Esnawan Antariksa disusun sebagai acuan bagi seluruh unit dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang terintegrasi, aman, efektif, tepat waktu, dan berkesinambungan. Pedoman ini mengatur rangkaian proses mulai dari akses pelayanan, pendaftaran, skrining dan triase, penentuan kebutuhan pelayanan, admisi, pengelolaan alur pasien, koordinasi dan komunikasi antarunit, transfer pasien, rujukan, transportasi dan ambulans, hingga perencanaan pemulangan serta tindak lanjut pasien. Dengan adanya pedoman yang jelas dan dilaksanakan secara konsisten, diharapkan setiap pasien memperoleh pelayanan pada tempat dan waktu yang tepat, dengan informasi yang lengkap serta koordinasi yang baik antar tenaga kesehatan dan unit pelayanan. Penerapan AKP secara optimal juga diharapkan dapat mendukung peningkatan mutu pelayanan, mencegah terjadinya risiko dan kejadian yang tidak diharapkan, memperkuat budaya keselamatan pasien, serta mendukung pemenuhan standar akreditasi rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

2. Dasar Hukum

a. KepMenKes Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
b. Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan No.HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit.

3. Tujuan Dan Manfaat

Tujuan

a. **Umum**. Menjamin pasien memperoleh pelayanan yang mudah diakses, tepat waktu, aman, terintegrasi, dan berkesinambungan sesuai kebutuhan klinis serta kemampuan RSAU dr. Esnawan Antariksa

b. **Khusus**

1) Mengatur akses informasi dan akses fisik.
2) Menjamin skrining dan triase.
3) Mengatur admisi dan patient flow.
4) Menjamin serah terima dan kesinambungan informasi.
5) Mengatur transfer dan rujukan.
6) Menjamin transportasi sesuai kondisi pasien.
7) Mengatur discharge planning dan follow-up.
8) Mengukur dan memperbaiki kinerja AKP.

Manfaat

a. Menjamin pasien memperoleh akses pelayanan kesehatan yang tepat, aman, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan serta kondisi klinisnya.
b. Menjamin kesinambungan pelayanan pasien mulai dari akses awal, skrining, pelayanan, transfer, rujukan, hingga pemulangan dan tindak lanjut.
c. Meningkatkan koordinasi dan komunikasi antarunit serta antarprofesi dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
d. Mengurangi risiko keterlambatan, kesalahan komunikasi, maupun terputusnya pelayanan yang dapat memengaruhi keselamatan pasien.
e. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta pemenuhan standar akreditasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

4. Ruang Lingkup

Pedoman Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) RSAU dr. Esnawan Antariksa meliputi latar belakang, dasar hukum, tujuan, manfaat, ruang lingkup, dan batasan operasional yang menjadi dasar dalam penyelenggaraan akses dan kontinuitas pelayanan di rumah sakit. Buku pedoman ini juga membahas mengenai pengelolaan akses pelayanan pasien, pendaftaran dan admisi, skrining dan triase, penetapan kebutuhan serta prioritas pelayanan, pengelolaan alur pasien (patient flow), koordinasi dan komunikasi antarunit serta antarprofesi, serah terima pasien, transfer pasien, rujukan pasien, transportasi dan pelayanan ambulans, pemulangan pasien (discharge planning), tindak lanjut pelayanan (follow-up), serta pelayanan bagi pasien dengan kebutuhan khusus. Selain itu, pedoman ini mencakup pengelolaan dokumentasi dan informasi, kesinambungan pelayanan antarunit maupun antarfasilitas pelayanan kesehatan, pemantauan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, monitoring dan evaluasi, serta upaya perbaikan berkelanjutan dalam penyelenggaraan Akses dan Kontinuitas Pelayanan sesuai dengan kemampuan dan ketentuan yang berlaku di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

5. Batasan Operasional

Definisi. Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) adalah rangkaian proses pelayanan yang memastikan pasien memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, kondisi klinis, prioritas, dan kemampuan RSAU dr. Esnawan Antariksa, mulai dari akses awal hingga pemulangan dan tindak lanjut pelayanan.

