KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Nomor Kep/ 84 /VI/2026

tentang

INDIKATOR MUTU UNIT RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA TAHUN 2026

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di lingkungan RSAU dr Esnawan Antariksa yang efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, maka diperlukan penetapan indikator mutu prioritas rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. Bahwa indikator mutu unit rumah sakit dibuat berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal;

c. Bahwa agar pelayanan yang bermutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik perlu adanya revisi terhadap penetapan indikator mutu unit rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa yang ditetapkan dalam keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa;

d. Sehubungan dengan hal tersebut di atas perlu ditetapkan indikator mutu unit rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 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 Republik Indonesia Nomor 11/MENKES/PER/II/2017 tentang Keselamatan Pasien;

5. Permenkes No. 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan;

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

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah;

9. 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;

Memperhatikan: 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tanggal 13 April 2022 tentang Sandar Akreditasi Rumah Sakit;

2. Pertimbangan Pimpinan dan Manajemen berkaitan dengan penetapan indikator mutu prioritas rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA TENTANG INDIKATOR MUTU UNIT RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA.

1. Penetapan indikator mutu unit rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

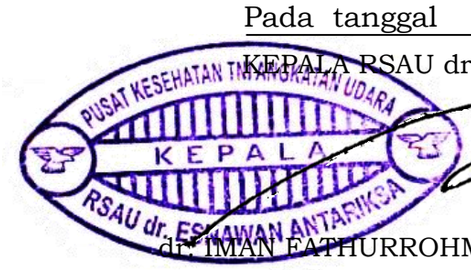
2. Penetapan indikator mutu unit rumah sakit ini sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkan keputusan ini, maka Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berkaitan dengan keputusan ini, telah diadakan perubahan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 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/ *84* /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

INDIKATOR MUTU UNIT RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

No.	Ruangan/Unit	Indikator Mutu Unit
1	2	3
Keperawatan		
1.	Poliklinik Rawat Jalan	Waktu Tunggu Pelayanan Poliklinik Dari Dilayani Ke Dokter Sampai Menerima Resep
2.	IGD	Ketepatan Waktu Transfer Pasien Dari IGD Ke Ruang Rawat Inap ≤ 2 Jam
3.	Hemodialisa	1. Hipotensi Intradialitik Pada Pasien Hemodialisa
		2. Kejadian Infeksi Pada Akses Vaskular *Central Dialysis Line* (CDL) Pada Pasien Hemodialisa
4.	UBS	Keterlambatan Penyediaan Alat Implan Khusus
5.	Merak	Penundaan Operasi Cito
6.	Cendrawasih	1. Angka Kejadian Reaksi Efek Samping Dalam Pemberian Obat *High Alert*
		2. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
7.	Dirgantara	Kelengkapan Fasilitas Ruang Rawat Inap VIP
8.	Garuda	Kepatuhan Perawat Dalam Mengisi Asesmen Awal Secara Lengkap Dalam Waktu 24 Jam
9.	Merpati	Persentase Ketepatan Perawat Dalam Memberikan Terapi Infus
10.	Nuri	Kepatuhan Ibu Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
11.	PICU NICU	1. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis
		2. Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 gr
12.	Parkit	Angka Kejadian Plebitis pada Anak
13.	ICU	1. Kejadian Readmisi < 72 jam dengan diagnosa yang sama
		2. Kematian Pasien <24 jam
		3. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Bersertifikat ICU
14.	ICU 2	Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama <72 jam
15.	Camar	1. Ketersediaan Tenaga Keperawatan dengan Kompetensi Pelayanan Intensif.
		2. Kepatuhan Petugas dalam Edukasi Pemakaian Masker bagi Pasien dan Pendamping Pasien
Penunjangan		
1.	Komite PPI	Kepatuhan Unit Sarana Dan Prasarana Melakukan Pelaporan Perencanaan Sebelum Pembangunan Dilaksanakan
2.	Fisioterapi	1. Kejadian *Drop Out* Pasien Fisioterapi
		2. Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi
3.	Medical Check Up	1. Pelaporan Hasil *Medical Check Up*

		2. Pemantauan Kepatuhan MCU Berkala Anggota Sesuai Dengan Jadwal (*Due Date*)
4.	Farmasi	1. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi di Instalasi Farmasi Rawat Jalan
		2. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Racikan di Instalasi Farmasi Rawat Jalan
		3. Persentasi Penulisan Resep Sesuai Formularium
		4. Kesalahan Pemberian Obat
5.	Laboratorium	1. Angka Ketepatan Pelaporan Nilai Kritis < 30 menit
		2. Angka Ketepatan Waktu Tunggu Hasil (*Turn Around Time)* Pelayanan Laboratorium Hematologi Rutin IGD ≤ 30 menit
6.	Radiologi	1. Kejadian Hasil Foto Hilang atau Tertukar
		2. Waktu tunggu Hasil Foto Thorax IGD
7.	CSSD	Kepatuhan Ruangan Dalam Melakukan *Pre Cleaning*
8.	Laundry	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen
9.	Kesprev	Tingkat Keberhasilan Pengendalian Jentik Nyamuk
10.	Haralkes	1. Persentase Laporan Kerusakan Alat Kesehatan Yang Mendapatkan Respon Awal Dalam Waktu < 15 Menit
		2. Persentase Alat Kesehatan Yang Menjalani Pemeliharaan Preventif Sesuai Jadwal
11.	Pemulasaran Jenazah	Waktu Respon Petugas Pemulasaran Jenazah Setelah Mendapatkan Informasi Pasien Meninggal
12.	Gudang Bekkes	Persentase Ketepatan Pendistribusian Barang Di Gudang Bekkes
13.	UPM	Persentase Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Gizi
14.	Jangkes	Ketepatan Waktu Pengusulan Rencana Kebutuhan Bekal Kesehatan Rutin
15.	Pool	Waktu Tanggap (Respon Time) Pelayanan Ambulans Rujukan
Manajemen		
1.	Satuan Pengawas Internal	Ketepatan Waktu Unit Kerja Melaksanakan Tindaklanjut Temuan atau Permasalah Unit
2.	Humas	Kecepatan Respon terhadap Komplain Pasien
3.	Urtu	Respon Time Penyelesaian Surat Masuk yang di Proses
4.	Urpers	Ketepatan Wahtu Usulan Kenaikan Pangkat
5.	Medrek	Persentase Kelengkapan Pengisian Formulir Resume Medis Rawat Inap
6.	Jaminan	Ketepatan jadwal pengiriman berkas klaim ke kantor BPJS Kesehatan
7.	Pengadaan	Tingkat Kepatuhan Usulan Pengadaan Kebutuhan Barang
8.	Prograr	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Evaluasi Program Kerja dan Anggaran
9.	Tata Urusan Dalam (Taud)	Kecepatan Proses Pengadaan Barang Berdasarkan Nota Dinas dari Ruangan
10.	IT Support	Persentase *Respon Time* Layanan IT *Support*

		Dan SIMRS
11.	Pekas	Ketepatan Waktu Pembayaran Tunjangan Kinerja APBN
12.	Simak BMN	Tingkat Pelaporan Selisih Persediaan Pada Aplikasi Sakti
13.	Yanmasum	1. Kecepatan Waktu Tunggu Penyelesaian Administrasi Pasien Pulang Rawat Inap Swasta/Yanmasum
		2. Angka Ketepatan *Input Data Billing* Pasien Rawat Inap/Jalan
14.	Komkordik	1. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Peserta Didik
		2. Kinerja Tenaga Pendidik Klinis (Dosen Klinis/Pembimbing Klinis)
15.	Diklat	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan Peserta Pelatihan Pasca Diklat
16.	Harfas AC	Persentase Ketepatan Waktu Pemeliharaan AC Terjadwal
17.	Storing	Ketepatan Waktu Genset Menyala Setelah Sumber Listrik PLN Padam ≤ 7 Detik
18.	Sentral	Persentase Panggilan Yang Berhasil Disambungkan Ke Tujuan Yang Benar Tanpa Kesalahan.

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

RACHMAN 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/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Poliklinik Rawat Jalan

1.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Poliklinik dari dilayani dokter sampai merima resep
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-undang tentang RS Rumah Sakit menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. 2. Peraturan Kesehatan RI No.30 Tahun 2022 tentang standar pelayanan waktu tunggu khusus pada layanan rawat jalan. 3. Permenkes No.11 tahun 2016 dan Peraturan Menteri Kesehatan (2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas,efisiensi dan kesinambungan pelayanan.
4.	Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
5.	Definisi Operasional	Ukuran waktu yang dihitung sejak pasien mendaftar atau mengambil nomor antrian hingga mendapatkan pelayanan medis di poliklinik tujuan.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang di layani dokter sejak tiba di poliklinik dalam waktu ≤ 60 menit sejak pasien tiba di poliklinik.
9.	Denumerator	Jumlah pasien rawat jalan yang dilakukan observasi dalam 1 bulan.
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran.
		Ekslusi : Pasien yang tidak ada pada saat dipanggil.
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan
14.	Sumber Data	• SIM RS • Register Pendaftaran • Pasien Rawat Jalan dan formulir waktu tunggu rawat jalan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Retrospektif
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Total pasien rawat jalan di poliklinik
		Cata pengambilan sampel : Random sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Tiap bulan
18.	Penyajian Data	Grafik Batang
19.	Penanggung Jawab	Kawatlan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Dirgantara

1.	Judul Indikator	Kelengkapan fasilitas ruang rawat inap VIP
2.	Dasar Pemikiran	Fasilitas ruangan VIP keperawatan rumah sakit berdasarkan pedoman dari Kementerian Kesehatan RI (Permenkes No. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana RS, dan Permenkes No. 40 Tahun 2022 tentang Standar Teknis Pelayanan RS), serta terstandar akreditasi paripurna.
3.	Dimensi Mutu	Ruangan VIP dipilih pasien karena mengharapkan kenyamanan dan pelayanan personal. Kelengkapan fasilitas adalah bentuk fokus pada kebutuhan pasien.
4.	Tujuan	Ruangan VIP dipilih pasien karena mengharapkan kenyamanan dan pelayanan personal. Kelengkapan fasilitas adalah bentuk fokus pada kebutuhan pasien.
5.	Definisi Operasional	Persentase ruang VIP yang memiliki fasilitas sesuai standar rumah sakit.
6.	Jenis Indikator	Input
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah ruangan VIP yang fasilitasnya lengkap sesuai standar.
9.	Denumerator	Jumlah seluruh ruangan VIP yang diperiksa
10.	Target	100% ruang VIP memiliki fasilitas lengkap sesuai standar rumah sakit.
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Ruangan VIP yang memiliki fasilitas lengkap sesuai standar RS
		Ekslusi : Ruangan VIP yang sedang dalam perbaikan/renovasi.
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Form checklist sarana & prasarana
14.	Sumber Data	• Hasil audit fasilitas ruangan VIP • Form checklist sarana & prasarana
15.	Instrumen Pengambilan Data	Menggunakan G Form
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh kamar VIP yang ada di ruang Dirgantara
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Diagram Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Ruangan Dirgantara, PIC Mutu Dirgantara.

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Dirgantara

1.	Judul Indikator	Kepuasan pasien rawat inap Dirgantara
2.	Dasar Pemikiran	Menurut Permenkes No. 30 Tahun 2022, kepuasan pasien adalah penilaian dan hasil pendapat pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Standar kepuasan pasien adalah indikator mutu pelayanan dan merupakan hasil dari perbandingan antara pelayanan yang diterima dengan harapan pasien
3.	Dimensi Mutu	Kepuasan pasien sangat dipengaruhi oleh bagaimana rumah sakit memahami, menghormati, dan memenuhi kebutuhan serta preferensi pasien VIP.
4.	Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap mutu pelayanan yang diterima.
5.	Definisi Operasional	Persentase pasien rawat inap yang menyatakan puas terhadap pelayanan rumah sakit berdasarkan hasil survei kepuasan pasien.
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah Pasien VIP yang menyatakan puas
9.	Denumerator	Jumlah pasien ruangan VIP yang mengisi survey
10.	Target	≥ 90%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan rawat inap Dirgantara
		Ekslusi : Pasien yang tidak mampu memberikan penilaian secara mandiri
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	• Aspek Pelayanan Medis • Aspek pelayanan keperawatan • Aspek Fasilitas dan kenyamanan VIP • Aspek Makanan & Gizi dan Aspek Administrasi & Pelayanan Penunjang
14.	Sumber Data	Aplikasi survei kepuasan pasien rawat inap Dirgantara
15.	Instrumen Pengambilan Data	Menggunakan G Form
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah populasi pasien dalam periode pengukuran
		Cara pengambilan sampel : Random sampling yang memenuhi kriteria inklusi
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Bulanan, Triwulan
18.	Penyajian Data	Diagram Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Ruangan Dirgantara, Humas, PIC Mutu Dirgantara

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Merak

1.	Judul Indikator	Penundaan Operasi Cito
2.	Dasar Pemikiran	Keselamatan pasien diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang mengamanatkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien. Peraturan sebelumnya yang relevan adalah Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengenai standar dan sasaran keselamatan pasien, yang tetap menjadi pedoman saat UU Kesehatan yang baru mulai diberlakukan.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
4.	Tujuan	Mengoptimalkan kondisi pasien agar operasi berjalan aman dan efektif seperti menunggu stabilitas hemodinamik, menyelesaikan masalah medis yang lebih mendesak / melengkapi pemeriksaan yang diperlukan
5.	Definisi Operasional	Penundaan operasi cito adalah kondisi di mana pelaksanaan tindakan pembedahan darurat dimulai sesuai dengan waktu yang ditentukan oleh dokter bedah atau keadaanumum dari pasien itu sendiri
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah operasi cito yang tertunda
9.	Denumerator	Jumlah pasien operasi cito dalam 1 bulan
10.	Target	0%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang menjalani cito operasi
		Ekslusi : Pasien yang operasinya dibatalkan /ditunda
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Formulir penundaan operasi
14.	Sumber Data	Sumber data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi cito
15.	Instrumen Pengambilan Data	Retrospektif
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Total jumlah operasi cito yang tertunda
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kepala unit rawat inap / Kepala unit instalasi bedah

