KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/76/VI/2026

tentang

PEDOMAN PENINGKATAN MUTU, KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, maka diperlukan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. sehubungan dengan hal tersebut diatas, perlu ditetapkan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat :

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

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

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

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

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

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

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

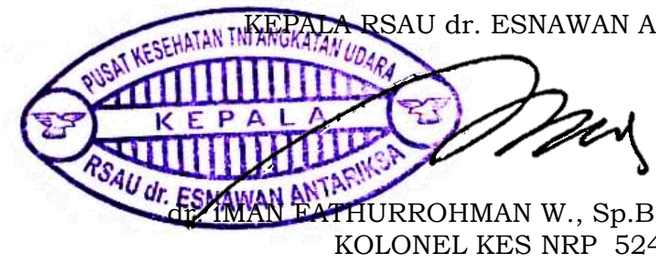
1. Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

2. Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien ini sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



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

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 76 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026



PEDOMAN
PENINGKATAN MUTU, KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

BAB I

PENDAHULUAN

1. Umum

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana teknis Pusat Kesehatan Angkatan Udara (Psskesau). Puskesau merupakan Badan Pelaksana Pusat Tingkat Markas Besar Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU) yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Staf Angkatan Udara. Puskesau memiliki tugas membina dan menyelenggarakan fungsi kesehatan dan pembinaan jasmani personel TNI AU. Salah satu fungsi Puskesau adalah memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan tingkat kesehatan personel TNI AU beserta keluarganya. Salah satu pelaksana tekhnis di jajaran Puskesau adalah RSAU dr. Esnawan Antariksa. Oleh karenanya RSAU dr. Esnawan Antariksa berkedudukan langsung dibawah Kepala Pusat Kesehatan Angkatan Udara.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan dalam setiap latihan operasi dan latihan TNI AU yang diselenggarakan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota militer beserta keluarga dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) TNI AU beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan periodik bagi anggota militer Lanud Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodik dalam rangka mengikuti pendidikan/penugasan dan seleksi calon tantama, bintara, maupun perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI dan keluarganya serta masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU / TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional dan bermutu baik promotif, preventif maupun kuratif bagi anggota TNI AU / TNI dan keluarganya serta masyarakat umum yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas

yang berkarakter, dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan keadaan darurat dan bencana.

Moto RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah “Melayani Dengan Ikhlas Tanpa Batas”. Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. RSAU dr. Esnawan memiliki logo sebagai berikut:



Arti logo RSAU RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut : Lingkaran menandakan suatu komunitas, integritas, dan kesempurnaan dalam pelayanan. Palang emas berarti memberikan pertolongan tanpa membeda-bedakan serta menumbuhkan saling pengertian, kerjasama, dan perdamaian. Tongkat dan ular menunjukkan tongkat *Aesclepius* merupakan seorang dokter dakter dari Yunani yang diberi gelar God of Healing, ular sebagai hewan yang dikaitkan dengan kehidupan/kesembuhan yang baru. Sayap melambangkan pengembangan intelektual dan pelayanan terbaik serta akan terus bergerak mengikuti jaman. Warna emas melambangkan kesan optimis, berfikir positif, aktif, dan modern dalam setiap pelayanan. Warna biru menunjukkan sifat profesional dan percaya diri dalam bekerja. Warna putih mempunyai arti suci dan ikhlasdalam setiap pelayanan. Bila arti pada logo tersebut dirangkai menajadi satu, logo tersebut memiliki arti “RSAU dr. Esnawan merupakan Rumah Sakit yang secara profesional, integritas, dan ikhlas dalam memberikan pertolongan kepada pasien, tanpa membedakan status pasien serta memberikan pelayanan yang terbaik dengan mengikuti perkembangan tekhnologi kesehatan modern saat ini.”

Dalam perjalanannya, RSAU dr Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05/I/523 pada tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2022 oleh Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI).

RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki saranan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas

pelayanan baik manajemen, sarana prasaran, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan teknologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit LAFKI sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU / TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat dan staf.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, serta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Pedoman Pengorganisasian Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, salah satunya dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat, melalui peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

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

Dalam rangka memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat dan dengan mengacu pada UU tentang rumah sakit tersebut, serta sesuai dengan rencana strategis RSAU dr. Esnawan Antariksa, RSAU dr. Esnawan Antariksa melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit dan keselamatan pasien.

Agar upaya tersebut dapat dilaksanakan secara bersih dan terintegrasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa, diperlukan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa, yang dijadikan sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSAU dr. Esnawan

Antariksa. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien diintegrasikan dengan upaya – upaya lainnya yang mendukung tercapainya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang menyeluruh di tingkat rumah sakit. Integrasi dilakukan antara lain dengan upaya/program :

a. Pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
b. Peningkatan keselamatan pasien rumah sakit
c. Peningkatan sasaran keselamatan pasien
d. Pengadaan peralatan medis, suplai obat dan SDM.

