

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/2681/2025
TENTANG
PEDOMAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) DI RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka untuk memberikan acuan bagi rumah sakit dalam penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*Clinical Pathway*), perlu disusun pedoman di rumah sakit;

b. bahwa Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/9737/2023 tentang Penyelenggaraan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit, perlu dilakukan penyesuaian pada model alur klinis;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan tentang Pedoman Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor

- 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
 4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 357);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/IX/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 829);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN TENTANG PEDOMAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAYS*) DI RUMAH SAKIT.

KESATU : Menetapkan Pedoman Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan

- bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : Pedoman Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada Diktum KESATU merupakan rencana detail setiap pelayanan yang akan diberikan oleh dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dengan cara menerjemahkan Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK), atau pedoman kesehatan lainnya berdasarkan praktik berbasis bukti (*evidence based practice*) sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dari pengkajian, tindakan, pengobatan, hasil luaran, dan rencana perawatan mulai pasien masuk sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan waktu yang telah ditetapkan.
- KETIGA : Pedoman Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam DIKTUM KESATU menjadi acuan dalam menyusun, menerapkan, dan mengevaluasi Alur Klinis (*Clinical Pathway*) bagi dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan manajemen rumah sakit:
- KEEMPAT : Pada saat Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku, Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/9737/2023 tentang Penyelenggaraan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di Rumah Sakit, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 7 Juli 2025

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Marchansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/2681/2025
TENTANG
PEDOMAN ALUR KLINIS (*CLINICAL
PATHWAY*) DI RUMAH SAKIT

PEDOMAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*) DI RUMAH SAKIT

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Universal Health Coverage (UHC) menjadi target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 3.8 yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030, dimana *World Health Organization* (WHO) mendeskripsikan UHC dalam tiga dimensi, yaitu: 1) kepesertaan; 2) pelayanan kesehatan; dan 3) pembiayaan. Namun saat ini *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) mengusulkan untuk menambahkan dimensi keempat yaitu mutu pelayanan. Dengan keempat ini maka UHC dapat dideskripsikan sebagai upaya untuk memastikan seluruh penduduk di suatu wilayah dapat mengakses pelayanan kesehatan yang diperlukan tanpa hambatan finansial dan dengan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu transformasi pelayanan kesehatan yang saat ini sedang dijalankan oleh Kementerian Kesehatan, termasuk untuk pelayanan kesehatan rujukan dengan mengembangkan layanan unggulan di berbagai rumah sakit dan juga melalui jejaring rumah sakit rujukan dan program *Sister Hospital*. Upaya mencapai pelayanan yang bermutu juga dilakukan melalui pemberian pelayanan yang berbasis bukti. Saat ini, Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya untuk memberikan pelayanan berbasis bukti, salah satunya melalui penyusunan Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) yang disusun oleh organisasi profesi dan disahkan oleh Menteri. PNPk ini menjadi dasar bagi fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit untuk menyusun Panduan Praktik Klinis (PPK) dimana, PPK dapat dilengkapi dengan Alur Klinis (*Clinical Pathway*), algoritma, atau prosedur.

Alur klinis (*clinical pathway*) mulai digunakan pertama kali tahun 1987 oleh Zander, Etheredge, dan Bower di *New England Medical Centre*, dan kemudian berkembang di Eropa sejak tahun 1990-an. Alur klinis (*clinical pathway*) merupakan istilah yang umum sering digunakan, disamping istilah lain yang memiliki arti sama seperti: *care pathway*, *critical pathway*, *integrated care pathway* dan *care map*.

Alur klinis (*clinical pathway*) adalah rencana detail setiap pelayanan yang akan diberikan oleh profesional pemberi asuhan lainnya dengan cara menerjemahkan pedoman nasional pelayanan klinis dan/atau pedoman lainnya berdasarkan praktik berbasis bukti (*evidence based practice*) sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dari pengkajian, tindakan, pengobatan, hasil luaran, dan rencana perawatan mulai pasien masuk sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan waktu yang telah ditetapkan.

Proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*clinical pathway*) di rumah sakit perlu dilakukan dengan metode yang baik dan cermat, sehingga proses tersebut dapat secara efektif dan efisien meningkatkan mutu pelayanan klinis, tidak hanya sekedar memenuhi persyaratan regulasi atau standar tertentu. Proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*clinical pathway*) di rumah sakit membutuhkan komitmen yang kuat dari pimpinan rumah sakit, keterlibatan aktif para klinisi, serta dukungan dari berbagai seluruh unit di rumah sakit.

B. Tujuan

Tujuan Penyusunan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

1. Menghemat penggunaan sarana, meningkatkan luaran klinis, meningkatkan kepuasan pasien, dan praktisi klinis, serta menurunkan biaya perawatan.
2. Penurunan *length of stay* dan penurunan biaya perawatan dan sebagai alat untuk meminimalisasi biaya rumah sakit.
3. Memfasilitasi *early discharge*, meningkatkan indeks kualitas hidup.
4. Menurunnya *length of stay*, meningkatnya *clinical outcome*, meningkatkan *economic outcome*, mengurangi tindakan yang tidak diperlukan.
5. Membantu memperjelas dimana uang dibelanjakan, menilai kinerja PPA.
6. Menurunkan jumlah panggilan telepon ke dokter karena tim multidisiplin memiliki gambaran yang lebih jelas tentang rencana perawatan, meningkatkan komunikasi antara dokter, staf perawat dan anggota

layanan kesehatan lainnya, dan memfasilitasi penerapan dan praktik kedokteran berbasis bukti.

BAB II

PENYUSUNAN ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

Penyusunan alur klinis (*clinical pathway*) dilakukan melalui beberapa langkah berikut ini:

A. Membangun Pemahaman Bersama tentang Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Manajemen rumah sakit perlu mengadakan kegiatan untuk membangun pemahaman bersama tentang proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*clinical pathways*). Kegiatan dapat berupa seminar, *workshop*, pelatihan, studi banding dan sebagainya. Kegiatan dapat diselenggarakan oleh eksternal atau pun internal rumah sakit. Karena kegiatan eksternal rumah sakit umumnya hanya diikuti oleh perwakilan staf, maka perlu dilanjutkan dengan sosialisasi internal rumah sakit yang dapat diikuti oleh lebih banyak staf.

Pimpinan dan staf yang 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*)

Rumah sakit perlu melakukan Pembentukan Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Pimpinan/Direktur rumah sakit minimal mencantumkan: Dasar hukum dan Uraian Tugas Tim, dengan masa kerja 2 (dua) atau 3 (tiga) tahun yang akan menjadi penanggung jawab proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi alur klinis (*clinical pathway*).

Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) terdiri dari Dokter/Dokter Gigi, perawat, dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

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

Berbeda dengan Panduan Praktik 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, sehingga jumlah dan judul alur klinis (*Clinical Pathway*) disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Judul Alur Klinis (*Clinical Pathway*) dapat berupa diagnosa penyakit berdasarkan

ICD 10 atau berupa tindakan berdasarkan ICD 9 CM, setiap judul harus ditentukan secara spesifik.

Penetapan judul alur klinis (*clinical pathway*) perlu memperhatikan beberapa hal, antara lain:

1. apakah jumlah kasusnya cukup banyak (kasus yang jarang terjadi tidak perlu disusun alur klinisnya);
2. apakah kasusnya membutuhkan biaya besar (prioritaskan kasus yang berbiaya besar);
3. apakah kasusnya sering menimbulkan masalah pelayanan klinis (misalnya sering menyebabkan variasi pelayanan klinis, insiden keselamatan pasien, luaran klinis tidak baik, dan sebagainya); dan
4. apakah kasusnya merupakan kasus berisiko tinggi (angka kematian atau komplikasi tinggi).

Penetapan judul alur klinis (*clinical pathway*) dikoordinasikan oleh Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) dengan menyelenggarakan rapat yang melibatkan Kelompok Staf Medis, komite-komite terkait yang dihadiri oleh pimpinan rumah sakit. Rapat juga dapat mengundang perwakilan fungsional dokter, perawat, dan klinisi lainnya. Setiap anggota rapat dapat memberikan usulan judul. Bila dianggap terlalu banyak judul yang diusulkan, maka dapat dilanjutkan untuk menyusun prioritas judul alur klinis (*clinical pathway*) dengan mempertimbangkan kriteria jumlah, biaya, risiko, dan permasalahan untuk masing-masing judul yang diusulkan dengan menggunakan format tabel 2.1, serta kebutuhan rumah sakit.

