<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PEMILIHAN DAN PENETAPAN MUTU UNIT</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/60/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

1 dari 2</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal Terbit

29-06-2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si.,MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Upaya untuk memilih dan menetapkan pengukuran mutu unit pelayanan di RSAU dr. Esnawan untuk menilai mutu area klinis, mutu area manajemen, dan indikator mutu sasaran keselamatan pasien di unit</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">Menilai mutu unit pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa agar bisa dilakukan evaluasi dan perbaikan.</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/22/IX/2025 tanggal 18 September 2025 tentang Panduan Pemilihan dan Penetapan Mutu Unit di RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">1. PMK No. 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu (INM), Pasal 4-5
2. Kepdirjen Yankes No. HK 02.02/I/303/2022 Tentang Petunjuk Teknis INM dan INMP
3. PMK No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">Pelaksanaan :
1. Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa, pimpinan unit, pimpinan manajemen dan komite PMKP melakukan rapat koordinasi untuk menetapkan pengukuran mutu unit pelayanan di tiga area meliputi area klinis, area manajemen, dan area sasaran keselamatan pasien yang telah dipilih oleh tiap-tiap unit

2. Pemilihan pengukuran mutu unit pelayanan didasarkan pada :
a. Data permasalahan (complain pasien, pencapaian indikator mutu, KTD),
b. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi, penetapan, hasil yang paling banyak (pelayanan yang tidak terstandarisasi),
c. Penilaian dampak perbaikan dari proses yang lama dan proses yang baru khususnya proses klinis yang kompleks,
d. Dampak perbaikan sistem (SIMRS dan manajemen obat),
e. Memiliki risiko tinggi (high risk), sering kali dilakukan (high volume), dan rawan masalah (problem prone),
f. Memenuhi persyaratan / peraturan yang berlaku (regulatory requirement).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PEMILIHAN DAN PENETAPAN MUTU UNIT</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/60/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

2 dari 2</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">3. Setelah memilih mutu unit pelayanan, dipilih kembali indikator-indikator meliputi :
a. Indikator mutu area klinis (IAK)
b. Indikator area manajemen (IAM)
c. Indikator mutu sasaran keselamatan pasien

4. Indikator-indikator yang telah terpilih dibuatkan profil indikator, diajukan kepada untuk diberikan persetujuan dan penetapan.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">Semua Unit Kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
</table>