BAB II
LATAR BELAKANG

Terwujudnya kondisi kesehatan masyarakat yang baik adalah tugas dan tanggung jawab dari negara sebagai bentuk amanah konstitusi yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Dalam pelaksanaannya negara berkewajiban menjaga mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh fasilitas kesehatan serta tenaga kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit ikut bertanggung jawab untuk menjaga mutu pelayanannya sehingga perlu selalu dilakukan upaya peningkatan mutu pelayanan.

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakir menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuranyang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien disemua tingkatan.

Keselamatan pasien telah menjadi perhatian utama dalam pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Seperti yang kita fahami bahwa nafas dari *Patient Safety* adalah belajar (*learning*) dari insiden keselamatan pasien yang terjadi dimasa lalu untuk selanjutnya disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak akan terulang kembali, baik di tempat/unit yang sama maupun di tempat/unit yang lain di satu Rumah Sakit, bahkan di rumah sakit yang lain. Dengan dasar ini maka keselamatan pasien dan mutu pelayanan menggerakan semua proses pelayanan di rumah sakit.

Rumah sakit khususnya RSAU dr. Esnawan Antariksa harus mampu bersaing agar pasien dan keluarganya merasa aman nyaman dan puas terhadap pelayanan yang diterimanya. Salah satu strategi yang paling tepat untuk mengimbangi hal tersebut adalah melalui pendekatan mutu pelayanan yang harus dilaksanakan

secara terpadu, berkelanjutan dan menyeluruh sehingga masyarakat yang membutuhkan, mendapatkan kepuasan dan memenuhi harapannya.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat struktur dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipicu untuk dapat menilai diri (*self assessment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan baik dalam hal fasilitas dan sumber daya manusia. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain, yaitu instrument mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*outcome*) (Dona Bedians). Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah struktur dan proses yang baik telah menghasilkan outcome yang baik pula. Indikator rumah sakit disusun bertujuan mengukur kinerja rumah sakit serta nyata sesuai standar yang ditetapkan

BAB III
TUJUAN

A. Tujuan Umum

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan resiko keselamatan pasien.

B. Tujuan Khusus

1. Agar asuhan klinis terstandarisasi secara konsisten dan sesuai dengan pengetahuan profesional saat ini.
2. Agar dapat dilakukan monitoring upaya peningkatan mutu pelayanan melalui penggunaan indikator prioritas dan unit kerja
3. Agar dapat dilakukan monitoring kinerja individu dan kinerja individu dan kinerja unit

BAB IV
PENGERTIAN

1. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah derajat pelayanan yang memenuhi kebutuhan masyarakat yang dilaksanakan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kesehatan yang menggunakan sumber daya yang tersedia, wajar, efisien dan efektif serta memberikan keamanan dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan masyarakat.

2. Mutu pelayanan medis adalah Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang pasien sebaik-baiknya melalui pengetahuan yang konsisten sesuai dengan pengetahuan terkini yang selalu berkembang kepada seseorang pasien sebaik-baiknya melalui pengetahuan yang konsisten sesuai dengan pengetahuan terkini yang selalu berkembang.

3. Standar pelayanan medis adalah pencapaian mutu yang ditetapkan berdasarkan pengetahuan terkini yang telah teruji secara ilmiah yang diharapkan bisa dicapai.

4. Kebijakan mutu adalah cara untuk mewujudkan pencapaian mutu pelayanan rumah sakit yaitu: Pelaksanaan pemenuhan standar pelayanan minimal yang berlaku, mengidentifikasi cakupan pelayanan rumah sakit dan kepuasan dan harapan pelanggan, melakukan perbaikan secara berkesinambungan, secara periodik dievaluasi guna mengikuti perkembangan dan kebutuhan.

5. Indikator mutu adalah variabel mutu yang dapat digunakan sebagai pengukuran terhadap pencapaian standar, dapat dievaluasi dari waktu ke waktu dan dapat dipakai sebagai tolok ukur prestasi kuantitatif / kualitatif terhadap perubahan dari standar atau target yang telah ditetapkan sebelumnya dengan selalu memperhatikan hubungan kerjasama para pelaksanan pelayanan dari dokter, tenaga kesehatan dan tenaga lain yang bekerja di rumah sakit.

6. Pengendalian mutu (*quality control*): adalah proses deteksi dan koreksi adanya penyimpangan atau perubahan segera setelah terjadi dalam rangka mempertahankan mutu.

7. Upaya Peningkatan mutu (*quality improvement*): adalah proses deteksi perbaikan mutu pelayanan dengan monitoring pelayanan termasuk mengurangi kesalahan yang belum terjadi maupun yang telah terjadi. Informasi bisa didapat dari rekam medik, informasi *billing*, atau data administrasi lain.

8. *Clinical Pathways* adalah alur asuhan klinis yang dibuat secara kolaboratif semua tenaga kesehatan yanag terlibat untuk memastikan adanya integrasi dan koordinasi yang efektif menggunakan sumber daya yang tersedia secara efisien.