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Camar

1.	Judul Indikator	Ketersediaan Tenaga Keperawatan dengan Kompetensi Pelayanan Intensif.
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010.
3.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
4.	Tujuan	Mengukur tingkat kompetensi sumber daya manusia yang bertugas untuk menjamin pelayanan yang aman dan berkualitas tinggi, yaitu tersedianya pelayanan intensif oleh tenaga medis yang kompeten.
5.	Definisi Operasional	Persentase keperawatan (perawat) di unit intensif yang memiliki sertifikasi atau pelatihan khusus di bidang pelayanan intensif, seperti pelatihan perawat ICU.
6.	Jenis Indikator	Input
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah Perawat Intensif bersertifikat ICU
9.	Denumerator	Jumlah seluruh tenaga perawat yang memberikan pelayanan intensif.
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Perawat yang bekerja di unit pelayanan intensif (Camar)
		Ekslusi : Perawat yang sedang cuti, perawat yang belum memiliki kompetensi/pelatihan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Urpers (Bendel Personil)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Data Kepegawaian
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah perawat Camar yang memiliki sertifikasi/pelatihan khusus
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Diagram Batang
19.	Penanggung Jawab	PIC Mutu Ruang Camar

1.	Judul Indikator	Kepatuhan petugas dalam edukasi pemakaian masker bagi pasien dan pendamping pasien.
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. 2. Peraturan menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pengendalian dan pencegahan infeksi di fasilotas pelayanan kesehatan. 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI tahun 2022.
3.	Dimensi Mutu	Aman dan Berorientasi kepada Pasien.
4.	Tujuan	1. Meningkatkan kepatuhan petugas dalam memberikan edukasi pemakaian masker. 2. Mencegah penyebaran virus di ruang perawatan.
5.	Definisi Operasional	Persentase petugas yang secara benar dan tepat memberikan edukasi penggunaan masker (menjelaskan cara pemakaian, alasan, dan pentingnya) kepada pasien dan/atau pendamping pasien sesuai dengan panduan atau standar yang berlaku, yang diukur melalui observasi langsung oleh pihak yang ditunjuk.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Pasien rawat inap yang mendapatkan edukasi pemakaian masker yang tertulis di catatan edukasi terintegrasi dan menerapkannya.
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap.
10.	Target	≥ 85%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang dirawat di ruang Camar
		Ekslusi : Pasien yang menolak edukasi, pasien yang mengalami penurunan kesadaran
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Rekam Medis
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir edukasi pemakaian masker bagi pasien dan pendamping pasien.
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah pasien rawat inap ruang Camar yang mendapatkan edukasi pemakaian masker
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Diagram Grafik Batang
19.	Penanggung Jawab	Komite PPI dan Komite K3RS

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit PICU NICU

1.	Judul Indikator	Ketepatan jam visite dokter spesialis
2.	Dasar Pemikiran	Visite dokter spesialis terhadap pasien yang dirawat setiap harinya harus dilaksanakan secara tepat sesuai dengan waktu yang ditentukan, untuk mempercepat proses dan penganbilan keputusan dalam manajemen pasien rawat inap.
3.	Dimensi Mutu	Ketepatan waktu dan kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya.
5.	Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialissebagai DPJP setiap hari kerja untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan setiap hari kerja yaitu jam ≤14.00. Monitoring visite dokter spesialis diusahakan terintegrasi dengan SIM RS.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kegiatan visite dokter spesialis pada jam ≤14.00 WIB
9.	Denumerator	Jumlah kegiatan visite yang harus dilakukan
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Dokter spesialis yang melakukan visite pada jam ≤14.00 WIB
		Ekslusi : Visite yang dibatalkan atau dialihkan karena alasan resmi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Form kepatuhan visite dokter
15.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis Elektronik (SIM RS)
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh kegiatan visite dokter spesialis pada jam ≤14.00 WIB
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kepala Ruangan, PIC Mutu Unit

1.	Judul Indikator	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 44 thn 2009 tentang Rumah Sakit 2. Kep MenKes No. 129 thn 2008 tetang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
4.	Tujuan	Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan secara berkesinambungan dan berkelanjutan di Ruang NICU serta tergambarnya kemampuan RS dalam menangani BBLR.
5.	Definisi Operasional	Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan rendah 1500-2500 gram, dan dikatakan tertangani jika mampu merawat bayi kecil dari lahir sampai keluar RS dengan kondisi baik.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah BBLR yang berhasil ditangani dalam satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah BBLR yang ditangani pada bulan tersebut
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Bayi BBLR 1500 – 2500 gr yang dapat tertangani di ruang PICU - NICU
		Ekslusi : Bayi yang dirujuk atau dipindahkan ke fasilitas lain sebelum proses penanganan dapat dinilai secara lengkap
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Register pasien ruangan PICU - NICU
15.	Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis Elektronik (SIM RS)
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh bayi BBLR 1500 – 2500 gr yang dapat tertangani di ruang PICU - NICU
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kepala Ruangan, PIC Mutu Unit

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit ICU

1.	Judul Indikator	Kejadian Readmisi < 72 jam dengan diagnosa yang sama
2.	Dasar Pemikiran	1. Readmisi sebagai indikator mutu pelayanan kesehatan readmisi dalam waktu kurang dari 72 jam sering digunakan sebagai indikator kualitas layanan rumah sakit, karena dapat mencerminkan efektivitas perawatan, kesiapan pasien saat dipulangkan, serta koordinasi perawatan lanjutan. 2. Pasien yang mengalami readmisi dini berisiko mengalami komplikasi lebih lanjut, peningkatan morbiditas dan penurunan kualitas hidup. 3. Readmisi yang tidak perlu meningkatkan beban biaya bagi rumah sakit, pasien dan sistem kesehatan secara keseluruhan.
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas, keselamatan pasien, ketepatan waktu, efisiensi
4.	Tujuan	Menilai kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian readmisi dalam waktu kurang dari 72 jam, sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien.
5.	Definisi Operasional	Readmisi adalah kembali masuknya pasien ke Ruang ICU kembali dalam waktu kurang dari 72 jam setelah dipindahkan/dipulangkan, dengan diagnosis utama yang sama atau terkait erat dengan diagnosis saat rawat inap sebelumnya.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami Readmisi dalam waktu kurang dari 72 jam setelah dipulangkan dari rawat inap sebelumnya dengan diagnosis utama yang sama atau terkait erat.
9.	Denumerator	Jumlah total pasien yang dirawat di ruang ICU pada periode 1 bulan.
10.	Target	≤ 5%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang sudah dipulangkan dari rumah sakit, kemudian kembali dirawat inap dalam waktu kurang dari 72 jam sejak waktu kepulangan
		Ekslusi : Pasien dengan diagnosis utama yang berbeda pada saat Readmisi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	SIM RS Register Pendaftaran Pasien Rawat Inap Intensif
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir kejadian Readmisi < 72 jam dengan diagnosa yang sama
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh jumlah pasien yang mengalami Readmisi < 72 jam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	PIC Mutu Unit

1.	Judul Indikator	Kematian Pasien < 24 jam
2.	Dasar Pemikiran	1.Permenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 2. Pasien ICU memiliki risiko mortalitas tinggi, tingginya angka kematian < 24 jam sering menunjukkan pasien masuk ICU dalam kondisi sangat terlambat atau tidak stabil sejak awal. Jika banyak pasien meninggal < 24 jam, bisa berarti seleksi pasien tidak optimal (pasien sudah tidak ada harapan atau masuk terlalu terlambat).
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas pelayanan, Keselamatan pasien, Ketepatan indikasi masuk Ruang ICU
4.	Tujuan	Menilai mutu pelayanan di Ruang ICU melalui pemantauan angka kematian pasien dalam waktu < 24 jam, sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan menurunkan angka kematian.
5.	Definisi Operasional	Kematian pasien < 24 jam adalah pasien yang meninggal di Ruang ICU dalam waktu kurang dari 24 jam sejak masuk Ruang ICU
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal < 24 jam setelah masuk Ruang ICU.
9.	Denumerator	Jumlah total pasien yang masuk ICU pada periode 1 bulan
10.	Target	≤ 5%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang meninggal dunia di ICU dalam waktu < 24 jam sejak waktu masuk/registrasi
		Ekslusi : Pasien yang datang sudah dalam kondisi meninggal dan tidak mendapatkan pelayanan medis, Pasien yang meninggal > 24 jam setelah masuk ruang ICU
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	SIM RS Register Pendaftaran Pasien Rawat Inap Intensif
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kematian Pasien < 24 jam
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah pasien yang meninggal dunia < 24 jam di ICU
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	PIC Mutu Unit

1.	Judul Indikator	Ketersediaan Tenaga Kesehatan Bersertifikat ICU
2.	Dasar Pemikiran	1.Permenkes RI No. 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit. 2. Pelayanan di Ruang ICU membutuhkan keterampilan khusus dalam menangani pasien kritis dan sertifikat pelatihan ICU merupakan bukti kompetensi tenaga kesehatan dalam melaksanakan asuhan secara tepat, aman, dan profesional.
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas Keselamatan Pasien, Efisiensi
4.	Tujuan	Menjamin mutu pelayanan di ruang ICU dengan memastikan tenaga kesehatan yang bertugas memiliki sertifikat kompetensi ICU sehingga keselamatan pasien lebih terjamin dan pelayanan sesuai standar dapat diberikan.
5.	Definisi Operasional	Tenaga Kesehatan Bersertifikat ICU adalah tenaga kesehatan yang bekerja di Ruang ICU dan memiliki sertifikat pelatihan ICU sesuai standar yang diakui oleh Kementerian Kesehatan RI atau lembaga terkait.
6.	Jenis Indikator	Input
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah tenaga kesehatan yang bersertifikat ICU
9.	Denumerator	Jumlah seluruh tenaga kesehatan yang bekerja di Ruang ICU
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Perawat yang bekerja di unit pelayanan intensif (ICU)
		Ekslusi : Perawat yang sedang cuti, perawat yang belum memiliki kompetensi/pelatihan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Daftar tenaga kesehatan di ruang ICU Dokumen sertifikat pelatihan ICU
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir tenaga kesehatan di ruang ICU
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah perawat ICU yang memiliki sertifikasi/pelatihan khusus
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	PIC Mutu Unit

Profil Indikator Mutu Unit ICU 2

1.	Judul Indikator	Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
4.	Tujuan	Meningkatkan mutu perawatan dengan mengurangi jumlah pasien yang memerlukan perawatan ulang dalam waktu singkat setelah keluar ruang rawat intensif.
5.	Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang intensif dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan insentif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang insentif dalam 1 bulan
10.	Target	< 3 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang sudah dipulangkan dari rumah sakit, kemudian kembali dirawat inap dalam waktu kurang dari 72 jam sejak waktu kepulangan
		Ekslusi : Pasien dengan diagnosis utama yang berbeda pada saat Readmisi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Sensus harian dan pencatatan
14.	Sumber Data	Rekam medik dan Buku register
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pasien Readmisi < 72 jam
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh jumlah pasien yang mengalami Readmisi < 72 jam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	PIC dan Kepala Ruangan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit HD

1.	Judul Indikator	Hipotensi Intradialitik pada pasien hemodialisis
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri kesehatan RI nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang pelayanan minimal RS yang menekankan pentingnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien dalam setiap tindakan medis, Termasuk hemodialisis 2. peraturan menteri RI no 4 tahun 2018 tentang kewajiban RS dan kewajiban pasien yang menegaskan kewajiban RS dalam memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan tidak membahayakan pasien 3. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) 2017 yang menyebutkan bahwa hipotensi merupakan komplikasi tersering selama HD dan perlu dipantau untuk mencegah gangguan perfusi organ 4. NKF -KDOQI for HD adequasi (NKF 2015)
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas, Efisiensi
4.	Tujuan	1. Menilai mutu pelayanan hemodialisis 2. Mengidentifikasi faktor resiko dan mencegah komplikasi selama hemodialisis 3. Meningkatkan keselamatan pasien
5.	Definisi Operasional	Hipotensi Intradialitik adalah kondisi terjadinya penurunan tekanan darah sistolik <90 mmhg dan / atau tekanan darah diastolik < 60 mmhg yang terjadi selama proses hemodialisis berlangsung baik disertai gejala (sepertipusing, mual, keingat dingin, lemas atau penurunan kesadaran) maupun tanpa gejala dan memerlukan intervensi keperawatan atau medis untuk menstabilkan kondisi pasien
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien hemodialisis yang mengalami hipotensi intra dialitik dalam masa waktu HD 2 x seminggu (5 jam) dan 3x seminggu (4 jam)
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang menjalani hemodialisis dan diobservasi
10.	Target	< 25 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mengalami penurunan tekanan darah selama proses hemodialisis sesuai definisi operasional yang ditetapkan rumah sakit
		Ekslusi : Pasien dengan tekanan darah rendah yang sudah terjadi sebelum hemodialisis dimulai, Pasien yang mengalami hipotensi karena kondisi akut lain yang tidak berkaitan dengan proses hemodialisis
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi dan pencatatan dari rekam medis pasien
14.	Sumber Data	Rekam medis pasien dan formulir monitoring tindakan hemodialisis
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir monitoring hemodialisis /Formulir tekanan darah pasien selama hemodialisis.
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh pasein HD yang mengalami Hipotensi Intradialitik
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan grafik persentase kejadian hipotensi intradialitik
19.	Penanggung Jawab	Kepala Ruangan HD, PIC Mutu HD

1.	Judul Indikator	Kejadian Infeksi pada akses Vaskular central dialysis line (CDL) pada pasien hemodialisis
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang - Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit 2. Undang - undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan 3. Permenkes no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 4. Permenkes nomor 12 tahun 2020 tentang akreditasi RS salah satu elemen adalah program pelaksanaan PPI
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas dan Efisiensi
4.	Tujuan	1. Menilai dan memantau mutu pelayanan hemodialisis terkait pencegahan infeksi akses Vaskular 2. Mengurangi angka kejadian Infeksi terkait penggunaan CDL 3. Menjamin keselamatan pasien melalui pencegahan dan pengendalian infeksi
5.	Definisi Operasional	Infeksi akses vascular CDL adalah kondisi pasien yang menggunakan CDL disertai tanda tanda infeksi lokal (kemerahan, pus, nyeri, pus ditempat insersi) atau sistemik (demam,bakterimia) yang terkonfirmasi secara klinis dan mikrobiologis Selama atau setelah penggunaan akses vaskular CDL
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien hemodialisis yang mengalami infeksi pada akses Vaskular CDL dalam periode tertentu
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang menggunakan akses Vaskular CDL dalam periode yang sama
10.	Target	< 3 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua pasien yang menjalani hemodialisis menggunakan Central Dialysis Line (CDL) di unit HD selama periode pengukuran
		Ekslusi : Pasien hemodialisis yang tidak menggunakan CDL sebagai akses vaskular, Infeksi pada lokasi lain yang tidak berhubungan dengan CDL
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi dan pencatatan dari rekam medis
14.	Sumber Data	Rekam medis pasien, Formulir monitoring hemodialisis, Formulir pencatatan infeksi saat akses vaskular
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir monitoring akses Vaskular CDL Lembar observasi tanda infeksi
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien HD yang mengalami infeksi pada akses Vaskular CDL
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik tren bulanan kejadian infeksi
19.	Penanggung Jawab	PPI, Kepala Ruangan HD, PIC Mutu HD