Pertimbangan lain adalah keterkaitan judul alur klinis (*clinical pathway*) dengan rencana strategi rumah sakit, termasuk rencana pengembangan layanan unggulan. Selanjutnya judul alur klinis (*clinical pathway*) yang akan disusun, direkomendasikan kepada Direktur yang memiliki tugas dan fungsi melaksanakan pengelolaan medis dan penunjang medis untuk kemudian ditetapkan sebagai judul alur klinis (*clinical pathway*) yang akan disusun oleh Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*).

Tabel 2.1 Contoh Menetapkan Judul Alur Klinis

Usulan Judul Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	Jumlah kasus	Biaya	Risiko	Masalah	Total
<i>Modified Radical Mastectomy</i> pada Kanker Payudara Stadium 1-2	3	5	4	4	16
Diare Akut Dehidrasi Ringan-Sedang pada Anak	5	2	3	3	13
Tuberkulosis Paru Kasus Baru dengan Hemoptoe pada Pasien Dewasa	4	3	3	4	14

Menggunakan skala likert 1-5:

- 1. Semakin banyak kasusnya nilai semakin tinggi
- 2. Semakin tinggi biayanya nilai semakin tinggi
- 3. Semakin berisiko nilai semakin tinggi
- 4. Semakin sering menimbulkan masalah nilai semakin tinggi

Hasil: *Modified Radical Mastectomy* pada Kanker Payudara Stadium 1-2 terpilih menjadi judul alur klinis (*clinical pathway*) karena memiliki total nilai tertinggi.

D. Penentuan Referensi dalam Penyusunan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Penyusunan alur klinis (*clinical pathway*) dapat bersumber dari standar pelayanan, baik standar pelayanan kedokteran/medis, standar pelayanan/asuhan keperawatan, standar pelayanan/asuhan nutrisisionis, dan standar PPA lainnya. Standar pelayanan mengacu ke Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) dan/atau Panduan Praktik Klinis (PPK) yang telah ada, atau bila belum tersedia dapat disusun berdasarkan referensi internasional atau reuiu literatur, serta disesuaikan dengan kondisi

ketersediaan sumber daya rumah sakit. Penyusunan alur klinis juga dapat disertai dengan penyusunan algoritma sebagai PPK yang ada.

Adapun tahapan dalam mencari dan menentukan standar pelayanan yang menjadi referensi dalam penyusunan alur klinis (*clinical pathway*), yaitu:

1. Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) mencari dan menentukan *evidence based* terbaik dan terkini;
2. Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) melakukan reviu terhadap standar pelayanan, PNPk, PPK, dan/atau referensi internasional yang telah ada; dan
3. Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) memasukan semua jenis pelayanan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ada dalam standar pelayanan, PNPk, PPK, dan/atau referensi internasional ke dalam format alur klinis (*clinical pathway*).

E. Menentukan Format Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*) menentukan dan mendesain format alur klinis (*clinical pathway*), sesuai dengan kesepakatan bersama. Tidak ada format baku alur klinis (*clinical pathway*), namun setidaknya format terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian awal, bagian utama, bagian variasi, dan bagian akhir alur klinis (*clinical pathway*), dengan rincian sebagai berikut:

1. Bagian kepala (*header*) format alur klinis (*clinical pathway*)

Logo RS	<i>Clinical Pathway</i> (sebutkan nama diagnosis/tindakan)	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:
Nama pasien*	:	
Tanggal lahir pasien*	:	
Nomor rekam medik*	:	
Catatan khusus	:	

*Bagi rumah sakit yang telah menggunakan stiker identitas pasien, maka bagian nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis dapat diganti dengan kotak lokasi penempelan stiker.

2. Bagian tubuh (*body*) format alur klinis (*clinical pathway*)

Aspek Pelayanan Klinis	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari ...
1. Penilaian dan Pemantauan Medis				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
3. Pemeriksaan Penunjang medik (lab, radiologi, dsb)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
4. Tindakan Medis				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
5. Tata Laksana Keperawatan				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
6. Medikasi (Obat-obatan, cairan intra vena, tranfusi, dsb)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
7. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan carian, makanan tambahan, dsb)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
8. Kegiatan pasien (aktifitas, toileting, pencegahan jatuh, mobilisasi)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
9. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal pembahasan kasus bersama tim, dsb)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
10. Konseling psikososial (bagi pasien/keluarga)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]

•	[]	[]	[]	[]
11. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (edukasi tentang obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
12. Outcome pasien (yang diharapkan tercapai)				
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
•	[]	[]	[]	[]
• Pasien dapat dipulangkan				[]

Catatan:

- Kolom Hari diisi sesuai dengan jumlah hari perawatan (bila ini rawat inap), sehingga jumlah kolom dapat berbeda-beda tergantung dari judul alur klinis (*clinical pathway*) yang disusun.
- Tanda [] tidak diberikan disetiap kolom hari, namun hanya diberikan pada kolom hari dimana aspek pelayanan klinis tersebut diberikan (bisa hanya 1 kali saja, bisa beberapa kali, bisa juga diberikan dari awal hingga pasien pulang.
- Tindakan medis termasuk operasi dan pemberian anestesi.
- Konsultasi dan komunikasi tim merupakan kegiatan koordinasi internal tim klinis dalam tata laksana pasien, misalnya pembahasan kasus bersama, dan rencana rujukan ke spesialis atau unit lain.
- Konseling psikososial diberikan bagi pasien dan atau keluarga yang perlu mendapatkan konseling terkait dengan penyakit pasien, kondisi tubuhnya, perubahan gaya hidup, atau perawatan berkelanjutan di rumah.
- Outcome perawatan pasien adalah kondisi klinis pasien yang diharapkan terjadi pada setiap hari perawatan, outcome akhir yang diharapkan adalah pasien dapat dipulangkan (pada hari terakhir).

3. Bagian kolom variasi format alur klinis (*clinical pathway*)

Variasi pelayanan klinis yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan

Bagian kolom variasi adalah untuk mencatat variasi pelayanan klinis yang diberikan (misalnya pemberian jenis obat yang berbeda dengan yang tertera dalam alur klinis (*clinical pathway*), atau waktu pelayanan yang berbeda hari, dan sebagainya. Kolom variasi bukan untuk mencatat variasi pasien (seperti komplikasi atau adanya penyakit penyerta).

4. Bagian akhir alur klinis (*clinical pathway*)

Bagian akhir berisi petunjuk penggunaan dari format alur klinis (*clinical pathway*), setidaknya terdapat dari informasi:

- a. Kriteria pasien yang dapat menggunakan format: menjelaskan pasien mana yang dapat dan pasien mana yang tidak dapat menggunakan format alur klinis (*clinical pathway*) (misalnya format sebuah alur klinis (*clinical pathway*) tidak dapat digunakan untuk pasien dengan komplikasi atau penyakit penyerta tertentu karena akan membutuhkan berbagai jenis tata laksana klinis yang berbeda dari yang tertera dalam format alur klinis (*clinical pathway*).
- b. Cara mengisi format: format ini digunakan dengan memberi tanda centang apabila pelayanan klinis telah selesai dilaksanakan.
- c. Wewanti (*disclaimer*): bahwa format ini hanya sebagai pedoman, sedangkan pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan para klinisi memiliki kewenangan klinis untuk memberikan pelayanan klinis yang berbeda dari yang tercantum dalam format sepanjang menjelaskan alasannya dalam kolom variasi.
- d. Cara mengisi kolom variasi: yaitu apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan format alur klinis (*clinical pathway*), maka klinisi yang memberikan pelayanan perlu menuliskan bentuk variasi pelayanan klinis, alasan, waktu, dan tanda tangan. Pada bagian ini dapat diberikan berbagai contoh variasi yang umum terjadi sesuai judul alur klinis (*clinical pathway*).
- e. Cara menyimpan format: penjelasan bahwa format ini setelah diisi menjadi bagian dari catatan medis, sehingga harus disimpan dalam berkas rekam medis dan disimpan dalam folder rekam medis.
- f. Kontak Tim Alur Klinis (*Clinical Pathway*): memberikan informasi tentang nama dan nomor kontak dari anggota tim alur klinis (*clinical pathway*) apabila ada klinis yang akan memberikan masukan atau usulan perbaikan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) yang digunakan.

F. Pengesahan Format Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Format alur klinis (*clinical pathway*) ditandatangani oleh Direktur Utama/Kepala Rumah Sakit sebagai bagian dari lampiran PPK sesuai judul alur klinis- (*clinical pathway*) setelah mendapatkan persetujuan dari Komite yang memiliki tugas dan fungsi di bidang medik, keperawatan, dan mutu.