Dalam pelaksanaan Akses dan Kontinuitas Pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, batasan operasional yang digunakan meliputi:

1. Akses Pelayanan adalah kemudahan pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi klinis dan kemampuan rumah sakit.
2. Skrining adalah proses identifikasi awal untuk menentukan kebutuhan pelayanan, kondisi pasien, tingkat urgensi, serta kesesuaian pasien dengan jenis pelayanan yang tersedia.
3. Triase adalah proses pemilahan pasien berdasarkan tingkat kegawatan dan prioritas pelayanan untuk menentukan urutan serta kecepatan penanganan.
4. Admisi adalah proses penerimaan pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat inap atau pelayanan lainnya sesuai kebutuhan dan keputusan klinis.
5. Kontinuitas Pelayanan adalah kesinambungan pelayanan pasien sejak awal mendapatkan pelayanan, selama menjalani perawatan, perpindahan antarunit, rujukan, sampai dengan pemulangan dan tindak lanjut.
6. Transfer Pasien adalah proses pemindahan pasien dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lainnya atau ke fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk melanjutkan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.
7. Rujukan adalah proses pengalihan pelayanan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasarkan kebutuhan klinis, kemampuan pelayanan, dan ketentuan yang berlaku.
8. Serah Terima Pasien adalah proses penyampaian informasi mengenai kondisi, kebutuhan, tindakan, terapi, risiko, dan rencana pelayanan pasien dari petugas atau unit pengirim kepada petugas atau unit penerima.
9. Discharge Planning adalah proses perencanaan pemulangan pasien yang dilakukan secara terintegrasi untuk memastikan pasien dan keluarga memahami kebutuhan perawatan, pengobatan, kontrol, serta tindak lanjut setelah pasien pulang.
10. Tindak Lanjut (Follow-up) adalah pelayanan atau koordinasi lanjutan yang diberikan kepada pasien setelah memperoleh pelayanan di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan rencana pelayanan.
11. Patient Flow adalah pengelolaan alur pergerakan pasien sejak pasien datang, mendapatkan pelayanan, menjalani pemeriksaan atau tindakan, berpindah unit, hingga pasien pulang atau dirujuk.
12. Transportasi Pasien adalah proses pemindahan pasien menggunakan sarana transportasi yang sesuai dengan kondisi klinis, kebutuhan pelayanan, dan tingkat risiko pasien.

BAB II
KEBIJAKAN DAN PRINSIP AKP

A. Definisi

Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) adalah rangkaian proses pelayanan yang memastikan pasien mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan dan kondisi klinisnya, mulai dari pasien masuk, mendapatkan pelayanan, berpindah antarunit atau dirujuk, sampai dengan pasien pulang dan mendapatkan tindak lanjut.

Pelaksanaan AKP meliputi akses pelayanan, skrining dan triase, admisi, koordinasi antarunit dan antarprofesi, serah terima pasien, transfer, rujukan, transportasi, discharge planning, serta tindak lanjut pelayanan. Seluruh proses dilakukan secara terkoordinasi dengan memperhatikan keselamatan, kebutuhan, hak, dan kenyamanan pasien.

B. Kebijakan

Pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa diberikan berdasarkan kebutuhan dan kondisi klinis pasien. Pasien dengan kondisi gawat darurat mendapatkan prioritas sesuai hasil triase, sedangkan pasien lainnya mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.

Setiap perpindahan atau transfer pasien dilakukan dengan persiapan, komunikasi, serah terima informasi, dan dokumentasi yang lengkap. Apabila kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi di RSAU dr. Esnawan Antariksa, dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan mmperhatikan kondisi dan keselamatan pasien.

Kontinuitas pelayanan dijaga sampai pasien pulang melalui discharge planning, edukasi kepada pasien dan keluarga, pemberian informasi mengenai pengobatan dan kontrol, serta tindak lanjut sesuai kebutuhan. Pelaksanaan AKP dilakukan secara berkelanjutan melalui monitoring, evaluasi, dan perbaikan mutu pelayanan.