9. Indikator klinis adalah petunjuk penilaian yang menyangkut proses yang berhubungan dengan pelayanan klinis.

10. Indikator manajemen adalah petunjuk penilaian yang menyangkut proses yang berhubungan dengan pelayanan manajemen.

11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

14. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.

15. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

16. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

17. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

18. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

19. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan dicapai.

20. Keselamatan Pasien (*patient safety*) adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi terkait dengan pelayanan kesehatan.

21. Budaya organisasi adalah suatu pola keyakinan, nilai-nilai, perilaku, norma-norma yang disepakati/diterima dan melingkup semua proses sehingga membentuk bagaimana seseorang berperilaku dan bekerja sama.

22. Cedera adalah dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh yang dapat berupa fisik, sosial dan psikologis.

23. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat **KTD** adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

24. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat **KTC** adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak cedera.

25. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat **KNC** adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

26. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat **KPC** adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

27. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

28. Kejadian Sentinel adalah kematian tidak terduga dan tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya (contoh, bunuh diri); kehilangan fungsi utama *(major)* secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya; salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi; penculikan bayi atau bayi yang dipulangkan bersama orang yang bukan orang tuanya.

29. Laporan insiden keselamatan pasien RS internal adalah pelaporan secara tertulis ke Komite Keselamatan Pasien setiap kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera yang terjadi pada pasien untuk dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya.

30. Laporan insiden keselamatan pasien RS eksternal Komite KP-RS adalah pelaporan secara anonim dan tertulis ke Komite KP-RS setiap kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya.

31. *Root Cause Analysis* (RCA) adalah analisis untuk mencari akar masalah dengan pertanyaan “mengapa” secara berulang sampai menemukan akar penyebabnya.

32. *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) adalah metode sistematik dengan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi dan mencegah problem sebelum terjadi.

BAB V
KEBIJAKAN

Pelaksanaan peningkatan mutu dan Keselamatan pasien harus mengacu pada pada Kebijakan Pimpinan serta pedoman dan Program Kerja Peningkatan Mutu dan dan Keselamatan Pasien.

1. Penyelenggaraan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang telah dibentuk dan bertanggung jawab langsung kepada Pimpinan rumah sakit.
2. Penyelenggaraan Peningkatan mutu dilaksanakan oleh komite mutu yang telah dibentuk dan bertanggung jawab kepada ketua komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan dengan semua penyelenggaraan dan pengawasan serta evaluasi upaya peningkatan mutu.
3. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilaksanakan oleh Subkom KPRS yang telah dibentuk dan bertanggung jawab kepada ketua komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien berkaitan dengan semua kegiatan atau yang berhubungan dengan Keselamatan Pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa.
4. Penyelenggaraan manajemen resiko dilaksanakan oleh Subkom manajemen resiko yang telah dibentuk dan bertanggung jawab kepada ketua komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien berkaitan dengan pencegahan terjadinya resiko kerja di lingkungan rumah sakit.
5. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Kerja (PMKP) RSAU dr. Esnawan Antariksa tidak terlepas dari upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien bermutu dan memberi rasa aman bagi pasien dan keluarganya.
6. Hasil rekomendasi Komite PMKP dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan keselamatan pasien rumah sakit, menjadi acuan pertimbangan Pimpinan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam menetapkan kebijakan berkaitan dengan upaya peningkatan mutu rumah sakit.
7. Penilaian indikator merupakan alat bantu dalam upaya mengevaluasi dan sebagai indikator sejauh mana keberhasilan program yang telah dilaksanakan serta sebagai evaluasi guna membantu memecahkan permasalahan bila di dapatkan menurunnya nilai indikator.

8. Verifikasi data dilaksanakan sebagai pertimbangan keabsahan/ validitas data guna memberikan informasi yang tepat dan akurat agar hasil analisa dan rekomendasi komite PMKP dapat sebagai acuan Pimpinan rumah sakit dalam menetapkan kebijakan.