Sebelum diajukan ke Direktur Utama/Kepala Rumah Sakit untuk disahkan, format alur klinis (*clinical pathway*) perlu diujicobakan terlebih dahulu oleh tim alur klinis (*clinical pathway*). Uji coba dilakukan paling tidak untuk 30 pasien, uji coba diperlukan untuk mengevaluasi seberapa mampu laksana rumah sakit dan klinis untuk menerapkan alur klinis (*clinical pathway*). Perlu dievaluasi apakah betul aspek pelayanan klinis yang tertera di alur klinis (*clinical pathway*) sudah lengkap dan tidak berlebih, apakah alur klinis (*clinical pathway*) mudah dipahami dan diisi oleh para klinisi, apakah waktu pelayanan klinis sudah sesuai, apakah format tidak terlalu kecil, dan sebagainya. Apabila cukup banyak masukan perbaikan dari hasil uji coba, maka setelah diperbaiki format alur klinis (*clinical pathway*) perlu diuji coba kembali. Tabel 2.2 merupakan contoh model alur klinis (*clinical pathway*) sesuai format yang telah diuraikan. Model alur klinis (*clinical pathway*) berikut dapat diadopsi serta dimodifikasi sesuai kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.

Tabel 2.2. Contoh Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

2.2.1 Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Asfiksia Ringan-Sedang pada Bayi Baru Lahir

	Clinical Pathway Asfiksia Ringan-Sedang pada Bayi Baru Lahir	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:
Nama pasien	: _____	
Tanggal lahir pasien	: _____	
Nomor rekam medik	: _____	
Catatan khusus	: _____ _____ _____ _____	

Aspek Pelayanan	Hari I	Hari II	Hari III	Hari IV - XIV
1. Penilaian dan Pemantauan Medis				
a. Melakukan anamnesis antenatal terkait faktor risiko asfiksia	[]			
b. Melakukan anamnesis adanya riwayat hipoksia, iskemia serta tanda ensefalopati	[]			
• Melakukan penilaian skor <i>Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration</i> (APGAR) pada menit ke-1 dan 5	[]			
• Melakukan penilaian <i>Down Score</i> (derajat distres nafas)	[]	[]	[]	
• Melakukan penilaian tanda vital dan perfusi perifer	[]	[]	[]	[]
• Melakukan penilaian neurologis untuk menilai derajat <i>Hypoxic Ischaemic Encephalopathy</i> HIE (<i>Thompson score</i> /Sarnat)	[]			
• Melakukan pemantauan dan pencegahan infeksi	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan dan pencegahan hipoglikemi	[]	[]	[]	[]
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan				
• Melakukan pemeriksaan nadi, pernapasan, suhu, SpO2, kesadaran (<i>NEWS/newborn early warning sign</i>)	[]	[]	[]	[]
• Mengukur <i>input, output</i> , diuresis, dan balans cairan	[]	[]	[]	[]

• Melakukan asesmen nyeri	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asuhan keperawatan pasien dengan bantuan napas	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan akses sentral	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan nutrisi parenteral total	[]	[]	[]	[]
3. Pemeriksaan Penunjang Medik (lab, radiologi, dsb)				
• Hematologi rutin	[]			[]
• Analisis gas darah	[]			
• Glukosa sewaktu	[]	[]	[]	
• Rontgen thoraks	[]			
4. Tindakan Medis				
• Terapi Oksigen sesuai indikasi: nasal kanul, CPAP, HFNC	[]	[]	[]	[]
5. Tindakan Keperawatan				
• Pemasangan infus	[]	[]	[]	[]
• Pemasangan OGT	[]	[]	[]	[]
• Mengganti cairan infus	[]	[]	[]	[]
• Perawatan infus/ akses sentral	[]	[]	[]	[]
• <i>Positioning/ nest</i>	[]	[]	[]	[]
• <i>Oral hygiene</i>	[]	[]	[]	[]
• Pemantauan nyeri	[]	[]	[]	[]
6. Medikasi (Obat-obatan, cairan IV, tranfusi, dsb)				
• Cairan infus: Dextrose 10%, D5 ½ S, D51/4 S, D10 0,18 S	[]	[]	[]	[]
• Koreksi elektrolit sesuai indikasi: NaCl 0,9%, NaCl 3%, KCl 7,4%, Ca glukonas 10%	[]	[]	[]	[]
• Cairan nutrisi parenteral sesuai indikasi: Asam amino 6%, asam amino 10%, lipid 20%	[]	[]	[]	[]
7. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan cairan, makanan tambahan, dsb)	[]	[]	[]	[]
• Nutrisi parenteral total	[]	[]	[]	[]
• Nutrisi parenteral partial	[]	[]	[]	[]
8. Kegiatan				
• Perawatan neonatus level 2	[]	[]	[]	[]
9. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal konferensi tim)	[]			[]
• N/A				

10. Konseling psikososial (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)				
• N/A				
11. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)				
• Memberikan edukasi prognosis	[]	[]	[]	[]
• Memberikan edukasi perawatan terpisah dengan ibu	[]	[]	[]	[]
12. Rencana <i>discharge</i> (penilaian <i>outcome</i> pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)				[]
• Tidak pakai bantuan nafas				[]
• Tanda vital stabil				[]
• Tidak memakai infus				[]

Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan

Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama		Kode ICD 10: P21.9	
Diagnosa Penyerta		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9	
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

- Petunjuk Penggunaan:
1. Formulir ini digunakan dengan cara dicontreng apabila sudah dilaksanakan
 2. Formulir ini hanya sebagai pedoman, pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi pasien
 3. Isilah kolom variasi apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan *clinical pathway*, contohnya: aEEG,NIRS atau pelayanan lain

2.2.2 Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Histerektomi Total Tanpa Komplikasi

	Clinical Pathway Histerektomi Total Tanpa Komplikasi	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:
Nama pasien	: _____	
Tanggal lahir pasien	: _____	
Nomor rekam medik	: _____	
Catatan khusus	: Stadium 1 A1, <i>Lympho Vascular Space Invasion</i> (LVSI) negatif atau <i>High grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> (HSIL)/ <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> (CIN) 3 berdasarkan hasil konisasi, tanpa penyakit penyerta	

Aspek Pelayanan	Hari I	Hari II	Hari III
1. Penilaian dan Pemantauan Medis			
• Melakukan anamnesis: tanda-tanda vital	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan luka operasi	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan perdarahan	[]	[]	[]
• Melakukan pemantuan fungsi berkemih dan defekasi	[]	[]	[]
• Melakukan manajemen nyeri	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan terapi/obat	[]	[]	[]
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan			
• Melakukan anamnesis: tanda- tanda vital	[]	[]	[]
• Melakukan pemantuan nyeri	[]	[]	[]
• Melakukan penilaian EWS (<i>early warning score</i>)	[]	[]	[]
• Melakukan penilaian risiko jatuh	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan keseimbangan cairan	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan fungsi berkemih dan defekasi	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan risiko perdarahan dan tanda infeksi	[]	[]	[]

Aspek Pelayanan	Hari I	Hari II	Hari III
3. Penilaian dan Pemantauan Gizi			
• Melakukan identifikasi kebutuhan gizi	[]		
• Melakukan pemantauan kebutuhan kalori	[]		
4. Pemeriksaan Penunjang medik (lab, radiologi, dsb)			
• Darah Perifer Lengkap (DPL)	[]		
• PA serviks bersama Korpus Uteri	[]		
5. Tindakan Medis			
• Rehabilitasi: Mobilisasi dini	[]	[]	[]
• Perawatan luka	[]	[]	[]
6. Tindakan Keperawatan			
• Perawatan luka	[]	[]	[]
7. Medikasi (Obat-obatan, cairan IV, transfusi, dsb)			
• Cairan infus: kristaloid	[]	[]	[]
• Analgesik: AINS atau analgesik opioid	[]	[]	[]
• Antibiotik jika diperlukan	[]	[]	[]
8. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan cairan, makanan tambahan, dsb)			
• Diet TKTP secara bertahap	[]	[]	[]
• Hidrasi cukup	[]	[]	[]
9. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal konfrensi tim)			
• dr Spesialis anestesi dan terapi intensif	[]		
10. Konseling psikososial (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)			
• Konseling emosional/psikologis	[]		
• Konseling fungsi organ dasar panggul: fungsi berkemih, defekasi dan seksual	[]		
11. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)			
• Perawatan luka dan pemantauan infeksi	[]		

Aspek Pelayanan	Hari I	Hari II	Hari III
• Mobilisasi dini dan pencegahan komplikasi	[]		
• Diet TKTP untuk pemulihan	[]		
• Rencana kunjungan <i>follow up</i> selanjutnya			[]
• Aktivitas fisik yang dapat dilakukan pasca operasi	[]		
• Terapi obat-obatan yang diberikan	[]		
12. Rencana pulang (penilaian <i>outcome</i> pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)			
• Keadaan umum pasca operasi stabil			[]
• Nyeri dapat dihadapi dengan tingkat ketidaknyamanan yang dapat diterima			[]
• Tidak ada tanda-tanda infeksi dan komplikasi			[]

Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan

Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama		Kode ICD 10	
Diagnosa Penyerta		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9: 68.4	
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

2.2.3 Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Pneumonia Komunitas Dewasa Tidak Berat

	Clinical Pathway Pneumonia Komunitas Dewasa Tidak Berat	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:
Nama pasien	: _____	
Tanggal lahir pasien	: _____	
Nomor rekam medik	: _____	
Catatan khusus	: _____	

Aspek Pelayanan	Hari I	Hari II	Hari III	Hari IV	Hari V
1. Penilaian dan Pemantauan Medis					
• Melakukan anamnesis: keluhan pneumonia berupa demam, batuk, nyeri dada, sesak napas, perubahan karakteristik sputum	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan anamnesis keluhan penyerta (mual, muntah, penurunan nafsu makan, atau penurunan kesadaran)	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemeriksaan tanda vital dan saturasi oksigen perifer	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemeriksaan fisik paru	[]	[]	[]	[]	[]
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan					
• Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, SpO2	[]	[]	[]	[]	[]
• Mengukur <i>input, output</i> , diuresis dan keseimbangan cairan	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asesmen intake cairan dan makanan per oral	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asesmen nyeri	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan skrining gizi	[]				
• Memfasilitasi pemenuhan aktivitas sehari-hari	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan asesmen psikososial	[]				
3. Penilaian dan Pemantauan Gizi					
• Melakukan pengkajian awal gizi	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan intervensi gizi	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan asuhan gizi	[]	[]	[]	[]	[]
4. Penilaian dan pemantauan farmasi					

• Melakukan rekonsiliasi	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan interaksi obat	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan pemantauan efek samping obat	[]	[]	[]	[]	[]
• Pemantauan pemantauan terapi obat	[]	[]	[]	[]	[]
5. Pemeriksaan Penunjang medik (lab, radiologi, dsb) sesuai kemampuan rumah sakit					
• Darah perifer lengkap disertai hitung jenis leukosit			[]		
• Pemeriksaan Gram atau kultur dengan/tanpa uji kepekaan antibiotik (sesuai kemampuan faskes) jika: a. Riwayat infeksi MRSA atau <i>Pseudomonas</i> sebelumnya b. Riwayat rawat rumah sakit dan mendapat antibiotik parenteral dalam 90 hari terakhir c. Mendapat terapi antibiotik empiris untuk MRSA atau <i>Pseudomonas</i>					
• Foto toraks					[]
6. Tindakan Medis					
• N/A					
7. Tindakan Keperawatan					
• Pemasangan infus atau akses vena perifer sesuai indikasi	[]				
• Perawatan infus	[]	[]	[]	[]	[]
• Melakukan latihan batuk efektif	[]	[]	[]	[]	[]
8. Medikasi (Obat-obatan, cairan IV, tranfusi, dsb)					
• Cairan intravena	[]	[]	[]	[]	[]
• Antibiotik empiris o Beta-laktam + macrolide atau o Florokuinolon respirasi	[]	[]	[]	[]	[]
• Terapi oksigen	[]	[]	[]	[]	[]
9. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan cairan, makanan tambahan, dsb)					
• Melakukan asesmen gizi	[]				
• Diet makanan sesuai dengan kebutuhan pasien (enteral: Makanan cair, Bubur saring/Oral: Makanan cair, Bubur saring, Makanan lunak, Makanan biasa)	[]	[]	[]	[]	[]
• Monitoring kecukupan gizi		[]	[]	[]	[]
10. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal konfrensi tim)					
N/A					
11. Konseling psikososial (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)					
N/A					

12. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)					
• Memberikan edukasi <i>hygiene</i> dan sanitasi	[]				
• Memberikan edukasi cara minum obat	[]				
• Memberikan edukasi diet yang sesuai	[]				
• Memberikan Edukasi berhenti merokok	[]				
• Memberikan edukasi mengenai latihan pernafasan dan batuk efektif	[]				
13. Rencana <i>discharge</i> (penilaian <i>outcome</i> pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)					
• Gejala klinis membaik				[]	[]
• Bebas terapi oksigen atau kebutuhan terapi oksigen kembali ke kebutuhan dasar sebelum sakit				[]	[]
• Tanda vital stabil				[]	[]

Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan
Melakukan terapi inhalasi sesuai indikasi			
Terapi bronkodilator jika ditemukan bronkospasme			
Terapi mukolitik jika ditemukan kesulitan mengeluarkan dahak			

Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama		Kode ICD 10: J18.9	
Diagnosa Penyerta		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9	
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

2.2.4 Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Kanker Paru Jenis Karsinoma Bukan Sel Kecil (KPKBSK) Stadium Lanjut/*Advance Stage* dengan Terapi Sistemik

Logo RS	Clinical Pathway Kanker Paru Jenis Karsinoma Bukan Sel Kecil (KPKBSK) Stadium Lanjut / Advance Stage dengan Terapi Sistemik	Nomor CP: Tanggal berlaku: Nomor revisi:
Nama pasien	: _____	
Tanggal lahir pasien	: _____	
Nomor rekam medik	: _____	
Catatan khusus	: Stadium IIIA (N2+); IIIB (N2+) cT1-4 N2; Stadium IIIB (N3+), IIIC cT1-4 N3; dan Stadium IVA-B cT1-4 N1-3 M1	

Aspek Pelayanan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
1. Penilaian dan Pemantauan Medis			
Melakukan anamnesis: keluhan kanker paru dapat berupa batuk, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, dan gejala sistemik lain.	[]	[]	[]
Mereviu hasil pemeriksaan laboratorium, patologi anatomi (dan atau pemeriksaan lainnya), serta hasil <i>imaging</i> sebelumnya.	[]		
Melakukan pemeriksaan fisik: keadaan umum, tampilan umum (<i>performance status</i>). Hasil pemeriksaan fisik sistemik dapat normal atau ditemukan kelainan.	[]		
Pemantauan efek samping terapi sistemik kanker (kemoterapi/terapi target/ imunoterapi/ monoklonal antibodi/terapi sistemik lainnya) seperti mual, muntah, diare, luka pada mukosa, dan efek samping lainnya.	[]	[]	[]
2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan			
Pengkajian awal rawat inap	[]		
Pengkajian terapi sistemik kanker	[]	[]	[]
- Diagnosis keperawatan: - Nausea - Risiko defisit nutrisi - Ansietas - Risiko gangguan integritas kulit/jaringan - Nyeri akut/kronik - Risiko infeksi	[]	[]	[]
3. Pemeriksaan Penunjang Medik			
Pemeriksaan penunjang medik dapat diperiksa di poliklinik dan direviu kembali di ruangan.			

Darah rutin lengkap (hemoglobin, hematokrit, leukosit, hitung jenis, trombosit).	[]	[]	
- Kimia darah - SGOT, SGPT, bilirubin, ureum, kreatinin - Elektrolit*: Na, K, Cl, Ca, Fosfor	[]	[]	
Hasil lab skrining* PCR SARS-CoV-2/RDT IgG/IgM SARS-Co-V2 bila diperlukan	[]	[]	
Penanda infeksi* (HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV)	[]	[]	
Foto toraks	[]		
EKG atau pada kemoterapi tertentu* dapat menggunakan ECHO kardiografi	[]		
4. Tindakan Medis			
Protokol terapi sistemik (kemoterapi/terapi target/ terapi monoklonal/ imunoterapi/atau lainnya)	[]	[]	
- Pemasangan akses terapi sistemik - perifer - vena sentral - <i>chemoport</i>	[]		
Premedikasi (hidrasi, steroid, antihistamin, antiemetik, <i>proton-pump inhibitor (PPI)</i> intravena atau golongan H2 bloker)*	[]		
Transfusi darah merah (PRC - <i>Packed Red Cell</i>)*	[]	[]	[]
Transfusi TC (<i>Thrombocyte Concentrate</i>) atau TC Apheresis)*	[]	[]	[]
Injeksi GCSF (<i>granulocyte colony stimulating factor</i>)*	[]	[]	[]
Edukasi prosedur terapi sistemik kanker paru dan efek samping (lembar edukasi)	[]		
Radioterapi konkuren dengan terapi sistemik kanker paru (kemoterapi/imunoterapi/monoklonal antibodi/terapi sistemik lainnya) sesuai indikasi	[]	[]	[]
5. Tindakan Keperawatan			
Manajemen gejala (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan gejala)	[]	[]	[]
Manajemen nyeri	[]	[]	[]
Manajemen nutrisi	[]	[]	[]
Monitor berat badan	[]	[]	[]
Monitor asupan nutrisi & kalori	[]	[]	[]
Perawatan integritas kulit: Monitor tanda-tanda ekstrasvasasi : kemerahan, nyeri, bengkak pada area tusukan <i>IV line</i>	[]	[]	[]
Pemantauan EWS (<i>early warning score</i>)	[]	[]	[]
Pencegahan infeksi	[]	[]	[]