BAB III
ORGANISASI DAN TANGGUNG JAWAB

Fungsi/Jabatan	Tanggung jawab
Kepala RSAU	Menetapkan kebijakan, sumber daya dan pengawasan.
Penanggung Jawab AKP	Koordinasi implementasi, audit, indikator dan perbaikan.
DPJP	Menetapkan kebutuhan klinis, transfer/rujukan dan rencana pulang.
IGD	Skrining, triase, stabilisasi, koordinasi dan rujukan.
Rawat Jalan	Akses, skrining, konsultasi, pemeriksaan dan tindak lanjut.
Rawat Inap	Kontinuitas asuhan, transfer dan discharge planning.
Pendaftaran/Admisi	Identifikasi, administrasi dan patient flow.
Perawat/Bidan	Monitoring, edukasi, koordinasi, serah terima dan dokumentasi.
Rekam Medis	Ketersediaan, kelengkapan, keamanan informasi.
Mutu/Keselamatan Pasien	Indikator, risiko, insiden dan tindak lanjut.
Ambulans	Kesiapan transportasi dan keselamatan perjalanan.

Koordinasi

Koordinasi dilakukan melalui komunikasi langsung, telepon/sistem komunikasi resmi, rekam medis, formulir transfer/rujukan, rapat koordinasi, dan mekanisme lain yang ditetapkan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

BAB IV
AKSES PELAYANAN

A. Akses Informasi

- Informasi jenis layanan dan jadwal tersedia melalui kanal resmi.
- Informasi pendaftaran dan lokasi pelayanan diberikan secara jelas.
- Akses IGD dan layanan emergensi mudah diketahui.
- Mekanisme pengaduan dan informasi kontak tersedia sesuai kebijakan.

B. Pendaftaran

1. Verifikasi identitas menggunakan metode identifikasi sesuai kebijakan.
2. Verifikasi tujuan pelayanan dan kebutuhan awal.
3. Pasien dengan kondisi gawat diarahkan ke IGD tanpa menunda pertolongan.
4. Data pendaftaran dicatat akurat.
5. Pasien memperoleh informasi alur pelayanan.

C. Patient Flow

Aliran pasien dikelola agar pasien berpindah dari pendaftaran/IGD menuju unit yang tepat, pemeriksaan penunjang, rawat inap, tindakan, rujukan atau pemulangan tanpa hambatan yang tidak perlu.

D. Hambatan Akses

Jika terjadi keterlambatan karena kapasitas, SDM, alat, sistem, atau faktor lain, pasien dinilai ulang; risiko dikendalikan; pasien/keluarga diberi informasi yang sesuai; dan kejadian dicatat bila memenuhi kriteria monitoring.

BAB V
SKRINING DAN TRIASE

A. Skrining

Skrining dilakukan pada titik kontak yang ditetapkan RSAU untuk menentukan kebutuhan, urgensi, kesesuaian unit, dan kebutuhan khusus.

- Identitas dan keluhan utama.
- Tanda kegawatan/red flags.
- Risiko keselamatan.
- Kebutuhan isolasi/PPI bila relevan.
- Kebutuhan mobilitas/komunikasi khusus.
- Kesesuaian pelayanan.

B. Triase IGD

Sistem kategori, kriteria, target waktu, dan alur triase mengikuti SPO IGD RSAU yang berlaku. Pasien dinilai ulang bila kondisi berubah atau terjadi keterlambatan yang berpotensi meningkatkan risiko.

C. Rujukan Masuk

6. Menerima informasi rujukan.
7. Menilai kebutuhan dan kemampuan RSAU.
8. Mengkoordinasikan unit penerima.
9. Menerima dan asesmen ulang pasien.
10. Melakukan serah terima.
11. Mendokumentasikan.

BAB VII PENDAFTARAN DAN ADMISI

A. Rawat Jalan

12. Pendaftaran.
13. Verifikasi identitas dan administrasi.
14. Skrining/asesmen sesuai kebutuhan.
15. Pelayanan klinik.
16. Pemeriksaan/tindakan/rujukan bila diperlukan.
17. Tindak lanjut.

B. Rawat Inap

18. DPJP menetapkan kebutuhan rawat inap.
19. Ketersediaan tempat dikoordinasikan.
20. Pasien/keluarga memperoleh informasi.
21. Pasien dipersiapkan.
22. Transfer ke unit tujuan.
23. Serah terima dan dokumentasi.