9. Ketua Komite PMKP dapat menyelenggarakan rapat koordinasi setiap bulannya guna mensosialisasikan kebijakan Pimpinan rumah sakit berkaitan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan/ masukan dan masing- masing unit pelayanan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.
10. Pelaksanaan penilaian indikator dan evaluasi dilaksanakan oleh Komite mutu sebagai bagian dari komite PMKP dan akan diteruskan kepada kepala rumah sakit sebagai upaya mengevaluasi sejauh mana penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan sebagai data pendukung guna menentukan langkah lebih lanjut.
11. Pelaksanaan pengumpulan dan mengolah data tidak terlepas dari peran serta IT, guna mendukung terselenggaranya hal tersebut diperlukan penyediaan sarana dan prasarana pendukung IT.
12. Penetapan Indikator Penilaian ditetapkan dalam beberapa bagian meliputi:
    a. Indikator Mutu area Klinis
    b. Indikator Mutu area Manajemen
    c. Indikator Mutu area Sasaran Keselamatan Pasien
    d. Clinical Pathway.
13. Masing-masing Indikator penilaian ditetapkan oleh Pimpinan RSAU dr. Esnawan Antariksa berdasarkan analisa dan survei lapangan yang dilaksanakan Komite Mutu untuk selanjutnya Komite Mutu meneruskan ke Komite PMKP dan kemudian merekomendasikan kepada RSAU dr. Esnawan Antariksa guna menetapkan Kebijakan indikator penilaian.
14. Hasil evaluasi dan analisa indikator penilaian, bila ditemukan hal-hal yang memerlukan perhatian khusus, maka Komite PMKP merekomendasikan berupa saran disertai data pendukung guna memberi pertimbangan Pimpinan RSAU dr. Esnawan Antariksa untuk menetapkan kebijakan lebih lanjut dalam upaya meningkatkan kinerja maupun mutu pelayanan dan keselamatan pasien di lingkungan Rumah Sakit.

BAB VI
PENGORGANISASIAN

1. Komite PMKP terdiri dari 3 Subkom yaitu Subkom Mutu, Subkom Keselamatan Pasien dan Subkom manajemen resiko

2. Subkom mutu bertanggung jawab dalam pemantauan, pengumpulan dan Pengolahan data indikator mutu yang kemudian dirapatkan dengan komite PMKP untuk menyusun analisa dan tindak lanjut rekomendasi. Serta pemantauan pelaksanaan panduan praktek klinis dan *clinical pathway* yang dilaksanakan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bersangkutan serta bekerja sama dengan komite medik.

3. Subkom Keselamatan pasien bertanggungjawab dalam hal pendataan kejadian insiden di setiap unit kerja dan pelaporan oleh komite PMKP kepada kepala rumah sakit.

4. Subkom manajemen resiko bertanggungjawab dalam hal menghimpun resiko- resiko yang mungkin terjadi di setiap unit kerja, melakukan *risk grading* dan dilanjutkan dengan analisis FMEA.

BAB VII

KEGIATAN PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN RS

A. Penilaian Mutu Rumah Sakit

1. Jenis Penilaian

a. Asuhan Klinis

1) Dalam memberikan asuhan klinis diperlukan standarisasi untuk mengurangi risiko di dalam proses asuhan klinis; memberikan asuhan klinis tepat waktu dan dengan menggunakan sumber daya secara efisien; secara konsisten menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi melalui cara-cara berbasis - bukti *(evidence- based);* memperkecil variasi dari hasil yang tidak diharapkan.

2) Pilihan penilaian adalah terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Karena keterbatasan sumber daya, rumah sakit tidak dapat mengumpulkan data untuk mengukur segala sesuatu yang diinginkan. Maka dipilihlah proses klinis, manajerial dan keselamatan pasien serta hasil mana yang paling penting untuk diukur berdasarkan misi, kebutuhan pasien dan layanan yang mereka sediakan. Oleh karena itu, pengukuran sering kali difokuskan pada proses-proses yang resiko tinggi bagi pasien, sering sekali dilakukan atau yang rawan masalah. Pemimpin rumah sakit bertanggungjawab menetapkan seleksi terakhir ukuran penting apa saja yang akan dimasukkan dalam kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan mutu. Kegiatan penentuan prioritas dilakukan di tingkat unit/bagian karena permasalahan ada atau muncul pada tingkat. Masalah yang menjadi prioritas ini kemudian dijadikan indikator mutu dan dibuatkan pengukuran sehingga memudahkan untuk memantau dan mengevaluasi hasil perbaikan. Hal-hal yang menjadi dasar pertimbangan penentuan prioritas adalah :

1. Masalah yang paling banyak di Rumah Sakit (*high risk*)
2. Jumlah yang banyak (*high volume*)

3. *High Cost*
4. *High Process*
5. Pertimbangan Ketidakpuasan pasien dan staf (*customer and staff disatisfication*)
6. Kemudahan dalam pengukuran
7. Berhubungan dengan ketentuan pemerintah
8. Keseuaian dengan tujuan strategis Rumah Sakit
9. Faktor dampak pengalaman yang lebih baik kepada pasien (*patient experience*)

Hasil penentuan prioritas di tingkat unit/bagian dikumpulkan di komite PMKP untuk selanjutnya dibuatkan prioritas tersebut dengan kriteria prioritas. Penentuan prioritas masalah tingkat rumah sakit dilakukan oleh komite PMKP bersama kepala rumah sakit dan unit/bagian terkait. Hasil penentuan prioritas tingkat masalah nantinya menjadi indikator mutu rumah sakit. Sementara masalah-masalah yang tidak menjadi prioritas akan menjadi indikator mutu unit.