Monitor kulit sekitar tusukan <i>IV line</i> dari tanda-tanda infeksi (flebitis)			
• Perawatan kulit sekitar penusukan <i>IV line/CVC/portcath</i>	[]	[]	[]
• Manajemen terapi sistemik (kemoterapi/terapi target/imunoterapi/terapi sistemik lainnya)	[]	[]	[]
– Observasi tanda vital	[]	[]	[]
– Cek kondisi obat sebelum terapi sistemik	[]	[]	[]
– Lakukan identifikasi sebelum memberikan terapi sistemik	[]	[]	[]
– Monitor efek samping dan efek toksik pengobatan	[]	[]	[]
– Manajemen ekstrasvasasi	[]	[]	[]
6. Medikasi (obat-obatan, cairan IV, tranfusi, dan lain sebagainya)			
• Obat Rutin			
<i>Intra Vena Fluid Drip (IVFD) Normal Saline (NS) 500 ml/8 jam</i>	[]	[]	[]
Ondansetron 8 mg/8 jam iv atau metokloperamid 10 mg/8 jam iv		[]	[]
Ranitidin 150 mg atau Omeprazol 20 mg/12 jam oral		[]	[]
• Premedikasi			
Antihistamin: Difenhidramin 10 mg (iv)		[]	
Steroid: Deksametason 5-10 mg (iv)		[]	
Ranitidin 50 mg (iv)/Omeprazol 40 mg (iv) atau PPI lainnya		[]	
Neurotropik intravena		[]	
Antiemetik (pilihan) – Ondansetron 8 mg (iv) [pilihan utama] – Granisetron 1-3 mg (iv) [alternatif] – Ramosetron 300mcg (iv) [alternatif] – Palomosetron 0,25 mg (iv) [alternatif] – Palonosetron-netupitant/Akynzeo 300mg (oral) [alternatif] – Metoklopramid 10 mg iv [alternatif]		[]	
• Obat sitostatika			
Regimen sitostatika sesuai indikasi: Siklus setiap.....minggu		[]	
Contoh sitostatika: – Berbasis platinum (Carboplatin/Cisplatin dapat diberikan dikombinasikan dengan paklitaksel, gemsitabin, vinorelbine, dosetaksel, etoposid, pemetreksed (pemetreksed khusus KPKBSK non-skumous); kombinasi tersebut dapat diberikan			

bersamaan juga dengan anti-angiogenesis (bevacizumab/ ramucirumab/atau lainnya) dan/atau dengan imunoterapi, seperti atezolizumab, pembrolizumab, durvalumab, serprulimab, tislelizumab, nivolumab, ipilimumab atau yang lainnya sesuai indikasi.			
Imunoterapi/ terapi sistemik lainnya dapat diberikan tunggal atau dikombinasikan dengan kemoterapi sesuai indikasi.			
- Terapi lanjutan rawat jalan - Antiemetik (antagonis 5-HT3) - H2 bloker atau PPI - Asam folat	[]	[]	[]
- Tata laksana terapi sistemik lainnya, contoh: - Pemeriksaan kalsium dan fosfor bila menggunakan zolendrenic acid atau biphosponat - Pemberian metilprednisolon pada penggunaan pemetrexed	[]	[]	[]
7. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan carian, makanan tambahan, dsb)			
Apabila pasien dilakukan konsultasi ke Spesialis gizi klinis			
Kebutuhan energi 25 - 35 kkal/kgBB/hari (sesuai indikasi)	[]		
Kebutuhan protein 1,2 - 2 g/kgBB/hari (sesuai indikasi)	[]		
Kebutuhan cairan 25 - 40 ml/kgBB/hari (sesuai indikasi)	[]		
ASUHAN GIZI (*DIETISIEN/ AHLI GIZI)			
Assesment gizi	[]		
Diagnosis Gizi	[]		
Intervensi Gizi (pemberian diet biasa atau khusus)	[]	[]	[]
Monitoring dan Evaluasi asupan gizi	[]	[]	[]
8. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal pembahasan kasus bersama tim)			
N/A			
9. Konseling psikososial dan tim paliatif (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)			
N/A			
10. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)			
Jelaskan tujuan, indikasi, prosedur dan efek samping kemoterapi	[]		
Anjurkan melaporkan efek samping kemoterapi yang dirasakan	[]	[]	
Anjurkan cara mencegah infeksi	[]	[]	

• Buat dan jelaskan program kontrol		[]	[]
11. Rencana <i>discharge</i> (penilaian <i>outcome</i> pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)			
• Tanda vital stabil dan tampilan umum cukup		[]	[]
• Edukasi: - Obat - Gizi - Keperawatan		[]	[]
• Identifikasi kebutuhan paliatif			[]

Catatan:

*sesuai indikasi bila diperlukan

Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan

Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama		Kode ICD 10	
Diagnosa Penyerta		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9 : 99.25	
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

Petunjuk Penggunaan:

- Formulir ini digunakan dengan cara dicontreng apabila sudah dilaksanakan
- Formulir ini hanya bisa digunakan untuk pasien dengan kriteria sebagai berikut:
 - Inklusi: Pasien yang direncanakan rawat inap untuk tindakan kemoterapi tanpa penyulit
 - Eksklusi:
 - Kanker paru dengan penyulit
 - Sindrom Vena Kava Superior (SVKV)
 - Batuk darah massif
 - Sumbatan jalan nafas sentral
 - Deep Vein Thrombosis* (DVT)
 - Sepsis
 - Gagal nafas
 - Lain-lain
- Formulir ini sebagai pedoman, pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi pasien.
- Isilah kolom variasi bila ada ketidaksesuaian pelaksanaan di lapangan dan alur klinis, contoh:
 - Kanker paru dengan penyulit
 - Sindrom Vena Cava Superior (SVKV)
 - Batuk darah masif
 - Sumbatan jalan nafas sentral
 - Deep Vein Thrombosis* (DVT)
 - Sepsis
 - Gagal nafas
 - Lain-lain

2.2.5 Model Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Sepsis Tanpa Syok pada Dewasa

[illegible]

[illegible]

[illegible]

• Penjelasan diagnosis dan perkembangan kondisi pasien	[]									
• Rencana terapi	[]									
13. Rencana <i>discharge</i> (penilaian <i>outcome</i> pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)										
• <i>Respiratory Rate</i> (RR) Normal < 22x/mt,										[]
• <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) ≥ 13										[]
• Tekanan darah sistolik ≥ 100 mmHg.										[]