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit IGD

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Transfer Pasien dari IGD ke Ruang Rawat Inap < 2 jam
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit: Pasal 32 ayat (1) huruf a menyebutkan bahwa setiap pasien memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran: Pasal 5 menggaris bawahi bahwa pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara efektif dan efisien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit: Salah satu indikatornya adalah Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat, yang mencakup waktu transfer pasien. Ini diukur dari pasien datang hingga mendapat penanganan pertama. Dan Keputusan dari Karumkit.
3.	Dimensi Mutu	Waktu yang dibutuhkan untuk transfer pasien dari IGD keruangan lain setelah keputusan untuk transfer
4.	Tujuan	Guna mengurangi penumpukan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau area observasi, yang dapat meningkatkan risiko dan ketidaknyamanan, serta mendukung mutu pelayanan RS dengan menekan waktu tunggu, juga meningkatkan kepuasan pasien serta keluarganya.
5.	Definisi Operasional	Waktu tunggu transfer pasien adalah selisih waktu antara pasien dinyatakan perlu dirawat oleh dokter dan waktu pasien benar benar masuk ke ruang perawatan. Indikator ini mengukur presentase pasien yang berhasil di transfer keruangan dalam waktu kurang dari 2 jam
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Waktu
8.	Numerator	Jumlah pasien yang ditransfer ke ruangan dalam waktu kurang dari 2 jam setelah dinyatakan perlu rawat inap.
9.	Denumerator	Total seluruh pasien yang dinyatakan perlu rawat inap dalam periode waktu tertentu.
10.	Target	< 2 jam sejak keputusan DPJP sampai pasien tiba di ruangan
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang masuk melalui IGD dan dinyatakan membutuhkan rawat inap
		Ekslusi : Pasien yang dinyatakan meninggal dunia di IGD sebelum dipindahkan ke ruangan rawat inap, pasien yang menolak rawat inap
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	SIM RS
14.	Sumber Data	SIM RS
15.	Instrumen Pengambilan Data	SIM RS
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien yang ditransfer ke ruangan dalam waktu < 2 jam setelah dinyatakan perlu rawat inap
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka IGD dan PIC Mutu Unit

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit UBS

1.	Judul Indikator	Keterlambatan Penyediaan Alat Implan Khusus
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Pemerintah tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Pemerinah tentang pengamanan sediaan alat jesehatan dengan menekankan pentingnya pengamanan sediaan farmasi dan alkes untuk melindungi pasien dari penggunaan yang tidak tepat atau produk yang tidak memenuhi standar mutu, kemanan dan kemanfaatan.
3.	Dimensi Mutu	Keamanan pasien, efektivitas, *Patient Centered*
4.	Tujuan	Meningkatkan efisiensi operasional dengan mengidentifikasi dan menganalisis keterlambatan alat implan khusus pada operasi Cito, sehingga Rumah Sakit dapat mengoptimalkan proses pengadaan dan distribusi alat implan, sehingga operasi dapat berjalan sesuai jadwal tanpa hambatan
5.	Definisi Operasional	Penyediaan alat implan di UBS merupakan proses perencanaan, pengadaan dan distribusi alat implan medis yang dibutuhkan untuk prosedur bedah. Proses ini harus dilakukan secara tepat waktu dan sesuai dengan standar agar operasi dapat berjalan lancar tanpa kendala. Parameter yang digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi keterlambatan dalam proses pengadaan atau distribusi alat implan tertentu.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kejadian operasi Cito dimana penyediaan alat implan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan
9.	Denumerator	Jumlah total permintaan atau kebutuhan alat implan untuk prosedur bedah yang bersifat Cito dalam periode tertentu selama waktu observasi
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang menjalani tindakan operasi atau prosedur yang memerlukan alat implan khusus
		Ekslusi : Kasus yang dibatalkan atau ditunda karena alasan medis pasien, bukan karena keterlambatan penyediaan alat
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung
14.	Sumber Data	Registrasi pencatatan permintaan dan penerimaan alat implan.
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pencatatan permintaan dan penerimaan alat implan.
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh kejadian operasi cito yang membutuhkan alat implan khusus
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	Ka UBS

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Nuri

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Ibu Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
2.	Dasar Pemikiran	PMK No. 33 Tahun 2012, Peraturan Menteri Kesehatan tentang pemberian Air Susu Ibu secara eksklusif untuk mendorong IMD
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas
4.	Tujuan	Meningkatkan kualitas pelayanan, memperkuat ikatan ibu dan bayi dan mendukung ASI Eksklusif
5.	Definisi Operasional	Proses bayi menyusu segera setelah lahir, dengan kontak kulit ke kulit, antara ibu dan bayi minimal selama satu jam pertama kelahirannya
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah Bayi yang berhasil menyusu pada 1 jam pertama setelah lahir
9.	Denumerator	Jumlah total bayi yang baru saja lahir
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Bayi dalam kondisi stabil dan memungkinkan untuk dilakukan IMD sesuai indikasi medis
		Ekslusi : Bayi dengan kondisi medis yang membutuhkan penanganan atau perawatan segera**,** sehingga IMD tidak dapat dilakukan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung
14.	Sumber Data	Data sekunder laporan persalinan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan bulanan persalinan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh Bayi yang berhasil menyusu pada 1 jam pertama setelah lahir
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka Unit Nuri

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Parkit

1.	Judul Indikator	Angka Kejadian Plebitis pada Anak
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 27 Tahun 2017 mengenai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2. Untuk mengambil tindakan pencegahan yang tepat guna mengurangi insiden plebitis, yang merupakan komplikasi umum dari terapi intravena (infus) di rumah sakit. 3. Mengumpulkan data mengenai kejadian dan faktor risiko adalah untuk mengidentifikasi pola, penyebab, dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya plebitis pada pasien anak.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, Efektivitas, dan Efisiensi pelayanan
4.	Tujuan	1. Menjamin keselamatan pasien anak yang terpasang alat infus untuk mengurangi risiko infeksi dan komplikasi. 2. Meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan keperawatan terutama dalam pemasangan dan perawatan kateter intravena. 3. Untuk mengevaluasi dan menurunkan angka plebitis untuk menjamin keselamatan pasien.
5.	Definisi Operasional	Plebitis pada anak adalah peradangan pada dinding pembuluh darah vena yang sering kali disertai dengan pembentukan gumpalan darah. Pada anak-anak, plebitis sering terjadi sebagai komplikasi dari terapi intravena (pemasangan infus) seringkali terdapat faktor lain seperti cenderung lebih banyak bergerak (aktif) dan rewel, serta vena lebih kecil, kolaps/rapuh sehingga menyulitkan pemasangan dan meningkatkan risiko gumpalan.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien anak yang mengalami plebitis dalam periode waktu tertentu
9.	Denumerator	Jumlah total hari pemasangan infus pada pasien anak dalam periode waktu yang sama
10.	Target	≤ 1 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien anak yang menjalani rawat inap di ruang Parkit
		Ekslusi : Pasien anak yang tidak mendapatkan pemasangan infus perifer**,** Pasien dengan tanda-tanda plebitis yang sudah ada sebelum pemasangan infus
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	1. Sensus harian atau observasi harian oleh perawat pelaksana 2. Surveilans oleh tim Pencegahan dan Pengendalian Infkesi (PPI)
14.	Sumber Data	1. Hasil surveilans infeksi nosokomial (Plebitis) di ruang rawat inap anak 2. Sensus harian, dan catatan rekam medis pasien.
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kejadian Plebitis
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien anak yang mengalami plebitis yang menajalani rawat inap
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kawatnap, Komite PPI, PIC Mutu Parkit

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Cendrawasih

1.	Judul Indikator	Angka Kejadian Reaksi Efek Samping Dalam Pemberian Obat *High Alert*
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Peraturan ini adalah landasan utama bagi seluruh program keselamatan pasien di Indonesia. Permenkes ini secara eksplisit mewajibkan setiap rumah sakit untuk menerapkan Standar Keselamatan Pasien, yang mencakup "Keselamatan Obat (*Medication Safety*)". Di dalamnya, pengelolaan obat *High Alert* adalah prioritas. Reaksi akibat obat, terutama *High Alert*, adalah insiden keselamatan pasien yang wajib dimonitor dan dilaporkan. 2. Permenkes No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit Permenkes ini mengatur standar praktik farmasi di rumah sakit. Pasal-pasal dalam peraturan ini menekankan pentingnya pengelolaan obat-obatan, termasuk: • Pengelolaan obat *High Alert* yang memerlukan penanganan khusus seperti pelabelan yang jelas, penyimpanan terpisah, dan penggunaan ganda (*double check*) sebelum diberikan. • Pencegahan kesalahan obat (*medication error*) melalui sistem yang terstruktur.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dan Efektivitas
4.	Tujuan	1. Meminimalkan kejadian reaksi merugikan yang disebabkan oleh pemberian obat *High Alert*. 2. Meningkatkan sistem pemantauan dan pelaporan efek samping obat *High Alert*. 3. Mengidentifikasi tren reaksi pada obat atau kelompok pasien tertentu sebagai dasar perbaikan protokol terapi.
5.	Definisi Operasional	Obat *High Alert* adalah obat -obatan yang memiliki resiko tinggi menyebabkan cidera/ bahaya yang signifikan Reaksi: Setiap respons terhadap obat yang merugikan, tidak diinginkan, dan terjadi pada dosis yang biasanya digunakan pada manusia untuk profilaksis, diagnosis, atau terapi penyakit. Ini mencakup, namun tidak terbatas. • Reaksi Alergi: Gatal-gatal, ruam, urtikaria, angioedema, hingga syok anafilaksis • Efek Samping Serius: Hipoglikemia berat akibat insulin, depresi pernapasan akibat opioid, perdarahan hebat akibat antikoagulan. • Reaksi Merugikan Lainnya: Reaksi lain yang didokumentasikan oleh dokter sebagai akibat langsung dari pemberian obat *High Alert*.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami reaksi pemberian obat *High Alert*
9.	Denumerator	Jumlah total pasien yang menerima obat *High Alert*
10.	Target	< 1% (target idealnya adalah 0 kejadian, namun target di bawah 1% dianggap realistis untuk memulai pemantauan).
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mendapatkan obat High Alert sesuai daftar obat *High Alert* yang berlaku di rumah sakit
		Ekslusi : Pasien dengan riwayat reaksi alergi atau efek samping terhadap obat yang sudah terjadi sebelum pemberian obat
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Sensus harian, Pencatatan

14.	Sumber Data	Catatan Rekam Medis (laporan dokter/perawat), Laporan Monitoring Efek Samping Obat (MESO) dari Farmasi. Laporan insiden keselamatan pasien
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir reaksi pemberian obat *High Alert*
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien yang menagalami reaksi setelah pemberisn obat *High Alert*
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan (dilakukan analisis untuk setiap kejadian)
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka Unit, PIC Mutu Unit

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Meskipun Permenkes ini tidak secara spesifik mengatur "jam visite dokter," semangat dan prinsipnya sangat relevan. Keterlambatan visite dokter dapat memengaruhi kelangsungan asuhan pasien dan berpotensi meningkatkan risiko medis. Permenkes ini mendorong rumah sakit untuk: • Menerapkan standar pelayanan yang menjamin keselamatan pasien. • Melakukan perbaikan mutu berkesinambungan melalui pengukuran indikator-indikator terkait pelayanan. • Meningkatkan komunikasi efektif antara seluruh tenaga medis, termasuk antara dokter dan perawat, yang sangat penting dalam memastikan visite berjalan sesuai jadwal. Secara lebih luas, Permenkes No. 44 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Utama juga menekankan pentingnya efektivitas dan efisiensi pelayanan di rumah sakit, yang secara tidak langsung terkait dengan ketepatan waktu dalam setiap tahapan asuhan pasien, termasuk visite dokter.
3.	Dimensi Mutu	Ketepatan dan Kesinambungan
4.	Tujuan	1. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan medis tepat waktu. 2. Meningkatkan efektivitas dan koordinasi tim medis dalam memberikan asuhan pasien. 3. Meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.
5.	Definisi Operasional	Kepatuhan jam visite adalah persentase visite harian yang dilakukan oleh DPJP kepada pasien rawat inap sesuai dengan rentang waktu yang telah ditetapkan oleh kebijakan rumah sakit misalnya Pukul 06.00-14.00 WIB. Kepatuhan ini diukur dari data waktu yang tercatat dalam rekam medis pasien.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah visite dokter spesialis yang dilakukan antara pukul 06.00 - pukul 14.00 WIB pada hari kerja dalam periode waktu tertentu.
9.	Denumerator	Jumlah pelaksaan visite dokter spesialis yang disurvey.
10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Dokter spesialis yang melakukan visite pada jam ≤14.00 WIB
		Ekslusi : Visite yang dibatalkan atau dialihkan karena alasan resmi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Sensus harian, Pencatatan
14.	Sumber Data	Laporan ruangan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan visite dokter harian
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh kegiatan visite dokter spesialis yang dilakukan antara pukul 06.00 - pukul 14.00 WIB pada hari kerja
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kepala Unit dan Mutu Unit

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Garuda

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Perawat dalam Mengisi Asesmen Awal secara lengkap dalam Waktu 24 Jam
2.	Dasar Pemikiran	Asesmen awal keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan didokumentasikan secara lengkap di SIMRS maksimal 24 jam sejak pasien masuk/pindah ke Ruang Garuda. Waktu dihitung dari timestamp pasien masuk ruangan hingga timestamp asesmen di finalisasi (tanda tangan digital)
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
4.	Tujuan	Memastikan semua pasien mendapatkan asesmen awal keperawatan yang lengkap dalam waktu maksimal 24 jam sejak masuk ruang rawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan pasien.
5.	Definisi Operasional	Asesmen adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari kesehatan pasien sebagai bahan analisis informasi dan data untuk mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan pelayanan medis yang dilakukan saat pasien baru pertama menjalani perawatan di rumah sakit.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan asesmen awal keperawatan dalam waktu ≤ 24 jam dengan dokumentasi lengkap di SIMRS
9.	Denumerator	Jumlah pasien baru yang masuk rawat inap
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang dirawat inap di ruang Garuda
		Ekslusi : Pasien yang meninggal atau pulang/rujuk sebelum 24 jam, pasien yang dipindahkan sebelum asesmen awal dilakukan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	SIMRS dan Form Observasi Manual
15.	Instrumen Pengambilan Data	Retrospektif
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh pasien yang dilakukan asesmen awal keperawatan dalam waktu ≤ 24 jam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka Unit dan PIC Mutu