3) Tiap tahun ditentukan minimal 5 diagnosis penyakit dan atau prosedur tindakan medis yang menggunakan Pedoman praktek klinis sebagai alat yang berguna dalam upaya memahami dan menerapkan ilmu pengetahuan terbaik pada waktu menegakkan diagnosis atau kondisi. Selain itu dapat dipakai Alur asuhan klinis *(clinical care pathways)* yang merupakan alat yang bermanfaat dalam upaya ini untuk memastikan adanya integrasi dan koordinasi yang efektif dari pelayanan dengan menggunakan secara efisien sumber daya yang tersedia secara efisien. Pedoman praktek klinis, alur asuhan klinis, dan protokol klinis adalah relevan dengan populasi dari pasien rumah sakit dan misinya adalah :

a) Dipilih dari yang dianggap cocok dengan pelayanan dan pasien rumah sakit (bila ada, pedoman nasional yang wajib dimasukkan dalam proses ini);
b) sesuai dengan populasi pasien rumah sakit
c) disusun secara kolaboratif dari multi disiplin tenaga kesehatan rumah sakit
d) sesuai dengan teknologi, obat-obatan, dan sumber daya lain di rumah sakit atau dengan norma profesional yang diterima secara nasional
e) diterapkan dan di monitor agar digunakan secara konsisten dan efektif;
f) didukung oleh staf terlatih melaksanakan pedoman/*pathways*;
g) diperbaharui secara berkala berdasarkan perubahan dalam bukti dan hasil evaluasi dari proses dan hasil (*outcomes*)

b. Penilaian Fungsi Klinis

Berdasarkan data dan informasi pelayanan klinis di rumah sakit yang berkaitan dengan:

1) Asesmen Pasien
2) Pelayanan Laboratorium
3) Pelayanan Radiologi dan Diagnostik *Imaging*
4) Kesalahan Medikasi *(medication error)* dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
5) Ketersediaan, Isi dan Penggunaan Rekam medik Pasien

Dalam melakukan penilaian klinis, selalu dipertimbangkan:

1) Keselamatan pasien berdasarkan ilmu pengetahuan dan bukti yang telah diakui secara nasional dan/atau internasional terkini.
2) Risiko yang ada di proses,
3) Prosedur yang sering menimbulkan banyak masalah atau dilakukan dengan volume tinggi,
4) Hasil yang dapat dengan jelas dikenali dan yang dalam kendali rumah sakit.

Frekuensi pengumpulan data dikaitkan dengan berapa sering proses/ prosedur tertentu dijalankan. Data semua kasus atau sample dari kasus yang dibutuhkan untuk menunjang kesimpulan dan rekomendasi dikumpulkan dalam jumlah yang cukup.

c. Penilaian Fungsi Manajemen

Diantaranya yaitu terkait :

1) Pengadaan Rutin Peralatan Kesehatan dan Obat penting untuk Memenuhi Kebutuhan pasien
2) Manajemen Risiko
3) Manajemen Penggunaan Sumber Daya
4) Harapan dan Kepuasan pasien dan Keluarga
5) Harapan dan Kepuasan Staf
6) Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis

d. Penilaian Kinerja Unit Kerja

Penilaian kinerja unit kerja di masing-masing unit kerja yang ada di rumah sakit disesuaikan dengan kegiatan sehari-hari dan berfokus pada peningkatan kinerja unit yang berdampak efisien dan efektif serta selalu menjaga keselamatan pasien. Penentuan indikator kinerja unit diusulkan oleh kepala unit kepada pimpinan atasan langsung di jajarannya.

2. Profil Indikator

Pemilihan profil indikator adalah seragam dengan ketentuan:

JUDUL INDIKATOR
DASAR PEMIKIRAN
DIMENSI MUTU
TUJUAN
DEFINISI OPERASIONAL
JENIS INDIKATOR
SATUAN PENGUKURAN
NUMERATOR (PEMBILANG)
DENOMINATOR (PENYEBUT)
TARGET
KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI
FORMULA
METODE PENGUMPULAN DATA
SUMBER DATA
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA
POPULASI/SAMPEL
PERIODE PENGUMPULAN DATA
PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA
PENYAJIAN DATA
PENANGGUNGJAWAB

3. Pimpinan rumah sakit akan menentukan pilihan terakhir dari indikator kunci yang digunakan dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.
4. Apabila indikator yang sudah tidak lagi bermanfaat untuk melakukan analisis terhadap proses, prosedur atau hasil *(outcome)*, maka harus dibuat indikator baru yang mempunyai daya ungkit peningkatan mutu yang lebih baik.

B. Penilaian Mutu Unit Rumah Sakit

Pilihan penilaian adalah terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Karena keterbatasansumber daya, rumah sakit tidak dapat mengumpulkan data untuk mengukur segala sesuatu yang diinginkan. Maka dipilihlah proses klinis, manajerial dan keselamatan pasien serta hasil mana yang paling penting untuk diukur berdasarkan misi, kebutuhan pasien dan layanan yang mereka sediakan.