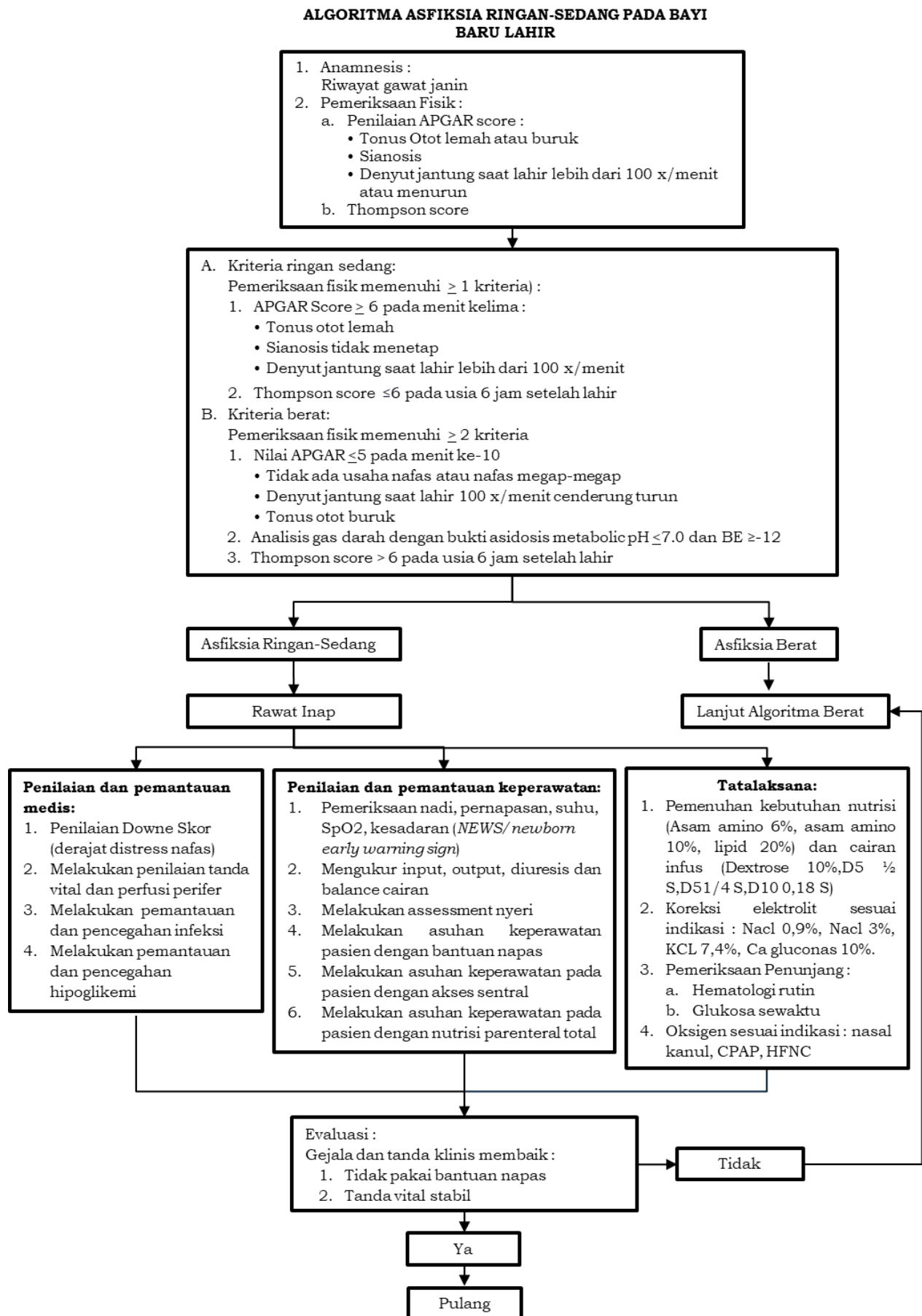
Catatan:

*Jika fasilitas tersedia

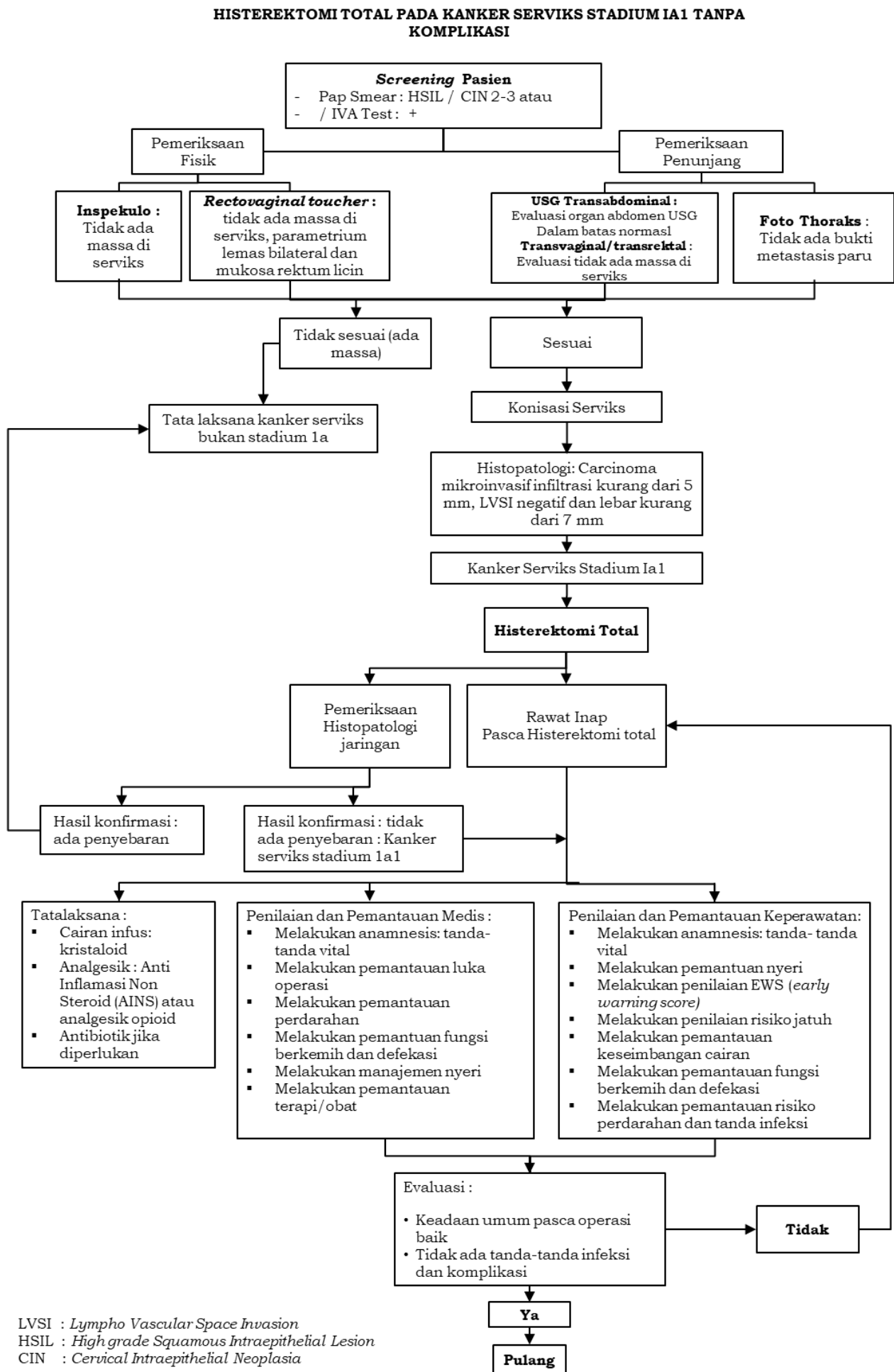
Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan
Melakukan penghisapan lendir (jika perlu)			
Pemasangan <i>Nasogatric Tube</i> untuk nutrisi enteral (sesuai indikasi)			
Elektrolit Natrium, Kalium, Klorida, (bila ada indikasi)			
Memberikan cairan kristaloid : 20-30 cc/kg BB 1 jam pertama atau 4 cc/Kg BB dalam waktu 10-15 menit (bila ada indikasi)			

Tanggal masuk		Tanggal keluar	
Diagnosa Utama		Kode ICD 10: A41.9	
Diagnosa Penyerta		Kode ICD 10	
Komplikasi		Kode ICD 10	
Tindakan Utama		Kode ICD 9	
Tindakan Lain		Kode ICD 9	

Panduan praktik klinis (PPK) yang telah disusun juga dapat disertai dengan algoritma. Berikut adalah contoh algoritma (Gambar 2.1):