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Merpati

1.	Judul Indikator	Persentase ketepatan perawat dalam memberikan terapi infus sesuai dengan instruksi dokter, meliputi: jenis cairan, dosis/volume, laju tetesan, waktu pemberian, dan pasien yang tepat.
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 4. Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1 – Bab Sasaran Keselamatan Pasien 5. Standar Profesi Perawat PPNI tentang Asuhan Keperawatan
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien (*Patient Safety*) dan Efektivitas pelayanan
4.	Tujuan	1. Memastikan pemberian terapi infus sesuai dengan intruksi medis dan standar prosedur operasional 2. Meningkatkan Mutu pelayanan Keperawatan melalui pemberian terapi infus yang aman dan tepat 3. Menurunkan risiko kesalahan pemberian obat maupun cairan melalui jalur intravena
5.	Definisi Operasional	Ketepatan pemberian cairan infus adalah kesesuaian antara intruksi dokter dan pelaksanaan terapi cairan oleh perawat mencakup : jenis cairan, jumlah/volume cairan, kecepatan tetesan, waktu pemberian, teknik pemberian yang aseptik dan aman.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pemberian terapi infus yang sesuai dengan instruksi dokter (tepat jenis cairan, dosis/volume, laju, waktu, dan pasien)
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pemberian terapi infus yang diamati/diperiksa
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mendapatkan terapi infus intravena selama menjalani perawatan, Pasien yang terpasang infus dan mendapatkan terapi cairan/obat melalui jalur intravena
		Ekslusi : Pasien yang tidak mendapatkan terapi infus, pasien yang dirujuk atau dipindahkan sebelum proses pemberian terapi infus dapat dinilai
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Audit dokumen dan observasi langsung oleh tim mutu/penanggung jawab ruangan
14.	Sumber Data	1. Catatan medis pasien (rekam medis) 2. Observasi langsung 3. Instruksi medis & catatan keperawatan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Lembar Observasi Ketepatan Pemberian Terapi Infus berisi : nama pasien, nomor rekam medis, jenis ciran, dosis/volume, kecepatan tetesan, waktu pemberian, paraf petugas (CPO)
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh pemberian terapi infus pasien yang sesuai instruksi dokter
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik garis/Grafik Batang/Tabel Data
19.	Penanggung Jawab	Ka Unit

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Komite PPI

1.	Judul Indikator	Kepatuhan unit sarana dan prasarana melakukan pelaporan perencanaan sebelum pembangunan dilaksanakan
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes RI No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, petugas dan pengunjung di rumah sakit
4.	Tujuan	Menilai risiko infeksi yang dapat terjadi akibat debu akibat pembongkaran, pembangunan baru atau perbaikan gedung di rumah sakit
5.	Definisi Operasional	ICRA bangunan (*Infection Control Risk Assesment*) adalah penilaian yang dilakukan terhadap kontrol infeksi oleh komite PPI bila ada rencana perbaikan, renovasi, dan pembangunan baru atau pembangunan kembali bangunan yang ada di rumah sakit, yang memungkinkan terjadinya infeksi bagi pasien, pekerja dan orang yang beraktivitas di rumah sakit. Rekomendasi dari komite PPI sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya infeksi akibat aktivitas pembangunan tersebut
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah perbaikan, renovasi dan pembangunan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh area yang dilakukan perbaikan, renovasi dan pembangunan
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh proyek pembangunan/renovasi fisik baru yang direncanakan oleh rumah sakit
		Ekslusi : Pekerjaan pemeliharaan/perbaikan rutin (*routine maintenance*), perbaikan darurat (*emergency repair*)
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Monitoring dan Evaluasi
14.	Sumber Data	Program Kerja Rumah Sakit
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan perencanaan perbaikan, renovasi dan pembangunan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh perbaikan, renovasi dan pembangunan yang dilakukan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis: Triwulan
		Pelaporan Data: Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka Komite PPI

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Fisioterapi

1.	Judul Indikator	Kejadian *Drop Out* Pasien Fisioterapi
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan dan pedoman dari Kementrian Kesehatan, seperti Permenkes No. 65 Tahun 2015 tentang indikator mutu pelayanan fisioterapi dan rehabilitasi medik.
3.	Dimensi Mutu	Kesinambungan dan Efektivitas
4.	Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan.
5.	Definisi Operasional	*Drop out* pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program terapi yang direncanakan.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang *drop out* dalam 3 bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan fisioterapi dalam 3 bulan
10.	Target	< 50 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang menjalani pelayanan fisioterapi, Pasien yang telah mendapatkan minimal satu kali sesi fisioterapi
		Ekslusi : Pasien yang menghentikan fisioterapi karena dinyatakan selesai terapi/sembuh oleh fisioterapis
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Pencatatan setiap laporan pasien yang tidak melakukan tindakan atau intervensi fisioterapi yang telah dijadwalkan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Buku Instrumen Pencatatan Tindakan Fisioterapi
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien fisioterapi yang *drop out* dalam 3 bulan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Koordinator Fisioterapi

1.	Judul Indikator	Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan dan pedoman dari Kementrian Kesehatan, seperti Permenkes No. 65 Tahun 2015 tentang indikator mutu pelayanan fisioterapi dan rehabilitasi medik.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
4.	Tujuan	Mengetahui tingkat kesalahan dalam pemberian tindakan atau intervensi fisioterapi yang diberikan
5.	Definisi Operasional	Kesalahan tindakan fisioterapi dalam memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan, yang tidak sesuai dengan standar / pedoman pelayanan fisioterapi
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalamai kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : : Pasien yang menjalani pelayanan fisioterapi, pasien yang mengalami atau tercatat memiliki kejadian kesalahan tindakan fisioterapi selama proses pelayanan
		Ekslusi : Kejadian yang bukan merupakan kesalahan dalam tindakan atau pelayanan fisioterapi, Kejadian yang terjadi di luar fasilitas pelayanan fisioterapi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Pencatatan setiap laporan / keluhan dari pasien terkait kesalahan tindakan fisioterapi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Buku Instrumen Pencatatan Tindakan Fisioterapi
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien yang mengalamai kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Koordinator Fisioterapi

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Farmasi

1. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan

a. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi di Instalasi Farmasi Rawat Jalan

1.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi Di Instalasi Farmasi Rawat Jalan
2.	Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Pemerintah nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian 3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	1. Untuk mengukur kecepatan pelayanan farmasi 2. Untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi
5.	Definisi Operasional	Waktu tunggu kurang dari 30 menit yang dihitung saat order resep elektronik masuk ke SIMRS di Instalasi Farmasi sampai dengan obat jadi siap diserahkan kepada Pasien.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi yang kurang dari 30 menit selama satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi selama satu bulan
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Resep obat jadi yang diterima dan dilayani di Instalasi Farmasi Rawat Jalan, resep memiliki waktu penerimaan dan waktu penyerahan obat yang dapat dicatat atau ditelusuri
		Ekslusi : Resep obat racikan, karena memiliki proses pelayanan dan waktu pengerjaan yang berbeda, Resep yang dibatalkan atau tidak jadi dilayani
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	SIMRS dan *Print Out* Resep
15.	Instrumen Pengambilan Data	Data order resep dan penyerahan obat
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh resep obat jadi rawat jalan yang dilayani dalam waktu kurang dari 30 menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan *Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi

b. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Racikan di Instalasi Farmasi Rawat Jalan

1.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racikan Di Instalasi Farmasi Rawat Jalan
2.	Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2. Peraturan Pemerintah nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian 3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	Untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi
5.	Definisi Operasional	Waktu tunggu obat racikan kurang dari 60 menit yang dihitung saat Order resep elektronik msk ke SIMRS di Instalasi farmasi sampai dengan obat racikan siap diserahkan kepada pasien.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan yang kurang dari 60 menit selama satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan selama satu bulan
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Resep obat racikan yang diterima dan dilayani di Instalasi Farmasi Rawat Jalan, resep memiliki waktu penerimaan dan waktu penyerahan obat yang dapat dicatat atau ditelusuri
		Ekslusi : Resep yang mengalami gangguan sistem pencatatan sehingga waktu pelayanan tidak dapat ditentukan secara akurat, Resep yang dibatalkan atau tidak jadi dilayani
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	SIMRS dan *Print Out* Resep
15.	Instrumen Pengambilan Data	Data order resep dan penyerahan obat
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh resep obat racikan rawat jalan yang dilayani dalam waktu kurang dari 60 menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan *Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi

2. Persentase Penulisan Resep Sesuai Formularium

1.	Judul Indikator	Persentase Penulisan Resep Sesuai Formularium Rumah Sakit
2.	Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/2197 tahun 2023 tentang Formularium Nasional 2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 54 tahun 2018 tentang Penyusunan Dan Penerapan Formularium Nasional Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi pelayanan obat kepada pasien
4.	Tujuan	Untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi
5.	Definisi Operasional	Order Resep Online dari dokter dalam SIMRS yang berisi obat sesuai dengan formularium rumah sakit
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah obat dalam resep yang masuk dalam formularium rumah sakit selama satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh obat yang dilayani di instalasi farmasi selama satu bulan
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh resep (rawat jalan, rawat inap, maupun IGD) yang ditulis oleh dokter, resep obat yang mencantumkan nama generik atau nama dagang (*brand*) yang terdaftar dalam Formularium Rumah Sakit
		Ekslusi : Resep yang tidak dapat terbaca (*illegible*) atau lembar resep yang dibatalkan oleh dokter sebelum dilayani, Obat yang dibawa sendiri oleh pasien dari luar rumah sakit
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	SIMRS dan *Print Out* Resep
15.	Instrumen Pengambilan Data	Form Formularium
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh jumlah obat dalam resep yang masuk dalam formularium rumah sakit selama satu bulam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semesteran
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan *Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit *Medical Check Up* (MCU)

1.	Judul Indikator	Hasil Pelaporan *Medical Check Up* (MCU)
2.	Dasar Pemikiran	Semakin lama waktu yang di gunakan oleh pasien untuk menunggu maka tingkat kepuasan pasien semakin menurun
3.	Dimensi Mutu	Akses Pelayanan
4.	Tujuan	Hasil medical check up dapat diambil oleh pasien dalam 2 x 24 jam
5.	Definisi Operasional	Hasil pelaporan medical check up adalah waktu yang di perlukan mulai pasien mendaftar, dilayani oleh dokter sampai pasien menerima seluruh hasil pemeriksaan medical check upnya
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kumulatif pasien medical check up yang menerima hasil
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien medical check up yang di survey
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien medical check up yang telah menyelesaikan rangkaian pemeriksaan, hasil medical check up yang siap diserahkan
		Ekslusi : Pasien yang melakukan pemeriksaan penunjang khusus/lanjutan yang membutuhkan waktu seperti pemeriksaan laboratorium rujukan, pasien yang tidak mengambil hasil sesuai jadwal yang telah diinformasikan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Buku catatan data survey dan sensus harian
15.	Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir pengumpulan data harian 2. Formulir rekap pengumpulan data bulanan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh pasien medical check up yang mendapatkan pelayanan sampai menerima hasil sesuai dengan standar waktu yang ditentukan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Survey dan Sensus Harian
19.	Penanggung Jawab	Ka. Dukkes

1.	Judul Indikator	Pemantauan Kepatuhan MCU Berkala Anggota Sesuai Dengan Jadwal (*due date*)
2.	Dasar Pemikiran	Tujuan pemantauan untuk menilai kesehatan anggota secara umum. Hal berimplikasi kepada perencanaan kebutuhan staf yaitu *fit to work*, penempatan, dan penempatan kembali pekerja.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan
4.	Tujuan	Tergambar kepatuhan anggota dalam melakukan kewajiban MCU setiap tahun
5.	Definisi Operasional	MCU Berkala adalah pemantauan kesehatan anggota yang di wajibkan dilakukan setahun sekali dan dikerjakan pada saat *due date*
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah anggota yang melakukan MCU sesuai *due date* dalam 1 bulan
9.	Denumerator	Jumlah anggota yang seharusnya melakukan MCU bulan tersebut
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh anggota yang masih aktif dan wajib mengikuti MCU berkala sesuai ketentuan
		Ekslusi : Anggota yang belum melaksanakan MCU sampai melewati *due date*
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Buku catatan rekap MCU untuk anggota
15.	Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir pengumpulan data harian 2. Formulir Rekap Pengumpulan data bulanan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh anggota yang melakukan MCU sesuai dengan *due date*
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	Ka. Dukkes

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Laboratorium PK

1.	Judul Indikator	Angka Ketepatan Pelaporan Nilai Kritis < 30 menit
2.	Dasar Pemikiran	1. Perundangan dan aturan yang berlaku, Daftar Nilai Kritis Laboratorium, PMK. No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien RS, Pasien Safety, perlindungan konsumen 2. Permenkes No. 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 3. Peningkatan kecepatan respon pelayanan laboratorium terhadap pasien dengan hasil pemeriksaan kritis
3.	Dimensi Mutu	Aksessibilitas, Efektifitas, Efisiensi, Keselamatan dan Keamanan, Kesinambungan Pelayanan, Fokus kepada pasien
4.	Tujuan	Meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam melaksanakan pelaporan nilai kritis untuk mempercepat pengambilan keputusan dan tindak lanjut terhadap pasien/sampel
5.	Definisi Operasional	Ukuran kuantitatif yang menunjukkan tingkat ketepatan waktu dan ketepatan prosedur dalam pelaporan hasil laboratorium yang termasuk dalam kategori nilai kritis kepada dokter penanggung jawab sesuai dengan standar atau prosedur tetap yang berlaku (waktu pelaporan ≤ 30 menit)
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium dengan nilai kritis yang dilaporkan tepat waktu
9.	Denumerator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium yang termasuk dalam kategori kritis
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kriteria nilai kritis sesuai ketetapan rumah sakit
		Ekslusi : Hasil pemeriksaan yang tidak termasuk kedalam kategori nilai kritis, Nilai kritis yang dilaporkan ≥ 30 menit atau tidak terdapat bukti waktu pelaporan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung
14.	Sumber Data	Data sekunder
15.	Instrumen Pengambilan Data	Hasil Pemeriksaan dan atau Logbook/buku pencatatan Nilai Kritis
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dengan nilai kritis yang dilaporkan tepat waktu
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik Data
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Laboratorium dan PIC Instalasi Laboratorium