Oleh karena itu, pengukuran sering kali difokuskan pada proses-proses yang bereriko tinggi bagi pasien, sering sekali dilakukan atau yang rawan masalah. Pemimpin rumah sakit bertanggungjawab menetapkan seleksi terakhir ukuran penting apa saja yang akan dimasukkan dalam kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan mutu. Kegiatan penentuan prioritas dilakukan di tingkat unit/bagian karena permasalahan ada atau muncul pada tingkat. Masalah yang menjadi prioritas ini kemudian dijadikan indikator mutu dan dibuatkan pengukuran sehingga memudahkan untuk memantau dan mengevaluasi hasil perbaikan. Hal-hal yang menjadi dasar pertimbangan penentuan prioritas adalah (QPSP The

University of Toledo Medikal Center, 2011) :

1. Memiliki resiko tinggi (*high risk*)
2. Sering sekali dilakukan (*high volume*)
3. Merupakan rawan masalah (*problem prone*)
4. Penting untuk mewujudkan misi rumah sakit (*important to mission*)
5. Kepuasan pelanggan (*customer statisfication*)
6. Kepuasan staf (*staff statisfication*)
7. Kepuasan dokter (*physician statisfication*)
8. Keluaran klinis (*clinical outcome*)
9. Keamanan (*safety*)
10. Memenuhi persyaratan / peraturan yang berlaku.

Hasil penentuan prioritas di tingkat unit/bagian dikumpulkan di komite PMKP untuk selanjutnya dibuatkan prioritas tersebut dengan metode penetapan prioritas dan analisis data. Penentuan prioritas masalah tingkat rumah sakit dilakukan oleh komite PMKP bersama kepala rumah sakit dan unit/ bagian terkait. Hasil penentuan prioritas tingkat masalah nantinya menjadi indikator mutu rumah sakit. Sementara masalah- masalah yang tidak menjadi prioritas akan menjadi indikator mutu unit.

Profil indikator adalah seragam dengan ketentuan:

JUDUL INDIKATOR
DASAR PEMIKIRAN
DIMENSI MUTU
TUJUAN
DEFINISI OPERASIONAL
JENIS INDIKATOR
SATUAN PENGUKURAN
NUMERATOR (PEMBILANG)
DENOMINATOR (PENYEBUT)
TARGET
KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI
FORMULA
METODE PENGUMPULAN DATA
SUMBER DATA
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA
POPULASI/SAMPEL
PERIODE PENGUMPULAN DATA
PERIODE ANALISIS DAN PELAPORAN DATA
PENYAJIAN DATA
PENANGGUNGJAWAB

C. Sasaran Keselamatan Pasien

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien dengan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi dan adanya penentuan sesuai dengan kondisi tempat di rawat darurat, rawat inap, rawat jalan dan kamar operasi serta ketentuan sesuai kondisi pasien.

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif.

Komunikasi antar pemberi layanan di rumah sakit perlu dilakukan secara efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi efektif dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis.

3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medikations*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan /*error* dan atau kejadian sentinel *(sentinel event),* obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan *(adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike* / LASA).Pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat.

4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi harus terlaksana dengan baik.

a. Komunikasi yang efektif dan ade kuat antara anggota komite bedah. Ada penandaan dengan tanda yang segera dapat dikenali pada lokasi operasi oleh orang yang akan melakukan tindakan, melibatkan pasien dan harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit

b. Selalu ada proses verifikasi lokasi operasi.

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Cuci tangan *(hand hygiene)* yang tepat sebagai pokok eliminasi infeksi yang terkait pelayanan kesehatan harus terlaksana secara efektif dan menyeluruh di lingkungan rumah sakit, baik petugas rumah sakit maupun personil non rumah sakit yang berada di lingkungan rumah sakit.

6. Pengurangan risiko pasien jatuh.

Setiap pasien harus dilakukan proses untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

D. Langkah-Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Langkah-langkah keselamatan pasien harus dilaksanakan secara komprehensif dan menyeluruh di semua bagian di rumah sakit:

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan memberi pengetahuan tentang keselamatan pasien:

a. Sosialisasi mengenai keselamatan pasien pada semua petugas di rumah sakit dan tentang Apa yang harus dilaporkan.
b. Kondisi potensial terjadi cedera.
c. Kejadian nyaris terjadi cedera.
d. Kejadian yang sudah terjadi, baik cedera maupun tidak.
e. Pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
f. Saling berdiskusi tentang keselamatan pasien di antara rekan sepekerjaan.

2. Membangun budaya keselamatan pasien dengan cara:
   a. Pengarahan tentang keselamatan pasien juga dilakukan oleh pimpinan dengan kunjungan para eksekutif secara teratur, pertemuan staf dan pasien.
   b. Mendorong staf untuk memberi gagasan-gagasan peningkatan keselamatan pasien.
   c. Komunikasi dan umpan balik yang baik agar staf memahami kontribusi dan terdorong untuk berpartisipasi.