C. Tidak Tersedia Tempat

Dilakukan koordinasi internal untuk mencari alternatif aman. Bila kebutuhan tidak dapat dipenuhi, dilakukan pertimbangan rujukan sesuai kondisi klinis dan ketentuan.

BAB VI
KONTINUITAS DAN KOORDINASI

A. Informasi Minimal Hand Over

Komponen	Isi
Identitas	Identitas pasien sesuai sistem.
Masalah	Diagnosis/masalah aktif.
Kondisi	Tanda vital/status terkini.
Alergi	Alergi yang diketahui.
Terapi	Obat, cairan, oksigen, alat.
Hasil penting	Lab/radiologi/pemeriksaan penting.
Risiko	Jatuh, infeksi, perdarahan, risiko khusus.
Tindakan	Tindakan yang sudah dilakukan.
Rencana	Tindakan berikutnya.

B. Metode Komunikasi

RSAU menetapkan metode serah terima terstruktur, misalnya SBAR, sesuai SPO. Petugas harus memastikan informasi diterima dan kesempatan klarifikasi tersedia.

C. Koordinasi Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, radiologi, CT/MRI, cath lab, hemodialisa dan layanan lain dikoordinasikan agar pasien memperoleh pelayanan sesuai prioritas dan hasil penting dapat digunakan untuk keputusan klinis.

BAB VII
TRANSFER PASIEN

A. Transfer Internal

1. Verifikasi identitas dan tujuan.
2. Nilai stabilitas dan risiko.
3. Siapkan alat/obat/oksigen sesuai kebutuhan.
4. Konfirmasi unit penerima.
5. Lakukan transfer dengan pendamping sesuai kondisi.
6. Serah terima.
7. Dokumentasikan.

B. Pasien Kritis

Pastikan airway, breathing, circulation, monitoring, oksigen, obat emergensi, alat, baterai dan tenaga pendamping sesuai kebutuhan. Detail teknis mengikuti SPO transfer pasien kritis.

C. Transfer ke Penunjang

Unit pengirim memastikan identitas, permintaan, kondisi, kebutuhan isolasi, alat bantu dan pendampingan sebelum pasien dikirim.

D. Transfer Eksternal

Transfer eksternal memerlukan penilaian, stabilisasi, komunikasi fasilitas tujuan, dokumen, transportasi, pendampingan, serah terima dan dokumentasi.

BAB VIII
RUJUKA

N

A. Indikasi

1. Pelayanan/alat tidak tersedia.
2. Kompetensi/fasilitas tidak memadai.
3. Memerlukan terapi lanjutan di fasilitas lain.
4. Keselamatan pasien membutuhkan rujukan.

B. Rujukan Keluar

1. DPJP menetapkan kebutuhan.
2. Stabilisasi sesuai kemampuan.
3. Pilih fasilitas tujuan.
4. Komunikasikan dan konfirmasi penerimaan.
5. Siapkan dokumen/hasil pemeriksaan.
6. Tentukan transportasi.
7. Informasikan pasien/keluarga.
8. Serah terima.
9. Dokumentasikan.

C. Rujukan Masuk

1. Terima informasi.
2. Nilai kesesuaian.
3. Siapkan unit.
4. Terima pasien.
5. Asesmen ulang.
6. Serah terima dan dokumentasi.

BAB IX
AMBULANS DAN TRANSPORTASI

A. Penilaian

1. Stabilitas pasien.
2. Kebutuhan oksigen.
3. Monitoring.
4. Obat/peralatan emergensi.
5. Pendamping tenaga kesehatan.
6. Risiko selama perjalanan.

B. Checklist

Komponen	Status
Kendaraan	□ Layak □ Tidak
Oksigen	□ Tersedia □ Tidak
Suction	□ Tersedia □ Tidak
Peralatan monitoring	□ Tersedia □ Tidak
Obat emergensi	□ Lengkap □ Tidak
APD	□ Lengkap □ Tidak
Komunikasi	□ Berfungsi □ Tidak
Log perjalanan	□ Lengkap □ Tidak

C. Log Ambulans

Minimal memuat tanggal, waktu, pasien, tujuan, petugas, kondisi penting, waktu tiba, dan kejadian khusus.