1.	Judul Indikator	Angka Ketepatan Waktu Tunggu Hasil (TAT) Pelayanan Laboratorium Hematologi Rutin IGD ≤ 30 menit
2.	Dasar Pemikiran	1. Perundangan dan aturan yang berlaku, Daftar Nilai Kritis Laboratorium, PMK. No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien RS, Pasien Safety, perlindungan konsumen 2. Permenkes No. 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 3. Peningkatan kecepatan respon pelayanan laboratorium terhadap pasien IGD dengan hasil pemeriksaan hematologi rutin
3.	Dimensi Mutu	Aksessibilitas, Efektifitas, Efisiensi, Kesinambungan Pelayanan
4.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium dan meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam menyelesaikan hasil pemeriksaan hematologi rutin pasien IGD ≤ 30 menit untuk mempercepat pengambilan keputusan dan tindak lanjut terhadap pasien
5.	Definisi Operasional	1. Pemeriksaan yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin pasien IGD 2. Ukuran kuantitatif yang menunjukkan jumlah hasil pemeriksaan laboratorium hematologi rutin yang selesai dan diserahkan kepada tenaga medis IGD dalam waktu ≤ 30 menit sejak permintaan dilakukan, dibandingkan dengan total jumlah permintaan pemeriksaan hematologi ruitn di IGD dalam periode waktu tertentu.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien IGD dengan waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium hematologi rutin ≤ 30 menit yang disurvei dalam satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien IGD yang melakukan pemeriksaan hematologi rutin yang disurvei dalam bulan tersebut
10.	Target	> 90 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mendapatkan pelayanan Laboratorium Hematologi Rutin dari IGD, Terdapat pencatatan waktu yang lengkap
		Ekslusi : Pemeriksaan yang tidak termasuk dalam hematologi rutin, Sampel yang berasal dari unit selain IGD
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung
14.	Sumber Data	Data Sekunder
15.	Instrumen Pengambilan Data	Lembar TAT Hasil Pelayanan Laboratorium Hematologi Rutin Pasien IGD
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien IGD dengan waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium hematologi rutin ≤ 30 menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik Data
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Laboratorium dan PIC Instalasi Laboratorium

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Radiologi

1.	Judul Indikator	Kejadian Hasil Foto Hilang atau Tertukar
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis dalam pasal 25 yang disebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan atau penggunaan yang tidak berhak terhadap dokumen Rekam Medis. 2.Permenkes Nomor 24 Tahun 2020 tentang pelayanan Radiologi Klinik. identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
3.	Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan dan Keamanan
4.	Tujuan	Mengukur dan meminimalkan kesalahan administrasi dalam pengelolaan hasil foto, untuk menjamin keamanan data pasien dan efektivitas pelayanan.
5.	Definisi Operasional	Kejadian dimana hasil foto pasien tidak ditemukan pada saat dibutuhkan atau tertukar dengan milik pasien lain.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah insiden hasil foto yang dilaporkan hilang atau tertukar dalam periode waktu tertentu
9.	Denumerator	Jumlah total pasien yang menerima layanan foto dalam periode yang sama
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua hasil foto pasien yang dilakukan di unit Radiologi
		Ekslusi : Kerusakan hasil foto yang disebabkan oleh faktor di luar pengelolaan unit, Hasil foto yang tidak dapat digunakan karena kualitas gambar yang tidak memenuhi standar
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Pencatatan setiap keluhan atau laporan tentang hasil foto yang hilang atau tertukar melalui sistem pelaporan insiden atau dengan rekonsiliasi data secara rutin antara jumlah foto yang dicetak/ dikeluarkan dengan jumlah yang diterima oleh pasien atau disimpan di arsip
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir keluhan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh insiden hasil foto yang dilaporkan hilang atau tertukar
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan *Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Unit Radiologi

1.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Hasil foto thorax IGD
2.	Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal 2.Permenkes Nomor 24 Tahun 2020 tentang pelayanan Radiologi Klinik
3.	Dimensi Mutu	Aksesibilitas dan Kecepatan
4.	Tujuan	Mengukur kecepatan dan efisiensi pelayanan radiologi, dengan tujuan utama untuk mempercepat proses diagnosis dan pengambilan keputusan klinis oleh dokter.
5.	Definisi Operasional	Selisih waktu antara pasien selesai menjalani pemeriksaan dengan waktu hasil pemeriksaan (laporan radiologi) siap untuk diambil atau diakses oleh dokter pengirim. (tidak lebih dari ≤ 3 jam)
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pemeriksaan foto thorax IGD yang hasilnya selesai dalam batas waktu yang ditetapkan (misalnya, ≤ 3 jam)
9.	Denumerator	Jumlah total pasien yang menerima layanan foto dalam periode yang sama
10.	Target	> 90 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua pasien IGD yang menjalani pemeriksaan foto thorax di unit Radiologi
		Ekslusi : Pemeriksaan foto thorax yang berasal dari unit selain IGD, Pemeriksaan yang dibatalkan atau tidak jadi dilakukan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Survey
14.	Sumber Data	Pencatatan setiap hasil foto Thorax dari IGD yang waktu ekspertise tidak lebih dari 3 jam dihitung dari selesai pemeriksaan sampai ada hasil dari Dokter Spesialis Radiologi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir monitoring pasien thorax IGD
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pemeriksaan foto thorax IGD yang hasilnya selesai dalam batas waktu yang ditetapkan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik Data
19.	Penanggung Jawab	Ka. Unit Radiologi

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit CSSD

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Ruangan Dalam Melakukan *Pre Cleaning*
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No.27 Tahun 2017 tentang CSSD berperan penting dalam pengendalian infeksi, yang merupakan bagian integral dari PPI. Kepatuhan *pre cleaning* sangat menjamin masa pemakaian instrument/alat lebih lama.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas Pelayanan dan Masa Pakai Instrument lebih lama
4.	Tujuan	Agar alat lebih tahan lama untuk masa pakainya dan untuk mencegah terjadinya biofilm pada instrument
5.	Definisi Operasional	Kepatuhan ruangan dalam melakukan *pre cleaning* alat/instrument setelah terpakai dan sebelum diantar ke unit CSSD
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah instrument/alat yang dilakukan *pre cleaning*
9.	Denumerator	Jumlah seluruh alat/instrument yang diantar ke unit CSSD
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pelaksanaan *pre cleaning* yang dapat diamati dan dinilai berdasarkan SOP/standar yang berlaku di rumah sakit
		Ekslusi : Peralatan yang berdasarkan SOP tidak memerlukan proses *pre cleaning*
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	*Concurent*
14.	Sumber Data	Laporan kegiatan CSSD
15.	Instrumen Pengambilan Data	Melalui pemprosesan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh instrument/alat CSSD yang dilakukan *pre cleaning*
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan *Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi CSSD

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Laundry

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes NO. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan minimal Rumah Sakit dan SPO Pengambilan Linen Kotor ke ruangan dan SPO Distribusi Linen
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas layanan Laundry
4.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan Laundry
5.	Definisi Operasional	Ketetapan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan waktu yang ditetapkan Waktu Yang Ditetapkan : 1. Pengambilan Linen Kotor a. Pengambilan linen kotor ke ruang perawatan pukul 08.00 s.d 10.00 WIB b. Pengambilan linen kotor ke ruang operasi - Pagi pukul 06.00 s.d 07.00 WIB - Siang pukul 11.00 s.d 12.00 WIB - Sore pukul 14.00 s.d 15.00 WIB 2. Pendistribusian Linen Bersih Pendistribusian linen bersih pukul 13.00 s.d 14.00 WIB sedangkan Pendistribusian linen sore pukul 15.00 s.d 20.00 WIB
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
9.	Denumerator	Jumlah hari dalam satu bulan
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua permintaan linen dari unit/ruangan pelayanan yang diproses oleh bagian Laundry
		Ekslusi : Permintaan linen di luar jadwal pelayanan yang telah ditetapkan, Kondisi khusus seperti gangguan mesin atau listrik
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Survey
14.	Sumber Data	Laporan Kegiatan Laundry
15.	Instrumen Pengambilan Data	Form Pencatatan Kegiatan Laundry
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Laundry

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Kesprev

1.	Judul Indikator	Tingkat Keberhasilan Pengendalian Jentik Nyamuk
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No 2 tahun 2023 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan
3.	Dimensi Mutu	Pengendalian
4.	Tujuan	Untuk menurunkan populasi nyamuk penular demam berdarah *dengue Aedes Aegypti* serta jentiknya dengan meningkatkan peran serta seluruh anggota dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah
5.	Definisi Operasional	Pemeriksaan jentik merupakan pemeriksaan pada setiap tempat-tempat penampungan air yang ada yang lebih dominan dihinggapi nyamuk sebagi sarangnya
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah tempat yang bebas jentik
9.	Denumerator	Jumlah seluruh tempat yang diperiksa
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Area rumah sakit yang memiliki tempat penampungan air atau tempat yang berpotensi menjadi *breeding place* nyamuk
		Ekslusi : Area rumah sakit yang sedang direnovasi sehingga tidak memungkinkan dilakukan pemeriksaan jentik
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Survey Jentik
14.	Sumber Data	Hasil Survey Jentik
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Survey Jentik
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh tempat di lingkungan Rumah Sakit yang bebas jentik
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Kesprev

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Haralkes

1.	Judul Indikator	Persentase Laporan Kerusakan Alat Kesehatan Yang Mendapatkan Respon Awal Dalam Waktu Kurang Dari 15 Menit
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 63 Tahun 2016 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Standar Akreditasi KARS Bab 8 (MFK.8.2)
3.	Dimensi Mutu	Responsiftifitas & Keselamatan Pasien (*Responsiveness & Patient Safety*)
4.	Tujuan	Menjamin bahwa setiap laporan kerusakan alat kesehatan segera ditindaklanjuti dalam waktu ≤15 menit untuk meminimalkan dampak terhadap pelayanan dan keselamatan pasien.
5.	Definisi Operasional	Proporsi laporan kerusakan alat kesehatan yang telah mendapatkan respons awal dibandingkan dengan total laporan kerusakan yang masuk selama periode pelaporan.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat kesehatan yang mendapatkan respon awal dalam waktu ≤15 menit sejak laporan diajukan
9.	Denumerator	Jumlah total laporan kerusakan alat kesehatan yang masuk selama periode pelaporan
10.	Target	Minimal 90% laporan kerusakan harus mendapatkan respon awal dalam waktu ≤15 menit.
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua laporan kerusakan alat kesehatan yang diterima oleh Haralkes dan mendapatkan respon awal ≤15 menit sejak laporan diajukan
		Ekslusi : Laporan kerusakan alat kesehatan yang tidak tercatat secara resmi, Laporan yang dibatalkan atau dinyatakan tidak valid
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Pemantauan otomatis melalui Sistem pelaporan digital (misalnya: timestamp laporan vs timestamp respons), Verifikasi manual dari Logbook atau catatan komunikasi (jika Sistem belum terdigitalisasi)
14.	Sumber Data	Sistem Informasi Manajemen Perawatan Alat (CMMS)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Sistem pelaporan kerusakan berbasis digital (helpdesk/CMMS), Formulir laporan kerusakan, Log waktu (timestamp) penerimaan dan respons, *Dashboard monitoring* waktu respons
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh laporan kerusakan alat kesehatan yang mendapatkan respon awal dalam waktu ≤15 menit sejak laporan diajukan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik batang (persentase bulanan) trend line (triwulanan/tahunan) dashboard kinerja manajemen aset laporan mutu bulanan
19.	Penanggung Jawab	Ka. Haralkes

1.	Judul Indikator	Persentase Alat Kesehatan Yang Menjalani Pemeliharaan Preventif Sesuai Jadwal
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No. 56 Tahun 2016 Pasal 21 ayat (1): "Pemeliharaan sarana dan prasarana dilakukan secara preventif dan berkala." dan KARS AP 10.2.1: "Rumah sakit memiliki program pemeliharaan preventif untuk peralatan medis."
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien & Keandalan Teknologi (*Patient Safety & Equipment Reliability*)
4.	Tujuan	Memastikan seluruh alat kesehatan kritis dan non-kritis menjalani pemeliharaan preventif secara tepat waktu sesuai rencana sehingga meningkatkan keandalan, keselamatan dan ketersediaan alat
5.	Definisi Operasional	Proporsi alat kesehatan yang telah menjalani kegiatan pemeliharaan preventif (*preventive maintenance*) tepat pada waktu atau dalam toleransi jadwal yang telah ditetapkan (misalnya ± 7 hari dari jadwal) dibandingkan dengan total alat yang wajib menjalani pemeliharaan preventif dalam periode pelaporan.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah alat kesehatan yang telah menjalani pemeliharaan preventif sesuai jadwal (termasuk dalam toleransi waktu yang ditetapkan misalnya ± 7 hari) selama periode pelaporan.
9.	Denumerator	Jumlah total alat kesehatan yang terjadwal untuk menjalani pemeliharaan preventif dalam periode pelaporan tersebut.
10.	Target	Minimal 90% alat kesehatan menjalani pemeliharaan preventif sesuai jadwal.
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh alat kesehatan yang terdaftar dalam inventaris rumah sakit dan memiliki jadwal pemeliharaan preventif
		Ekslusi : Alat kesehatan yang sudah rusak total dan dinyatakan tidak layak digunakan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Logbook, Hardcopy dan Sistem CMMS (aplikasi Digital)
14.	Sumber Data	Instalasi Pemeliharan Alat Kesehatan, Sistem Informasi Manajemen Perawatan Alat (CMMS) dan Arsip laporan pemeliharaan
15.	Instrumen Pengambilan Data	- Jadwal pemeliharaan preventif (rencana tahunan/bulanan) - Laporan pelaksanaan pemeliharaan - Logbook perawatan alat - Sistem CMMS (Computerized Maintenance Management System)
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh alat kesehatan yang telah menjalani pemeliharaan preventif sesuai jadwal
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik batang (persentase bulanan) trend line (triwulanan/tahunan) dashboard kinerja manajemen aset laporan mutu bulanan
19.	Penanggung Jawab	Ka. Haralkes

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Pemulasaran Jenazah

1.	Judul Indikator	Waktu Respon Petugas Pemulasaran Jenazah Setelah Mendapatkan Informasi Pasien Meninggal
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes RI Th. 2004 Tentang Standar Pemuasaran Jenazah 2. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
4.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab petugas pemulasaran jenazah
5.	Definisi Operasional	Waktu respon pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai petugas pemulasaran jenazah mendapatkan informasi pasien meninggal sampai jenazah ditangani oleh petugas pemulasaran jenazah.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Waktu
8.	Numerator	Jumlah pelayanan pemulasaran jenazah yang sesuai waktu yang ditentukan dalam satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pelayanan pemulasaran jenazah dalam satu bulan
10.	Target	< 2 Jam
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh informasi pasien meninggal yang diterima oleh petugas pemulasaran jenazah, Pasien meninggal yang pemulasaran jenazahnya menjadi tanggung jawab rumah sakit
		Ekslusi : Kasus jenazah yang tidak menjadi tanggung jawab petugas pemulasaran jenazah rumah sakit
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Buku catatan data unit pemulasaran jenazah
15.	Instrumen Pengambilan Data	Pencatatan data Permohonan Pemulasaran Jenazah
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pelayanan pemulasaran jenazah yang sesuai waktu yang ditentukan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	PIC Pemulasaran