3. Komitmen untuk menjalankan keselamatan pasien rumah sakit:
   a. Personil penggerak keselamatan pasien berperan dalam gerakan keselamatan pasien
   b. Isu keselamatan pasien termasuk dalam agenda rapat-rapat manajemen rumah sakit.
   c. Penelaahan insiden keselamatan pasien berfokus pada mengapa hal tersebut terjadi dan bukan sekedar siapa yang terlibat.
   d. Staf diperlakukan secara adil dan mendapat dukungan bila terjadi insiden keselamatan pasien.
   e. Staf dapat berbicara kepada rekan kerja serta para pimpinan rumah sakit tentang insiden keselamatan pasien dimana mereka terlibat di dalamnya.

4. Sistem dan proses pengelolaan risiko dijalankan untuk hal-hal yang potensial bermasalah :
   a. Penelaahan struktur dan proses dalam manajemen risiko klinis dan non klinis terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
   b. Monitoring indikator-indikator bagi sistem pengelolaan risiko disampaikan kepada pimpinan rumah sakit.
   c. Risiko keselamatan pasien secara teratur masuk dalam proses asesmen risiko rumah sakit.

Pelaporan insiden keselamatan pasien berjalan terus menerus:

a. Menggunakan form baku untuk pelaporan yang dipahami semua petugas kesehatan rumah sakit dalam waktu 1 X 24 jam untuk kasus sentinel dan maksimal 2 x 24 jam untuk insiden keselamatan pasien yang bukan sentinel.
b. Menghargai petugas yang melaporkan insiden keselamatan pasien sebagai bahan pelajaran yang penting dengan menghindari hukuman (*blaming*).

5. Libatkan pasien dan keluarga bila telah terjadi insiden secara terbuka dengan memberikan informasi yang benar dan jelas dan menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.
6. Pembelajaran dari insiden keselamatan pasien:
   a. Analisis akar masalah dilakukan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Komite PMKP) untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian muncul, sehingga dapat dicegah untuk tidak terjadi kembali.
   b. Identifikasi unit lain yang mungkin terkena dampak di masa mendatang dan pengalaman dibagikan secara lebih luas.
7. Solusi dari pembelajaran insiden keselamatan pasien diterapkan:
   a. Informasi solusi setempat berupa perubahan berdasarkan pengalaman insiden harus disampaikan secara benar dan jelas berdasarkan dari pelaporan insiden, asesmen risiko, kajian insiden dan analisis.
   b. Bila perlu melakukan penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan atau kegiatan klinis termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
   c. Asesmen risiko dilaksanakan pada setiap perubahan yang di rencanakan.
   d. Sosialisasi solusi dilakukan oleh Komite PMKP untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
   e. Umpan balik diberikan oleh staf terhadap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan kepada Komite PMKP.

BAB VIII

METODE KEGIATAN

A. PDSA

Metode kegiatan dilakukan dengan pola *Plan – Do – Study – Act* / PDSA yang dapat berulang sampai tujuan yang diinginkan tercapai.

PLAN (P)	Perbaikan/ Pengumpulan data memutuskan apa yang dapat membantu.
DO (D)	Melakukan perbaikan pengumpulan data/analisa data.
STUDY (S)	Study data untuk perbaikan Proses, Analisa hasil perbaikan dokumentasi hasil perubahan jika perlu modifikasi perubahan dan kemungkinan
ACT (A)	Lakukan *continue Improvement.*

PLAN

1. Redesain proses atau kembangkan proses yang sudah ada.
2. Tentukan bagaimana cara melakukan uji coba proses yang baru.
3. Identifikasi metoda penghitungan yang dapat digunakan untuk mengkaji kesuksesan strategi
4. Tentukan cara untuk mengumpulkan penghitungan kesuksesan
5. Libatkan orang yang tepat dalam proses yang dikembangkan dan diuji coba

DO

1. Lakukan uji coba pada proses baru, dianjurkan skala kecil terlebih dahulu.
2. Kumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur keberhasilan uji coba.

STUDY

1. Kaji hasil yang didapat
2. Putuskan apakah proses yang diuji coba berhasil atau tidak
3. Identifikasi pelajaran atau pengalaman yang didapat.

ACT

1. Implementasikan proses secara permanen untuk keseluruhan, atau
2. Lakukan perubahan ulang dan lakukan kembali uji coba, atau
3. Tinggalkan proses dan buat proses baru untuk diuji coba

B. Pertemuan

1) Pertemuan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, rumah sakit dilakukan minimal tiap 1 bulan dan 3 bulan sekali dengan agenda acara membahas perencanaan program dan pertemuan selanjutnya adalah untuk membahas proses dan hasil kegiatan.