BAB X
PEMULANGAN DAN DISCHARGE PLANNING

A. Komponen

1. Kesiapan klinis.
2. Obat.
3. Diet.
4. Aktivitas/perawatan.
5. Tanda bahaya.
6. Kontrol.
7. Rujukan/pelayanan lanjutan.
8. Alat bantu.
9. Caregiver.
10. Kontak bantuan.

B. Edukasi

1. Jelaskan kondisi/diagnosis.
2. Jelaskan obat.
3. Jelaskan perawatan di rumah.
4. Jelaskan tanda bahaya.
5. Berikan jadwal kontrol.
6. Pastikan pemahaman pasien/keluarga.
7. Dokumentasikan.

C. Pasien Berisiko

Pasien dengan kebutuhan kompleks, keterbatasan mandiri, kebutuhan alat, terapi lanjutan, atau dukungan keluarga khusus memperoleh koordinasi discharge planning yang lebih intensif.

BAB XI
MUTU, KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO

Risiko	Pengendalian
Salah identifikasi	Identifikasi pasien sesuai kebijakan.
Keterlambatan triase	Triase/re-triase dan monitoring.
Informasi hilang	Hand over terstruktur.
Transfer tidak aman	Asesmen dan checklist.
Rujukan terlambat	Jejaring dan komunikasi.
Discharge tidak lengkap	Checklist dan audit.
Kapasitas tidak seimbang	Monitoring patient flow.
Downtime	Prosedur downtime.

Sasaran Keselamatan

1. Identifikasi pasien.
2. Komunikasi efektif.
3. Keamanan obat.
4. Keselamatan transfer.
5. Pencegahan infeksi.
6. Pencegahan jatuh.

BAB XII
MONITORING, EVALUASI DAN PERBAIKAN

Indikator	Definisi	Sumber	Frekuensi
Kepatuhan skrining	Pasien yang diskrining sesuai ketentuan	Audit/rekam medis	Bulanan
Kepatuhan triase	Pasien IGD sesuai proses triase	Rekam medis	Bulanan
Serah terima	Transfer dengan hand over lengkap	Form transfer	Bulanan
Kelengkapan rujukan	Rujukan dengan dokumen/komunikasi lengkap	Form rujukan	Bulanan
Discharge planning	Pasien dengan elemen discharge lengkap	Rekam medis	Bulanan
Keterlambatan transfer	Kejadian sesuai definisi RSAU	Log/insiden	Bulanan
Keterlambatan rujukan	Kejadian sesuai definisi RSAU	Log rujukan	Bulanan
Log ambulans	Perjalanan dengan dokumentasi lengkap	Log ambulans	Bulanan

Target indikator harus ditetapkan oleh RSAU berdasarkan regulasi, standar akreditasi, baseline dan keputusan mutu rumah sakit; tidak ditetapkan secara asumsi dalam template ini.

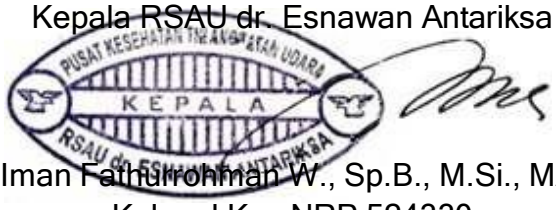
Tindak Lanjut

1. Kumpulkan data.
2. Validasi.
3. Analisis gap.
4. Cari akar masalah.
5. Tetapkan rencana perbaikan/PIC/batas waktu.
6. Monitor efektivitas.
7. Re-audit.

BAB XIII
DOKUMENTASI

Dokumentasi pelaksanaan Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP) di RSAU dr. Esnawan Antariksa dilakukan untuk memastikan seluruh proses pelayanan pasien tercatat secara lengkap, akurat, tepat waktu, dan dapat ditelusuri. Dokumentasi meliputi pendaftaran, skrining dan triase, asesmen, pelayanan pasien, serah terima, transfer, rujukan, transportasi pasien, discharge planning, serta tindak lanjut pelayanan. Seluruh petugas terkait wajib melakukan dokumentasi sesuai kewenangan, ketentuan rekam medis, dan SPO yang berlaku sebagai bagian dari upaya menjamin kesinambungan informasi, mutu, dan keselamatan pasien.

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330