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Gudang Bekkes

1.	Judul Indikator	Persentase Ketepatan Pendistribusian Barang
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara No. 36 tahun 2024 tentang organisasi dan tugas Rumah Sakit TNI AU Tingkat II dr. Esnawan Antariksa. 2. SOP Gudang Bekkes tentang Pendistribusian Material kesehatan No. Dok. SPO/1298/GDG/VIII/2022
3.	Dimensi Mutu	Ketepatan , Efektifitas dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	1. Menjamin bahwa setiap barang yang didistribusikan di gudang bekkes terselenggara dengan akurat. 2. Mendukung kelancaran operasional pekerjaan di masing- masing unit.
5.	Definisi Operasional	Ketepatan dalam pendistribusian barang adalah suatu cara untuk monitoring keakuratan dalam menyalurkan barang guna efektifitas dan kesinambungan dalam pelayanan kepada tiap unit.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah ketepatan distribusi barang dalam 1 bulan
9.	Denumerator	Jumlah keseluruhan permintaan barang dalam 1 bulan
10.	Target	> 90%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh permintaan barang yang telah disetujui dan harus didistribusikan kepada unit pelayanan, Permintaan barang yang memiliki dokumen atau catatan permintaan dan tujuan distribusi yang jelas
		Ekslusi : Permintaan barang yang dibatalkan oleh unit pemohon, Permintaan barang yang belum mendapatkan persetujuan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Sistem Pelaporan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Daftar Rekapan Distribusi barang ke tiap unit
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh laporan ketepatan distribusi barang
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan
		Pelaporan Data : Mingguan
18.	Penyajian Data	*Run Chart*
19.	Penanggung Jawab	Ka. Gudang Bekkes dan PIC Gudang Bekkes

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Produksi Makanan (UPM)

1.	Judul Indikator	Persentase Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Gizi
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Aksessibilitas, Efektifitas, Efisiensi, Kesinambungan Pelayanan
4.	Tujuan	Untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan gizi, mengidentifikasi aspek yang perlu diperbaiki, serta menjadi masukan bagi unit gizi untuk meningkatkan mutu pelayanan.
5.	Definisi Operasional	Untuk mengukur seberapa puas pasien rawat inap terhadap pelayanan gizi, meliputi rasa, variasi dan kebersihan makanan serta keramahan dan kebersihan petugas, untuk mendapatkan umpan balik guna meningkatkan mutu pelayanan.
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang merasa puas terhadap pelayanan gizi
9.	Denumerator	Jumlah pasien rawat inap yang diberikan kuesioner
10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mendapatkan pelayanan gizi di ruang rawat inap dan sudah berusia ≥18 tahun
		Ekslusi : Pasien dengan kondisi yang tidak memungkinkan untuk mengisi kuesioner/ sedang dalam kondisi kritis
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Kuesioner
14.	Sumber Data	Data Sekunder
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepuasan Pasien
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan gizi yang diberikan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Diagram Grafik
19.	Penanggung Jawab	Koordinator UPM, PIC Mutu UPM

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Jangkes

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pengusulan Rencana Kebutuhan Bekal Kesehatan Rutin
2.	Dasar Pemikiran	1. Landasan hukum yang mengatur perencanaan bekal kesehatan adalah Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 2. Ketepatan waktu pengusulan kebutuhan bekal kesehatan sangat menentukan kelancaran penyediaan logistik rumah sakit. Pengajuan yang terlambat dapat menyebabkan kekosongan stok, keterlambatan pelayanan dan terganggunya operasional unit pelayanan
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi, ketepatan waktu dan ketersediaan bekal kesehatan di unit
4.	Tujuan	Menjamin agar seluruh unit kerja mengajukan rencana kebutuhan bekal kesehatan tepat waktu sehingga proses pengadaan dan distribusi logistik kesehatan dapat dilaksanakan secara terencana, efisien dan sesuai prioritas
5.	Definisi Operasional	Suatu kegiatan merencanakan kebutuhan bekal kesehatan (obat, bahan medis habis pakai dan perbekalan kesehatan lainnya) yang dilakukan secara rutin oleh unit kerja sesuai jadwal yang ditetapkan agar ketersediaan logistik kesehatan tetap terjamin dan pelayanan berjalan lancar
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah unit kerja yang mengajukan rencana kebutuhan bekal kesehatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan
9.	Denumerator	Total seluruh unit kerja yang wajib mengajukan rencana kebutuhan bekal kesehatan rutin
10.	Target	≥ 90% unit kerja mengajukan rencana kebutuhan bekal kesehatan rutin tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditetapkan
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Rencana Kebutuhan Bekal Kesehatan Rutin yang wajib diusulkan oleh unit/instansi sesuai ketentuan, usulan diterima lengkap dan sesuai dengan batas waktu yang ditentukan
		Ekslusi : Pengusulan kebutuhan yang bersifat khusus, insidental, darurat, atau di luar kebutuhan rutin
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Rekapitulasi pengajuan rencana Bagian Penunjang atau Instalasi Farmasi/logistik
14.	Sumber Data	Formulir permintaan kebutuhan bekal kesehatan rutin dari unit kerja dan rekapitulasi penerimaan di Bagian Penunjang Kesehatan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir atau rekap pengajuan rencana kebutuhan bekal kesehatan rutin dari Unit kerja dan rekapitulasi penerimaan di bagian penunjangan kesehatan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh unit kerja yang mengajukan rencana kebutuhan bekal kesehatan sesuai jadwal yang telah ditetapkan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Kepala Penunjang Kesehatan, PIC Mutu Jangkes

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit Pool

1.	Judul Indikator	Waktu Tanggap (*Response Time*) Pelayanan Ambulans Rujukan
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan minimal Rumah Sakit Kecepatan dan ketepatan waktu dalam menyediakan ambulans untuk rujukan pasien adalah krusial dan berdampak langsung pada keselamatan pasien. Keterlambatan dalam merujuk pasien (misalnya: ke RS dengan fasilitas lebih lengkap) dapat menyebabkan perburukan kondisi klinis, komplain, hingga insiden keselamatan pasien. Indikator ini mengukur kesigapan dan ketersediaan sumber daya (ambulans dan pengemudi) dalam merespons kebutuhan gawat darurat atau rujukan terencana
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) dan Ketepatan Waktu (*Timeliness*)
4.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan kesigapan Unit Pool Kendaraan dalam menyediakan pelayanan ambulans bagi pasien yang membutuhkan rujukan ke fasilitas kesehatan lain
5.	Definisi Operasional	Waktu Tanggap (*Response Time*) Pelayanan Ambulans Rujukan adalah rentang waktu (dalam menit) sejak unit pelayanan (IGD, Rawat Inap, ICU) menghubungi Operator/Koordinator Pool Kendaraan untuk permintaan ambulans rujukan, hingga ambulans tiba di titik jemput pasien (misal: Lobi IGD, Lobi Rawat Inap). Waktu Tanggap Standar yang ditetapkan adalah < 15 menit.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah permintaan ambulans rujukan dengan waktu tanggap < 15 menit dalam satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh permintaan ambulans rujukan dalam bulan yang sama
10.	Target	≥ 90%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua pelayanan ambulans untuk pasien yang membutuhkan rujukan ke fasilitas kesehatan lain dan tercatat secara resmi
		Ekslusi : Pelayanan ambulans non-rujukan, seperti transportasi pasien pulang atau kegiatan nonmedis, permintaan yang tidak tercatat atau tidak dapat diverifikasi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	*Google Form*
14.	Sumber Data	*Logbook* / Buku Catatan Permintaan Ambulans di Unit Pool Kendaraan. (Data minimal yang harus ada di *logbook* : Tanggal, Unit Pemesan, Nama Pasien, Jam Permintaan Diterima, Jam Ambulans Tiba di Titik Jemput, Waktu Tanggap (Menit), Keterangan)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap (*Response Time*)
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh permintaan ambulans rujukan dengan waktu tanggap < 15 menit dalam satu bulan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan
		Pelaporan Data : Harian (Setiap Ada Permintaan)
18.	Penyajian Data	Diagram Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Unit Pool, Kataud, PIC Mutu Unit Pool

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit *IT Support*

1.	Judul Indikator	Persentase *Response Time* layanan IT *Support* dan SIMRS
2.	Dasar Pemikiran	Kelambatan respon terhadap keluhan IT (misalnya SIMRS eror, komputer mati, printer tidak jalan, jaringan putus) berdampak langsung pada kelancaran pelayanan pasien dan aktivitas adminitrasi. Monitoring kecepatan respon akan meningkatkan kepuasan pengguna, efisiensi kerja, dan kepercayaan terhadap sistem IT.
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
4.	Tujuan	Menjamin proses *Response Time* Layanan IT *Support* berjalan cepat dan tepat waktu sehingga kebutuhan maupun permasalahan unit/ruangan dapat segera terpenuhi untuk menunjang kelancaran pelayanan rumah sakit.
5.	Definisi Operasional	Mengukur rata-rata waktu yang dibutuhkan petugas IT *support* dan SIMRS untuk merepson awal setiap tiket keluhan/permintaan *user* terkait SIMRS maupun perangkat IT sejak tiket dibuat hingga ditanggapi. Respon yang dimaksud adalah respon awal, yaitu saat tiket sudah diakui/diproses oleh tim IT (bukan penyelesainya akhir masalah)
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah permintaan bantuan IT/SIMRS yang direspon sesuai standar waktu respon
9.	Denumerator	Jumlah seluruh permintaan bantuan IT/SIMRS yang masuk pada periode tertentu
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua laporan gangguan atau permintaan layanan *IT Support* dan SIMRS yang tercatat dan sesuai dengan SLA yang berlaku
		Ekslusi : Permintaan yang bukan menjadi tanggung jawab IT Support/SIMRS
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi, dengan keterangan sebagai berikut : 1. Kasus kritis (misalnya SIMRS *down*, Server mati, Jaringan utama putus : respon ≤ 15 menit 2. Gangguan sedang (misalnya modul penunjang modul Farmasi, fungsi sebagian terganggu, masih ada alternatif manual) : ≤ 30 menit 3. Gangguan ringan (misalnya printer eror, permintaan akses *user* baru) : respon ≤ 60 menit. 4. Standar mutu : kurang dari 90 % tiket ter-respon sesuai SLA (*Service Level Agreement*)
14.	Sumber Data	1. Log Book *Helpdesk* 2. WhatsApp *Group*
15.	Instrumen Pengambilan Data	Dilaporkan dalam Dashboard Indikator Mutu
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh permintaan bantuan IT/SIMRS yang direspon sesuai standar waktu respon
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. SIMRS, PIC Mutu IT

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Unit URTU

1.	Judul Indikator	*Response Time* Penyelesaian Surat Masuk Yang Di Proses
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan. Undang-undang ini mengatur penyelenggaraan kearsipan secara menyeluruh. 2. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik: Dalam UU ini, setiap instansi pemerintah diwajibkan untuk memenuhi standar pelayanan minimal, termasuk ketepatan waktu dalam memproses suatu layanan.
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
4.	Tujuan	Terciptanya tertib administrasi surat menyurat di Lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.
5.	Definisi Operasional	Waktu uang diperlukan oleh operator surat masuk untuk mengendalikan surat masuk yang dihitung dari saat pengisian data surat masuk/surat yang diterima Staf Urtu, pencatatan dalam buku surat masuk, pengisian lembar disposisi oleh Karumkit sampai proses mutasi surat masuk $\leq$ 5 (lima) menit.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah surat masuk yang diproses $\leq$ 5 (lima) menit dalam periode tertentu
9.	Denumerator	Jumhlah keseluruhan surat dari eksternal yang masuk ke urtu dalam periode yang sama
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua surat masuk yang diterima dan harus ditindaklanjuti oleh unit/pejabat terkait
		Ekslusi : Surat yang hanya sebagai tembusan atau informasi dan tidak memerlukan tindak lanjut
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Obsevasi
14.	Sumber Data	Buku Surat Masuk
15.	Instrumen Pengambilan Data	Daftar Rekapan Distribusi Surat
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh surat masuk yang diproses $\leq$ 5 (lima) menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Sistem Pelaporan
19.	Penanggung Jawab	PIC Urtu

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu URPERS

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat Personil
2.	Dasar Pemikiran	1. Kep Kasau Nomor Kep /412/XII/2024 tanggal 12 Desember 2024 tentang Petunjuk Teknis Kenaikan Pangkat Bintara dan Tamtama . 2. Surat Edaran Nomor SE/2/IV/2025 tanggal 28 April 2025 tentang pemberlakuan MDP baru dan masa transisi kenaikan pangkat Perwira TNI AU sesuai peraturan Panglima TNI Nomor 15 Tahun 2025 Tentang Kepangkatan Prajurit TNI.
3.	Dimensi Mutu	*Performance* (Kinerja)
4.	Tujuan	Tujuan kenaikan pangkat adalah untuk menjaga struktur organisasi yang efisien, memotivasi pesonel memastikan bahwa personel yang memiliki kemampuan, pengalaman dan dedikasi yang sesuai menempati posisi yang lebih tinggi.
5.	Definisi Operasional	Proses usulan kenaikan pangkat dilaksanakanan tiap tahunan nya pada periode 1 April dan 1 Oktober
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Realisasi Pengusulan kenaikan pangkat
9.	Denumerator	Total personel yang mendapatkan usulan kenaikan pangkat
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh personel yang telah memenuhi persyaratan kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku, dokumen persyaratan kenaikan pangkat yang lengkap dan telah diverifikasi
		Ekslusi : Personel yang belum memenuhi persyaratan kenaikan pangkat, berkas belum lengkap atau masih memerlukan perbaikan dari Urpers
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Dokumentasi dan Pelaporan
14.	Sumber Data	Urpers
15.	Instrumen Pengambilan Data	Berkas Personel, Surat Usulan, Bapers dan Kep. Kenaikan Pangkat
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh personil yang terealisasi pengusulan kenaikan pangkatnya
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Tahunan
		Pelaporan Data : Tahunan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	Ka Urpers