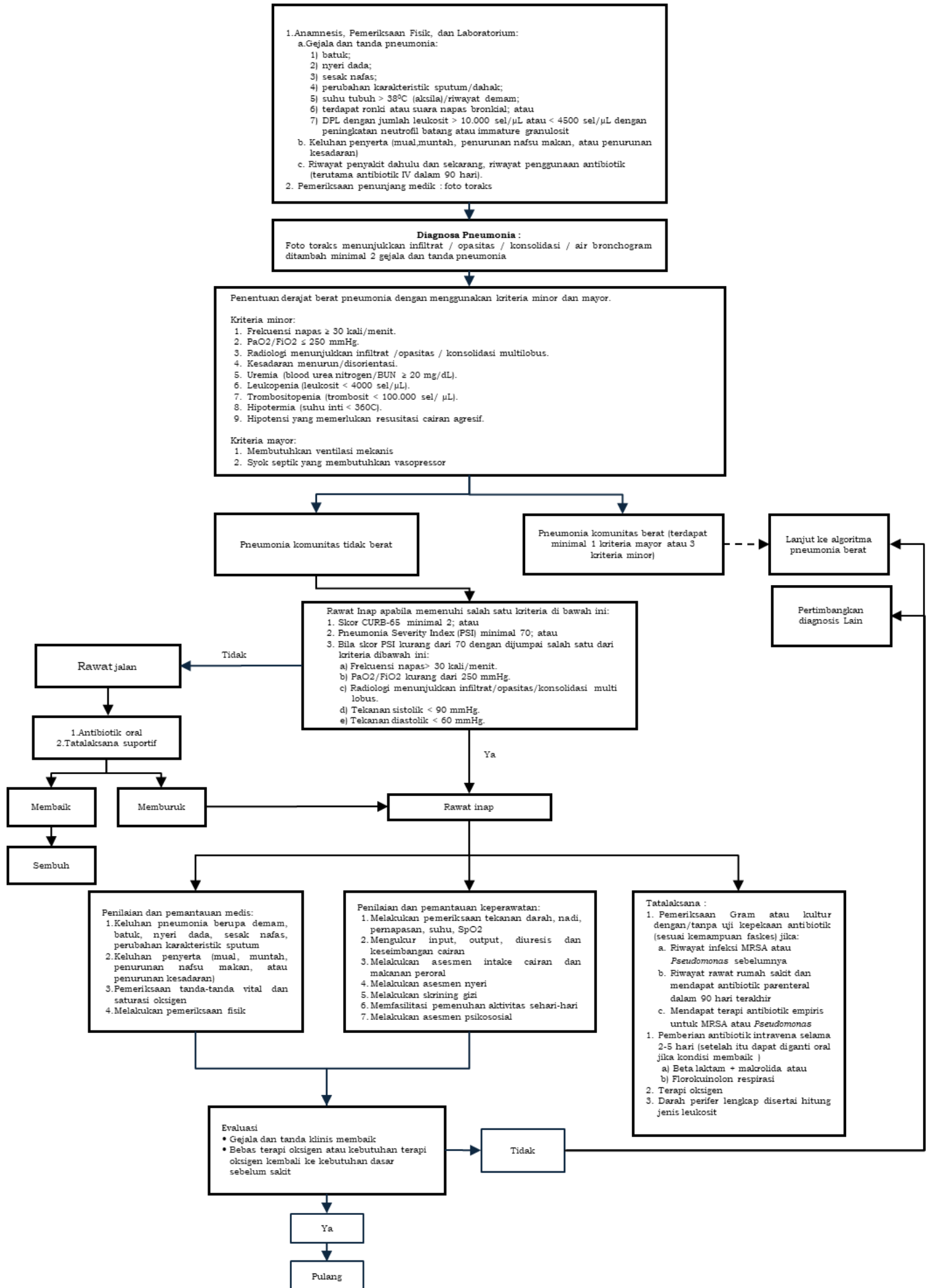


Gambar 2.1.1 Algoritma asfiksia ringan-sedang pada bayi baru lahir

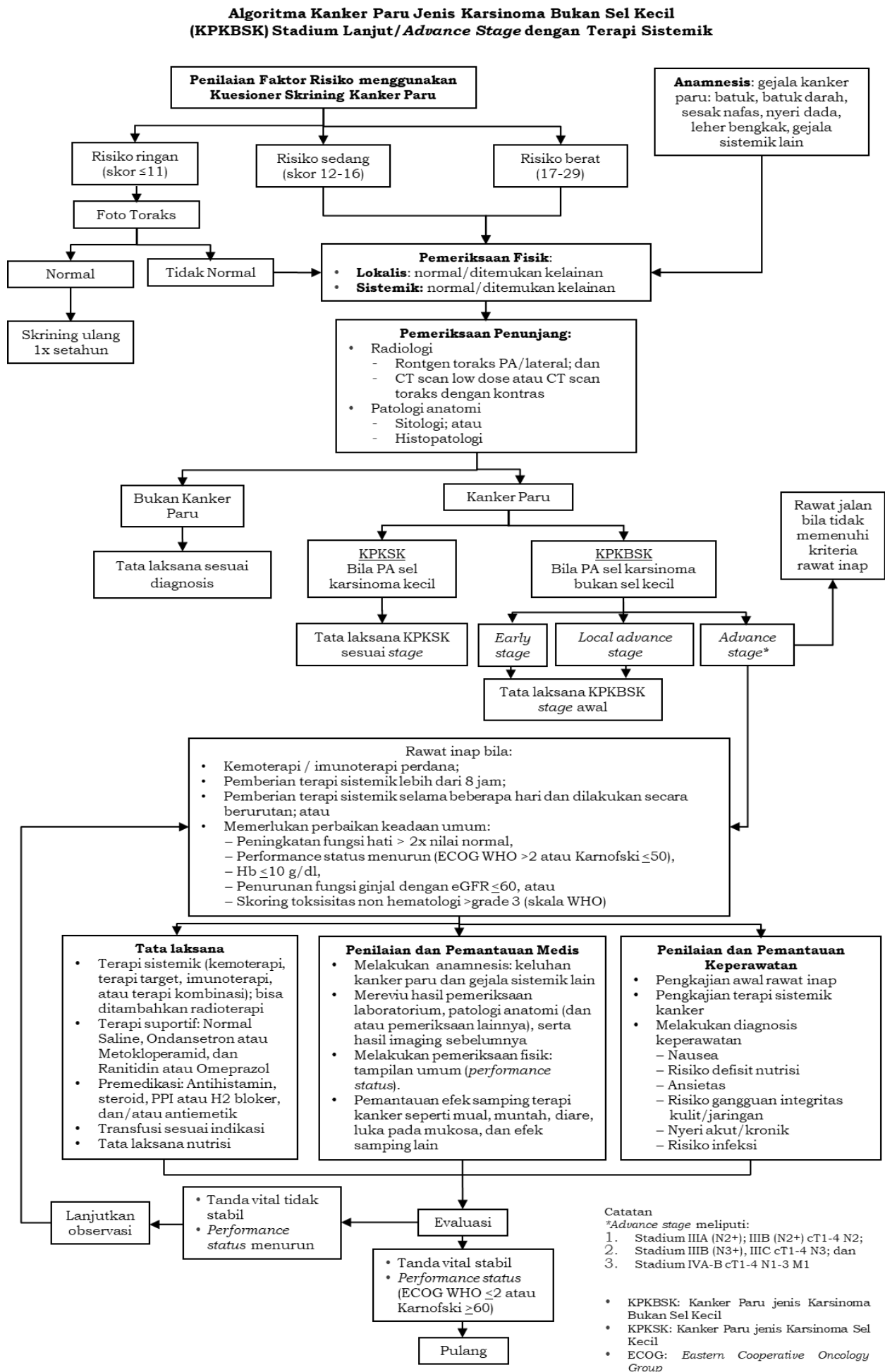


Gambar 2.1.2 Algoritma histerektomi total pada kanker serviks stadium IA1 tanpa komplikasi