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu MEDREK

1.	Judul Indikator	Persentase Kelengkapan Pengisian Formulir Resume Medis Rawat Inap
2.	Dasar Pemikiran	1. Berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022 • Pasal 27: Isi Rekam Medis mencakup dokumentasi klinis, termasuk ringkasan pasien pulang (resume medis). • Pasal 31: Mewajibkan penggunaan Tanda Tangan Elektronik untuk validasi dokumen. Kelengkapan resume adalah kunci keselamatan dan informasi rujukan pasien. 2. Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, standar waktu pengisian dokumen rekam medis yang lengkap
3.	Dimensi Mutu	Kelengkapan, Ketepatan Waktu, Kesinambungan Pelayanan, Akuntabilitas
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan Fasyankes dalam menyediakan informasi esensial pelayanan pasien secara lengkap dan tepat waktu, memastikan kontinuitas pelayanan pasca-rawat inap, dan memenuhi aspek legal dari berkas rekam medis.
5.	Definisi Operasional	Persentase Formulir Resume Medis yang telah diisi lengkap oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan divalidasi/ditandatangani setelah pasien dinyatakan pulang/keluar dari rawat inap. Kelengkapan merujuk pada semua elemen wajib Resume Medis (diagnosis akhir, prosedur/tindakan, obat saat pulang, dan anjuran tindak lanjut).
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah berkas rekam medis rawat inap dengan Formulir resume medis yang diisi lengkap dan divalidasi/ditandatangani secara elektronik setelah pasien pulang
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang pulang/keluar (hidup atau meninggal) dalam periode observasi
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien rawat inap yang telah selesai menjalani perawatan dan dinyatakan pulang, resume medis yang seluruh item wajibnya telah diisi dengan lengkap, jelas, dan dapat dibaca
		Ekslusi : Pasien yang masih menjalani rawat inap, resume medis dengan satu atau lebih item wajib yang kosong/tidak lengkap
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Audit Retrospektif melalui sistem maupun dokumen rekam medis
14.	Sumber Data	Database Rekam Medis pada SIMRS maupun berkas kertas rekam medis / Laporan Unit Rekam Medis Rawat Inap
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan KLPCM manual dari berkas kertas rekam medis maupun sistem rekam medis elektronik berdasarkan pengisian dan validasi.
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh berkas rekam medis rawat inap dengan Formulir resume medis yang diisi lengkap dan divalidasi/ditandatangani secara elektronik setelah pasien pulang
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik
19.	Penanggung Jawab	PIC Rekam Medis

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Jaminan

1.	Judul Indikator	Ketepatan Jadwal Pengiriman Berkas Klaim Ke Kantor BPJS Kesehatan
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 merujuk pada Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan. Peraturan ini mengatur secara spesifik mengenai administrasi klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas , Efisien
4.	Tujuan	Tergambarnya kedisiplinan rumah sakit dalam mengirim berkas klaim BPJS Kesehatan sesuai waktu yang ditentukan
5.	Definisi Operasional	Pengiriman berkas klaim BPJS Kesehatan tepat waktu adalah terkirimnya berkas klaim BPJS Kesehatan sebelum tanggal 5 bulan berikutnya
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah berkas klaim BPJS Kesehatan yang terkirim tepat waktu dalam satu bulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan yang dikirim dalam satu bulan
10.	Target	Outcome 100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Berkas klaim BPJS yang terkirim sebelum tanggal 5 bulan berikutnya
		Ekslusi : Berkas klaim BPJS yang terkirim setelah tanggal 5 bulan berikutnya
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Data yang diambil dalam satu bulan terjadi pada waktu yang bersamaan
15.	Instrumen Pengambilan Data	SIMRS
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan yang terkirim tepat waktu dalam satu bulan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Run Chart
19.	Penanggung Jawab	PIC Jaminan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu TAUD

1.	Judul Indikator	Kecepatan Proses Pengadaan Barang Berdasarkan Nota Dinas dari Ruangan
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal Rumah Sakit. Keterlambatan proses pengadaan barang dari nota dinas ruangan dapat menghambat kegiatan operasional dan pelayanan pasien. Dengan indikator ini, Bagian TAUD dapat memantau dan meningkatkan kecepatan serta ketepatan tindak lanjut permintaan barang.
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Responsivitas Layanan Administrasi
4.	Tujuan	Menjamin proses pengadaan barang berjalan cepat dan tepat waktu sehingga kebutuhan unit/ruangan dapat segera terpenuhi untuk menunjang kelancaran pelayanan rumah sakit.
5.	Definisi Operasional	Persentase nota dinas permintaan pengadaan barang dari ruangan yang diselesaikan oleh Bagian Tata Urusan Dalam dalam waktu tidak lebih dari 7 hari kerja sejak tanggal nota dinas diterima hingga diterbitkan surat permintaan barang atau surat pesanan.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah nota dinas permintaan barang yang diproses ≤ 7 hari kerja
9.	Denumerator	Jumlah seluruh nota dinas permintaan barang yang diterima dari ruangan
10.	Target	≥ 90% nota dinas permintaan barang diproses tidak lebih dari 7 hari kerja
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh nota dinas permintaan pengadaan barang dari ruangan/unit yang telah diterima dan tercatat oleh bagian Tata Urusan Dalam (TaUD)
		Ekslusi : Nota dinas yang tidak tercatat atau tidak dapat diverifikasi, permintaan yang bukan menjadi kewenangan bagian TaUD
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Audit dokumen nota dinas dan bukti tindak lanjut (surat permintaan barang/surat pesanan) dengan mencatat tanggal diterima dan tanggal proses selesai
14.	Sumber Data	Arsip nota dinas dan dokumen pengadaan pada Bagian Tata Urusan Dalam
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir rekapitulasi nota dinas permintaan barang (*log book* atau *spreadsheet* pengadaan).
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh nota dinas permintaan barang yang diproses ≤ 7 hari kerja
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik tren bulanan dan tabel perbandingan antara nota dinas tepat waktu dan tidak tepat waktu
19.	Penanggung Jawab	Petugas Administrasi Bagian Tata Urusan Dalam

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu PROGRAR

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Evaluasi Program Kerja Dan Anggaran
2.	Dasar Pemikiran	Kep Kasau Nomor Kep/435/XII/2024 Tanggal 23 Desember 2024 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Laporan Evaluasi Pelaksanaan Program dan Anggaran di Lingkungan TNI Angkatan Udara
3.	Dimensi Mutu	Efektif, Efisien, dan Berkesinambungan
4.	Tujuan	Untuk mewujudkan tugas dan fungsi satker secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel serta taat pada peraturan perundang-undangan, dalam rangka pengawasan dan pengendalian atas program dan anggaran tahun berjalan guna mendukung tugas TNI AU, selain itu juga sebagai pedoman bagi Pimpinan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam mengambil kebijakan selanjutnya atas pelaksanaan program kerja dan anggaran yang telah dilaksanakan
5.	Definisi Operasional	Pesentase laporan evaluasi program kerja dan anggaran yang diselesaikan dana diserahkan tepat waktu terhadap jumlah seluruh laporan yang seharusnya di susun dalam periode tertentu
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pelaporan evaluasi program kerja dan anggaran (prograr) yang dilaporkan secara tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan
9.	Denumerator	Jumlah pelaporan evaluasi prograr yang dilaporkan
10.	Target	≥ 95 % Tepat waktu (T+5)
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Laporan evaluasi program kerja dan anggaran yang disusun dan diselesaikan sesuai batas waktu/jadwal yang telah ditetapkan serta memiliki bukti tanggal penyelesaian atau pengesahan
		Ekslusi : Laporan yang terlambat, belum selesai, atau tidak dapat diverifikasi ketepatan waktunya
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Laporan evaluasi unit kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa
14.	Sumber Data	Dokumentasi keuangan, laporan triwulan, dan evaluasi unit kerja
15.	Instrumen Pengambilan Data	Dokumentasi
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pelaporan evaluasi program kerja dan anggaran (prograr) yang dilaporkan secara tepat waktu
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Triwulan
18.	Penyajian Data	Dokumen
19.	Penanggung Jawab	PIC Prograr

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Pengadaan

1.	Judul Indikator	Angka Kepatuhan Usulan Pengadaan Kebutuhan Barang
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2025 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah: Peraturan ini mengatur seluruh proses pengadaan barang dan jasa oleh pemerintah, termasuk pemenuhan kebutuhan dan kepatuhan terhadap aturan pengadaan
3.	Dimensi Mutu	Efesiensi dan Aktifitas
4.	Tujuan	Terselenggaranya permintaan barang tepat waktu
5.	Definisi Operasional	Angka kepatuhan permintaan barang adalah suatu cara untuk monitoring kepatuhan permintaan barang sehingga dapat mengontrol pengadaan barang rutin dan non rutin
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah permintaan pengadaan kebutuhan barang sesuai dengan jadwal
9.	Denumerator	Jumlah keseluruhan permintaan kebutuhan barang
10.	Target	≥ 95 % unit terkait mengajukan permintaan barang rutin dan non rutin
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh usulan pengadaan kebutuhan barang yang memenuhi ketentuan dan prosedur yang telah ditetapkan
		Ekslusi : Usulan yang tidak memenuhi ketentuan, tidak lengkap, terlambat, atau tidak dapat diverifikasi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Rekapan semua permintaan barang
14.	Sumber Data	Nota dinas dari Unit Terkait yang mengajukan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Unit Kerja mengajukan usulan kebutuhan barang kepada Ka Taud / Ka Jangkes dalam bentuk Nota Dinas
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh permintaan pengadaan kebutuhan barang sesuai dengan jadwal
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	Ka. Pengadaan, PIC Mutu Pengadaan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu PEKAS

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pembayaran Tunjangan Kinerja APBN
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Presiden tentang Tunjangan Kinerja 2. Peraturan Menteri Keuangan tentang Pengelolaan APBN 3. Peraturan Menteri PAN-RB tentang Sistem Penilaian Kinerja 4. SOP Pengelolaan Tunjangan Kinerja
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Kepuasan Pelanggan Internal
4.	Tujuan	Meningkatkan kepuasan dan kesejahteraan pegawai melalui pembayaran tunjangan kinerja yang tepat waktu serta memenuhi ketentuan pengelolaan keuangan APBN
5.	Definisi Operasional	Persentase pembayaran tunjangan kinerja pegawai yang bersumber dari APBN yang dibayarkan tepat waktu sesuai dengan peraturan yang berlaku, yaitu paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya setelah bulan pelaksanaan kerja
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pembayaran tunjangan kinerja APBN yang dibayarkan tepat waktu (≤ tanggal 10 bulan berikutnya) dalam 1 triwulan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pembayaran tunjangan kinerja APBN yang harus dibayarkan dalam 1 triwulan (3 bulan)
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pembayaran tunjangan kinerja APBN kepada pegawai yang dilaksanakan sesuai jadwal atau batas waktu pembayaran yang telah ditetapkan, dengan dokumen pembayaran yang lengkap dan dapat diverifikasi
		Ekslusi : Pembayaran tunjangan kinerja yang melewati batas waktu yang ditetapkan, belum dibayarkan, atau pembayaran yang tidak dapat diverifikasi berdasarkan dokumen/bukti pembayaran
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, dengan melakukan pencatatan dan verifikasi tanggal pembayaran tunjangan kinerja melalui sistem payroll
14.	Sumber Data	1. Sistem Informasi Kepegawaian dan Payroll 2. SPM (Surat Perintah Membayar) dan SP2D (Surat Perintah Pencairan Dana) 3. Laporan Realisasi Pembayaran 4. Data Penilaian Kinerja Pegawai 5. Sistem SAKTI (Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi)
15.	Instrumen Pengambilan Data	1. Form Monitoring Pembayaran Tunjangan Kinerja 2. Register Pembayaran Bulanan 3. Daftar Hadir/Presensi Pegawai 4. Daftar Penilaian Kinerja
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pembayaran tunjangan kinerja APBN yang dibayarkan tepat waktu
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel
19.	Penanggung Jawab	Kepala Unit Keuangan/Bagian Perbendaharaan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu YANMASUM

1.	Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tunggu Penyelesaian Administrasi Pasien Pulang Rawat Inap Swasta
2.	Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang berisi alah satu Indikator Nasional Mutu Wajib rumah sakit (INM-RS), Permenkes ini menetapkan prinsip-prinsip mutu, salah satunya adalah Tepat Waktu (*Timely*), yaitu mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Kepuasan Pasien
4.	Tujuan	Untuk mengukur efisiensi proses pelayanan kasir dan manajemen keuangan dalam penyelesaian administrasi pasien pulang rawat inap dan meningkatkan kepuasan pasien.
5.	Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan sejak dokter menyatakan pasien boleh pulang (surat/instruksi pulang) hingga pasien menerima surat jaminan dan/atau selesai melakukan pembayaran di kasir, dihitung dalam jam atau menit. Ini mengukur waktu penyelesaian billing akhir.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien rawat inap swasta yang waktu penyelesaian administrasinya ≤ 2 Jam
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap swasta yang pulang pada periode tersebut
10.	Target	≥ 99 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien rawat inap swasta yang telah dinyatakan pulang dan penyelesaian administrasinya dapat diukur sesuai standar waktu
		Ekslusi : Pasien yang belum dinyatakan pulang, data tidak lengkap/tidak dapat diverifikasi, serta kasus khusus yang dikecualikan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, dari catatan harian/bulanan koreksi *billing* atau laporan keuangan.
14.	Sumber Data	Unit Kasir (Laporan Keuangan/*Billing*)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Catatan Koreksi *Billing* atau Laporan Keuangan dari SIMRS
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien rawat inap swasta yang waktu penyelesaian administrasinya ≤ 2 Jam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	*Bar Chart* (Diagram Batang)
19.	Penanggung Jawab	Kepala Unit Kasir dan Bendahara Penerimaan

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu SIMAK BMN

1.	Judul Indikator	Tingkat Pelaporan Selisih Persediaan Pada Aplikasi Sakti
2.	Dasar Pemikiran	1. PMK 181/ PMK.01 / 2021 : Peraturan ini terkait dengan penatausahaan Barang Milik Negara. 2. PMK Nomor 83 / PMK. 06 / 2016 Tentang Tata Cara Dan Pelaporan Rekonsiliasi Barang Milik Negara. 3. Perkasau 35 Tahun 2024 : Peraturan tentang penatausahaan BMN di lingkungan TNI AU
3.	Dimensi Mutu	Keakuratan, Kelengkapan, Kepatuhan, Dan Efektifitas
4.	Tujuan	Untuk memujudkan tertib administrasi pencatatan atas Barang Milik Negara dan mempermudah pengelolaan agar lebih akuntable dan transparan
5.	Definisi Operasional	Proses pencatatan dan pelaporan seluruh persediaan Barang Milik Negara menggunakan aplikasi Sakti pada sistem informasi manajemen dan akuntansi Barang Milik Negara
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah barang yang dipesan pada kontrak diinput oleh operator komitmen sehingga operator BMN menyesuaikan dengan operator komitmen terkait dengan kode barang, satuan, jumlah barang dan harga
9.	Denumerator	Jumlah kontrak yang dibayarkan setiap bulan.
10.	Target	80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Selisih persediaan barang yang teridentifikasi, terverifikasi, dan dilaporkan pada aplikasi SAKTI sesuai ketentuan
		Ekslusi : Selisih yang belum terverifikasi, data tidak lengkap/tidak dapat ditelusuri, atau tidak termasuk periode dan objek pelaporan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Kontrak hasil pengadaan dan hibah berupa barang
14.	Sumber Data	BAST (Berita Acara Serah Terima), SPP (Surat Permintaan Pembayaran), Kwitansi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Manual berupa buku kontrak
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh barang yang dipesan pada kontrak dan diinput oleh operator SIMAK BMN dan terdata
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	1. Tabel tren bulanan menampilkan capaian (%) terhadap target. 2. Grafik garis untuk memantau kecenderungan capaian selama setahun. 3. Laporan semester.
19.	Penanggung Jawab	Ka. Taud, Ka. Simak BMN, PIC Mutu Simak BMN

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu HUMAS

1.	Judul Indikator	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Pasien
2.	Dasar Pemikiran	Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Pasal 274 Ayat (1) tentang Kesehatan menyatakan bahwa “Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaksanakan sistem penjaminan mutu pelayanan kesehatan.” Setiap rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menjamin mutu pelayanan secara menyeluruh, termasuk aspek pelayanan nonmedis, seperti penanganan pengaduan dan respon terhadap komplain pasien.
3.	Dimensi Mutu	Responsivitas *(Responsiveness)*
4.	Tujuan	Mengetahui dan memantau ketepatan waktu dalam memberikan respon terhadap setiap komplain pasien sesuai tingkat risikonya.
5.	Definisi Operasional	Kecepatan respon terhadap pengaduan menggambarkan seberapa cepat humas menindaklanjuti setiap keluhan yang diterima, baik melalui surat, secara lisan (tatap muka) maupun melalui media sosial. Setiap pengaduan dianalisis untuk menentukan tingkat risiko dan dampaknya, kemudian diklasifikasikan berdasarkan kategori risiko yaitu Ekstrim (merah), Tinggi (kuning), atau Rendah (hijau). Dengan keterangan sebagai berikut : **A. Warna Merah (1×24 jam)** : Komplain dengan kategori Merah menunjukkan tingkat risiko tertinggi yang dapat berdampak serius terhadap keselamatan pasien, reputasi, atau kelangsungan operasional rumah sakit. **B. Warna Kuning (2×24 jam)** : Komplain dengan kategori Kuning menunjukkan adanya masalah yang berpotensi menimbulkan kerugian non-material atau citra, namun tidak mengancam keberlangsungan organisasi secara langsung. **C. Warna Hijau (3×24 jam)** : Komplain dengan kategori Hijau menunjukkan tingkat risiko ringan dengan dampak minimal terhadap pelayanan atau citra rumah sakit. **Kriteria Penilaian :** 1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar 3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain di setiap kategori
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah KKM (Komplain Kategori Merah), KKK (Komplain Kategori Kuning dan KKH (Komplain Kategori Hijau) yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti
9.	Denumerator	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Komplain yang disampaikan oleh pasien atau keluarga pasien melalui saluran pengaduan resmi rumah sakit dan tercatat dalam sistem atau buku pengaduan
		Ekslusi : Komplain yang disampaikan secara anonim dan tidak dapat diverifikasi, komplain duplikat dengan kasus yang sama
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Form tindak lanjut komplain

15.	Instrumen Pengambilan Data	Form digital dan pencatatan manual yang digunakan untuk mencatat data dari sumber data yang ada
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh komplain pasien berdasarkan kategori yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik (*Pie Chart*)
19.	Penanggung Jawab	Ka Humas, PIC Mutu Humas

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Satuan Pengawas Internal (SPI)

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Unit Kerja Dalam Melaksanakan Tindak Lanjut Temuan/Permasalahan Unit (Tindak Lanjut Rekomendasi Pengawas Internal Di Tiap Bagian)
2.	Dasar Pemikiran	a. PP No.60 tahun 2008 Mengatur tentang sistem pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) b. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 33 ayat (2) Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjangan medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan Pelayanan
4.	Tujuan	a. Meningkatkan kualitas pelayanan, memastikan pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan b. Mengidentifikasi area perbaikan, menemukan kelemahan dan area yang perlu diperbaiki dalam proses pelayanan c. Meningkatkan Transparasi dan akuntabilitas
5.	Definisi Operasional	a. Mendata laporan temuan/permasalahan audit internal b. Tindak lanjut atas rekomendasi dan atau kegiatan yang dilakukan oleh manajemen RS atau bagian terkait dalam rangka menanggapi rekomendasi dari SPI yang disampaikan secara tertulis sebagai hasil pendampingan
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah rekomendasi SPI yang ditindaklanjuti dalam 1 tahun
9.	Denumerator	Jumlah seluruh rekomendasi SPI dalam 1 tahun
10.	Target	≥ 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Temuan/permasalahan yang memiliki rekomendasi atau rencana tindak lanjut yang jelas
		Ekslusi : Temuan/permasalahan yang bukan menjadi tanggungjawab unit kerja yang dinilai, temuan/permasalahan yang dibatalkan, ditutup dan dinyatakan tidak berlaku melalui keputusan resmi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Laporan audit yang berisi temuan dan rekomendasi hasil audit, data yang dikumpulkan secara langsung melalui observasi, wawancara, database atau formulir
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pengumpulan data, checklist, database dan wawancara
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh rekomendasi SPI atas temuan/permasalahan di tiap bagian yang ditindaklanjuti dalam 1 tahun
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka SPI

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu KOMKORDIK

1.	Judul Indikator	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Peserta Didik
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Mengukur seberapa baik peserta didik memenuhi kebutuhan, preferensi, dan harapan pasien dalam melayani pasien
4.	Tujuan	- Untuk mengetahui seberapa puas pasien dengan pelayanan yang diberikan oleh peserta didik. - Untuk memberikan umpan balik kepada institusi pendidikan dan rumah sakit mengenai kinerja peserta didik. - Untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dalam pelatihan klinis peserta didik.
5.	Definisi Operasional	Persepsi positif pasien terhadap pelayanan yang diterima dari peserta didik, dibandingkan dengan harapan mereka. Pengukuran dapat menggunakan skala Likert, misalnya: Sangat Puas, Puas, Cukup Puas, Tidak Puas.
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah responden yang menyatakan puas atau sangat puas
9.	Denumerator	Jumlah total responden survei
10.	Target	Hasil > 80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan oleh peserta didik, pasien yang berusia ≥18 tahun atau pasien yang didampingi orang tua/keluarga yang dapat memberikan penilaian
		Ekslusi : Pasien yang tidak mendapatkan pelayanan secara langsung dari peserta didik, pasien yang mengalami kondisi gawat darurat
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Kuesioner/Survei
14.	Sumber Data	Pasien yang mendapatkan pelayanan dari peserta didik yang menjalankan kepaniteraan klinik
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Kuesioner/Survei
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh responden yang menyatakan puas atau sangat puas
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	*Pie Chart*
19.	Penanggung Jawab	PIC Komkordik

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Diklat

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan Peserta Pelatihan Pasca-Diklat
2.	Dasar Pemikiran	Berdasarkan Permenkes No. 66 Tahun 2016 tentang Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan, pasal 33 ayat (2), setiap pelatihan wajib dilengkapi laporan hasil kegiatan yang disampaikan secara tepat waktu
3.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan Kepatuhan Administrasi Peserta
4.	Tujuan	Menilai tingkat kedisiplinan peserta pelatihan dalam memenuhi kewajiban administrasi serta meningkatkan efektivitas pengelolaan arsip pelatihan oleh Unit Diklat
5.	Definisi Operasional	Indikator ini mengukur ketepatan waktu peserta pelatihan dalam mengumpulkan laporan hasil pelatihan/pasca-diklat kepada Unit Diklat sesuai batas waktu yang telah ditetapkan (maksimal 7 hari kerja setelah pelatihan selesai)
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah peserta pelatihan yang mengumpulkan laporan pasca-diklat tepat waktu (≤ 7 hari kerja)
9.	Denumerator	Jumlah seluruh peserta pelatihan yang wajib menyerahkan laporan
10.	Target	100 % laporan diserahkan tepat waktu
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh peserta yang telah menyelesaikan (lulus) kegiatan pelatihan/diklat dan terdaftar secara resmi
		Ekslusi : Peserta yang mengundurkan diri, tidak lulus, atau tidak menyelesaikan rangkaian pelatihan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Pencatatan waktu pengumpulan laporan peserta oleh staf Administrasi Unit Diklat
14.	Sumber Data	Dokumen laporan peserta pelatihan dan daftar rekap dari unit diklat
15.	Instrumen Pengambilan Data	Buku penerimaan laporan peserta
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh peserta pelatihan yang mengumpulkan laporan pasca-diklat tepat waktu (≤ 7 hari kerja)
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Kegiatan Diklat Selesai
18.	Penyajian Data	Grafik Persentase
19.	Penanggung Jawab	Staf Administrasi Unit Diklat

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu HARFAS AC

1.	Judul Indikator	Persentase Ketepatan Waktu Pemeliharaan AC Terjadwal
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Keandalan
4.	Tujuan	1. Memastikan semua unit AC mendapatkan perawatan rutin sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan. 2. Meningkatkan efisiensi kerja unit AC dan memperpanjang umur pakainya. 3. Mencegah gangguan operasional akibat kerusakan AC yang tidak terduga.
5.	Definisi Operasional	1. Pemeliharaan AC terjadwal : Aktivitas perawatan rutin (misalnya, pembersihan filter, pengecekan freon, inspeksi komponen) yang dilakukan oleh teknisi sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan (misalnya bulanan, triwulanan). 2. Ketepatan waktu: Pelaksanaan pemeliharaan yang dilakukan tepat pada atau sebelum tanggal yang telah dijadwalkan.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah unit AC yang berhasil dilakukan pemeliharaan sesuai jadwal dalam periode waktu tertentu
9.	Denumerator	Total jumlah unit AC yang seharusnya dijadwalkan untuk pemeliharaan dalam periode yang sama
10.	Target	80 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pemeliharaan AC yang dilaksanakan sesuai jadwal atau dalam batas toleransi waktu yang ditetapkan
		Ekslusi : Pemeliharaan AC insidental atau tidak terjadwal seperti perbaikan atau kerusakan mendadak
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Logbook Pemeliharaan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan dari tim pemeliharaan/inspeksi lapangan
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh unit AC yang berhasil dilakukan pemeliharaan sesuai jadwal
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	PIC Harfas AC

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu STORING

1.	Judul Indikator	Ketepatan Waktu Genset Menyala Setelah Sumber Listrik PLN Padam ≤ 7 Detik
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan keberlangsungan pelayanan, keselamatan dan kenyamanan
4.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan menghidupkan genset saat listrik PLN Padam mendadak ≤ 7 detik dengan tujuan agar pelayanan tidak terganggu dan mencegah terjadinya insiden yang tidak di harapkan
5.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu genset hidup sebagai perangkat yang menghasilkan sumber listrik yang digunakan sebagai alat pembangkit listrik cadangan di rumah sakit
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah rentang waktu kejadian genset menyala ≤ 7 detik setelah listrik PLN padam
9.	Denumerator	Jumlah kejadian sumber listrik PLN padam dalam periode yang sama
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh peristiwa pemadaman listrik baik secara terencana (pemadaman bergilir/pemeliharaan) ataupun secara mendadak/tiba-tiba dari sumber listrik utama (PLN)
		Ekslusi : Kegagalan genset menyala yang disebabkan oleh kerusakan/gangguan internal pada genset, kondisi di mana sistem genset secara sengaja diubah ke mode manual atas instruksi teknis/keamanan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi dan Dokumentasi
14.	Sumber Data	Dokumen laporan harian
15.	Instrumen Pengambilan Data	Laporan Harian Genset
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh rentang waktu kejadian genset menyala ≤ 7 detik setelah listrik PLN padam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik
19.	Penanggung Jawab	Ka. Unit Storing, PIC Mutu Storing

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 84 /VI/2026
Tanggal 21 Juni 2026

Profil Indikator Mutu SENTRAL

1.	Judul Indikator	Persentase Panggilan Yang Berhasil Disambungkan Ke Tujuan Yang Benar Tanpa Kesalahan
2.	Dasar Pemikiran	Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal Rumah Sakit. Secara keseluruhan, dasar pemikiran dari indikator ini adalah bahwa pengalaman pelanggan yang baik dimulai dari sambungan telepon yang tepat dan akurat. Ini adalah fondasi dari efisiensi operasional dan kepuasan pelanggan yang berkelanjutan.
3.	Dimensi Mutu	Menjamin bahwa panggilan diproses dengan benar dan tidak ada kesalahan yang dapat merugikan pelanggan atau operasional.
4.	Tujuan	Meningkatkan kepuasan pelanggan dengan memastikan mereka tidak membuang waktu karena kesalahan sambungan.
5.	Definisi Operasional	1. Panggilan yang berhasil terhubung dengan pihak yang dituju (misalnya, operator, admission, Ruangan/Unit yang tepat atu dengan bagian Humas RS) tanpa terputus di tengah jalan atau salah sambung. 2. Tidak ada kegagalan teknis (misalnya, sambungan terputus) atau kesalahan rute (misalnya, panggilan tersambung ke tujuan yang salah).
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase
8.	Numerator	Jumlah panggilan yang berhasil tersambung ke tujuan yang benar tanpa kesalahan dalam periode waktu tertentu
9.	Denumerator	Jumlah seluruh panggilan yang diterima operator
10.	Target	≤ 90 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Panggilan yang terhubung dengan pihak yang dituju sesuai dengan data atau permintaan penelepon
		Ekslusi : Panggilan yang salah sambung atau terhubung ke tujuan yang tidak sesuai, panggilan yang gagal tersambung karena jaringan, nomor yang tidak aktif atau gangguan teknis
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Catatan log sistem telepon atau PABX (*Private Automatic Branch Exchange*)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Catatan Harian Telepon Eksternal dan Internal
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh panggilan yang berhasil tersambung ke tujuan yang benar tanpa kesalahan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel Checklist dan Catatan
19.	Penanggung Jawab	PIC Sentral

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