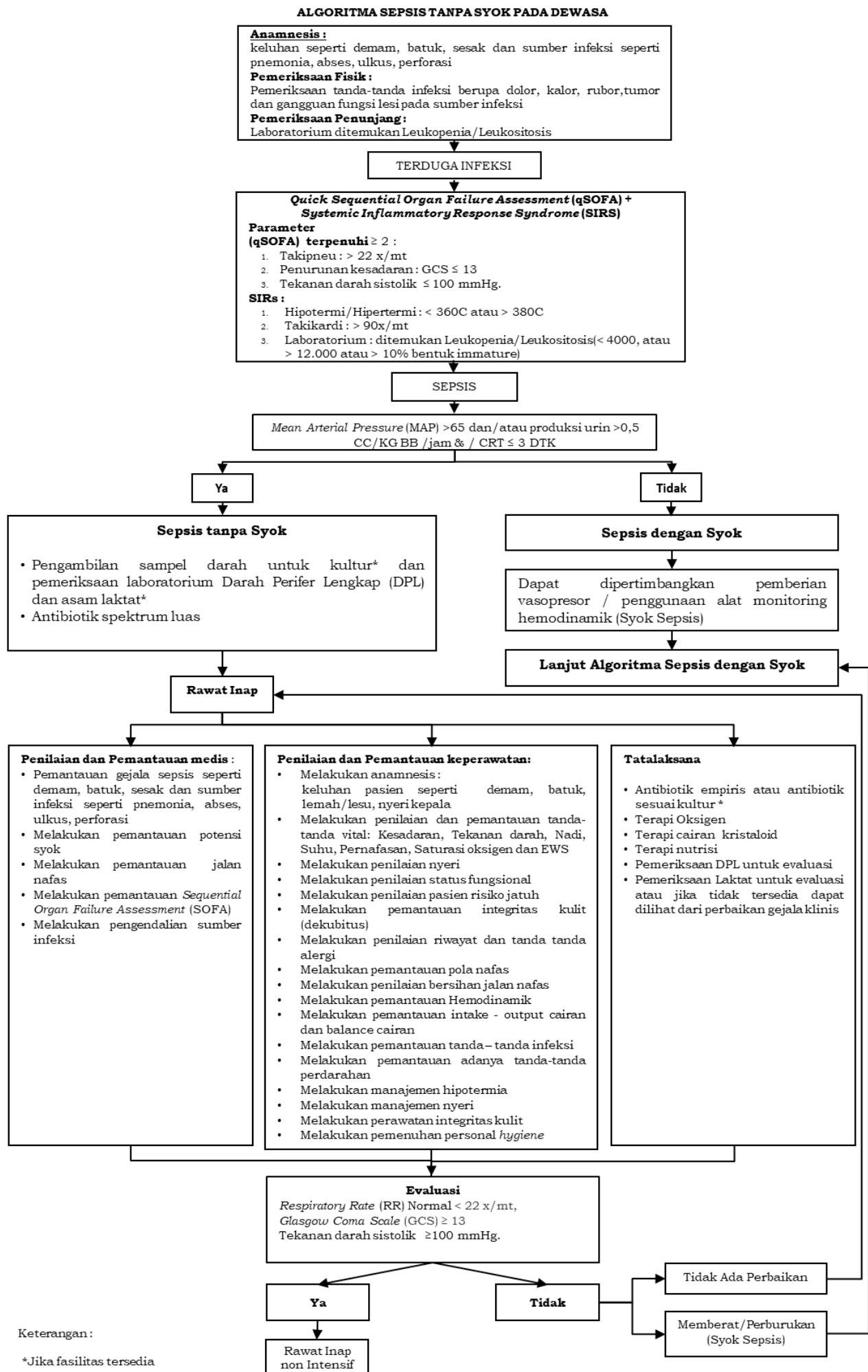
ALGORITMA PNEUMONIA KOMUNITAS DEWASA TIDAK BERAT



Gambar 2.1.3 Algoritma pneumonia komunitas dewasa tidak berat



Gambar 2.1.4 Algoritma kanker paru jenis karsinoma bukan sel kecil (KPKBSK) stadium lanjut/*advance stage* dengan terapi sistemik



Gambar 2.1.5 Algoritma sepsis tanpa syok pada dewasa

BAB III

PENERAPAN DAN EVALUASI ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

A. Penerapan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Setelah alur klinis (*clinical pathway*) telah disahkan oleh Direktur rumah sakit, maka tim alur klinis (*clinical pathway*) akan melakukan kegiatan penerapan dengan rincian kegiatan sebagai berikut:

1. Sosialisasi Alur Klinis (*Clinical Pathway*): Tim alur klinis (*clinical pathway*) dapat bekerjasama dengan bagian yang memiliki tugas dan fungsi di bidang pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk mengadakan kegiatan sosialisasi alur klinis (*clinical pathway*) kepada semua klinis terutama yang terlibat langsung dalam memberikan pelayanan klinis sesuai dengan judul alur klinis (*clinical pathway*). Sosialisasi meliputi penjelasan mengenai isi dan cara penggunaan alur klinis (*clinical pathway*). Metode sosialisasi dapat diselenggarakan melalui seminar, kelas pelatihan, video, poster, dan lainnya.
2. Mencetak Format Alur Klinis (*Clinical Pathway*): Tim alur klinis (*clinical pathway*) dapat bekerjasama dengan bagian rekam medis untuk mencetak format dan mendistribusikannya ke *nurse station* tempat pasien berasal. Pencetakan format tidak perlu terlalu banyak, disesuaikan dengan jumlah perbulan pasien sesuai judul alur klinis (*clinical pathway*). Apabila format alur klinis (*clinical pathway*) sudah dalam bentuk elektronik dan terintegrasi dalam rekam medis elektronik maka tidak perlu dilakukan pencetakan.
3. Penggunaan Format Alur Klinis (*Clinical Pathway*): Apabila dokter penanggung jawab pelayanan telah menetapkan diagnosa atau tindakan medis pada seorang pasien dan diagnosa atau tindakan tersebut telah tersedia alur klinis (*clinical pathway*), maka kepala ruang (atau manajer pelayanan pasien atau *case manager*) akan memasukan format alur klinis (*clinical pathway*) kedalam folder rekam medis dan mengingatkan seluruh klinisi untuk menggunakan dan mengisi format tersebut setiap harinya. Klinisi (dokter penanggung jawab pelayanan, perawat penanggung jawab pasien, dan klinisi lainnya) yang memberikan pelayanan klinis langsung kepada pasien akan mengisi format dengan cara memberi tanda contreng pada kotak alur klinis (*clinical pathway*) termasuk apabila diperlukan mengisi kolom variasi. Pemberian tanda contreng dilakukan setelah selesai memberikan pelayanan. Apabila telah menggunakan alur

klinis (*clinical pathway*) elektronik maka pengisian tanda contrenng dapat dilakukan secara otomatis saat para klinisi mengisi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di rekam medis elektronik.

B. 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*)

Dilakukan dengan cara menghitung jumlah pasien dengan diagnosa atau tindakan tertentu sesuai dengan judul alur klinis (*clinical pathway*) selama 1 bulan yang menggunakan alur klinis (*clinical pathway*) dan dibandingkan dengan total pasien dengan diagnosa atau tindakan tersebut. Dengan rumus sebagai berikut:

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

Apabila tingkat kepatuhan masih kurang dari 100% 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 persentase kesesuaian pengisian alur klinis (*clinical pathway*) pada setiap format alur klinis (*clinical pathway*) pasien (bisa total pasien atau sampel pasien) satu persatu. Cara menghitung persentase kesesuaian pengisian alur klinis (*clinical pathway*) dengan menghitung jumlah kotak dalam alur klinis (*clinical pathway*) yang telah diberi tanda contrenng ditambah dengan jumlah kotak yang tidak diberi tanda contrenng namun ada penjelasannya dalam kolom variasi dibagi dengan jumlah kotak dalam alur klinis (*clinical pathway*) dengan rumus sebagai berikut:

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Kesesuaian} \\ \text{Pengisian Alur Klinis} \\ \text{(Clinical Pathway)} \\ \text{setiap Pasien} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah kotak dalam alur klinis (clinical} \\ \text{pathway) yang telah diberi tanda contren} \\ \text{ditambah dengan jumlah kotak yang tidak} \\ \text{diberi tanda contren} \\ \text{penjelasannya dalam kolom variasi} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah kotak dalam alur klinis (clinical} \\ \text{pathway)} \end{array}} \times 100\%$$

Setelah dihitung satu persatu persentase kesesuaian pengisian alur klinis (*clinical pathway*) setiap pasien kemudian dilakukan perhitungan rerata persentase kesesuaian dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\begin{array}{l} \text{Rerata Persentase} \\ \text{Kesesuaian Pengisian Alur} \\ \text{Klinis (Clinical Pathway)} \\ \text{Pasien yang Dievaluasi} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah Persentase Kesesuaian Pengisian Alur} \\ \text{Klinis (Clinical Pathway) pasien yang dievaluasi} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh pasien yang dievaluasi} \end{array}}$$

Bila tingkat rerata persentase kesesuaian pengisian alur klinis (*clinical pathway*) pasien yang dievaluasi masih kurang dari 80% maka perlu diidentifikasi masalah apa yang ada dan disusun serta dilaksanakan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan.

3. Evaluasi manfaat alur klinis (*clinical pathway*)

Dilakukan dengan terlebih dahulu menetapkan manfaat apa yang akan dievaluasi. Manfaat yang dievaluasi sebaiknya adalah manfaat kinerja pelayanan klinis berupa peningkatan kepatuhan proses diagnosis (misalnya peningkatan kepatuhan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan sebagainya), dan/atau kepatuhan proses tatalaksana (misalnya kepatuhan respon time, penggunaan obat rasional, dan sebagainya), dan atau *output/outcome* klinis (misalnya LOS, komplikasi, kematian, dan sebagainya).

Evaluasi dilakukan dengan melihat tren dari waktu ke waktu (misalnya bulan ke bulan) persentase jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan klinis (prosedur diagnosis, dan atau prosedur tata laksana, dan atau *outcome* klinis) sesuai dengan alur klinis (*clinical pathway*). Evaluasi tren dapat dilakukan setidaknya setelah 3 (tiga) bulan pelaksanaan alur klinis (*clinical pathway*) dan dapat diteruskan hingga akhir tahun.

Bila tren manfaat tidak menunjukkan adanya peningkatan dan masih kurang dari 80% maka perlu diidentifikasi masalah apa yang ada dan disusun serta dilaksanakan upaya perbaikan untuk meningkatkan manfaat dari alur klinis (*clinical pathway*).

BAB IV
PENUTUP

Pedoman Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di rumah sakit diharapkan dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang efisien, efektif, dapat diakses, adil, aman, dan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit sesuai standar terutama untuk mendukung terwujudnya kendali mutu dan kendali biaya di dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Marchansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004