2) Pertemuan proses dan evaluasi penggunaan panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathways* diselenggarakan tersendiri, sedangkan pembahasan tentang indikator klinis, manajemen dan unit kerja dapat diselenggarakan pada waktu yang sama.
3) Materi pembahasan dalam pertemuan a.l:
   a. Cara pemilihan indikator, siapa yg terlibat, hambatan & kendala
   b. Bagaimana data dikumpulkan
   c. Analisis data, interpretasi
   d. Memastikan data tersebut secara *objective* dapat dijadikan informasi
   e. Pelaksanaan validasi data
   f. Desiminasi temuan
   g. Menetapkan tindakan aksi (*action plan)*
   h. Melakukan monitoring kinerja/perbaikan
   i. Monitoring data ini telah digunakan untuk :
      1. identifikasi area potensial
      2. peningkatan,
      3. membuat perencanaan,
      4. melaksanakan kegiatan dan
      5. menunjukan kinerja yang berkelanjutan

C. Pengumpulan Data

1) Asuhan Klinis:
   Melakukan audit medis untuk monitor kepatuhan penggunaan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathways*.
2) Pemantauan indikator klinis, manajemen dan kinerja unit kerja dilakukan dengan pencatatan capaian sesuai dengan profil indikator yang ditentukan.
3) Strategi pengumpulan data sesuai dengan karakter data dari masing-masing indikator yaitu:
   a. Surveilens kasus
   b. Sensus harian dari ceklis
   c. Sensus harian dengan ronde kendali mutu
   d. Kuesioner
   e. Audit rekam medis
   f. Pengumpulan jumlah kasus
   g. Data laporan yang ada
4) Pemantauan Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien
   a. Monitoring Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

      Pemantauan pelaksanaan keselamatan pasien dilakukan secara terukur dan terus menerus untuk mempertahankan semua personil yang terlibat di rumah sakit tetap konsisten untuk menjalankannya prosedur-prosedur keselamatan pasien di rumah sakit.

b. Monitoring Kejadian Sentinel

Kejadian yang termasuk dalam Kejadian Sentinel sebagai berikut:

1. kematian tidak terduga dan tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya *(contoh bunuh diri)*

2. kehilangan fungsi utama *(major)* secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya
3. salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi; dan
4. penculikan bayi atau bayi yang dipulangkan bersama orang yang bukan orang tuanya

Semua kejadian yang memenuhi definisi tersebut dilakukan asesmen dengan melakukan analisis akar masalah *(root cause analysis = RCA)*. Jika RCA mengungkap bahwa perbaikan sistem atau tindakan lain yang dapat mencegah atau mengurangi risiko agar kejadian sentinel tidak terulang kembali, maka rumah sakit merancang kembali proses serta mengambil berbagai tindakan yang seharusnya

c. Monitoring Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)

Kejadian Tidak Diinginkan yang harus dilakukan analisis intensif antara lain meliputi kejadian:

1. Semua reaksi transfusi yang terjadi di rumah sakit.
2. Semua kesalahan obat yang signifikan, yaitu yang menyebabkan cedera sedang, berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual secara reversibel dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya; kasus memperpanjang perawatan.
3. Semua kesalahan medis *(medikal error)* yang signifikan, yaitu yang menyebabkan cedera sedang, berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual secara reversibel dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya; kasus yang memperpanjang perawatan.
4. Semua ketidak cocokan yang besar *(major)* antara diagnosis pre-operasi dan pasca-operasi.
5. Kejadian tidak diharapkan (KTD) atau pola kejadian yang tidak diharapkan selama pemberian sedasi moderat dan anestesi

6. Kejadian lain, seperti wabah penyakit infeksi *(infection outbreak)*

d. Monitoring Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Dalam upaya secara proaktif mempelajari kemungkinan sistem lemah terhadap komitebulnya KTD, Komite KPRS sebagai bagian dari komite PMKP mengumpulkan data dan informasi semua kejadian yang digolongkan

sebagai KNC dan mengevaluasinya dalam rangka mencegah kemungkinan terjadi. Pelaporan digunakan dan dikumpulkan untuk dianalisis guna mempelajari perubahan proses proaktif apa yang diperlukan untuk mengurangi atau menghilangkan KNC atau kejadian lain yang terkait. Kejadian nyaris cedera antara lain meliputi kejadian:

1. Reaksi alergi, interaksi obat, perubahan keseimbangan pasien yang dapat menimbulkan risiko jatuh yang merupakan akibat dari efek samping obat.
2. Kesalahan obat yaitu kesalahan nama obat, dosis obat, sediaan obat dari Farmasi yang diketahui sebelum diberikan kepada pasien di ruang rawat inap
3. Kesalahan pemberian obat yaitu kesalahan dosis, rute pemberian dan waktu pemberian
4. Kesalahan hasil laboratorium

D. Validasi Data

1. Program peningkatan mutu dianggap valid jika sesuai data yang dikumpulkan. Penilaian terpercaya jadinya merupakan inti dari semua program peningkatan. Untuk memastikan bahwa data yang benar, bermanfaat telah dikumpulkan, maka dilakukan validasi data secara internal. Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan *(confidence level)* para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri.
2. Validasi data dilakukan pada kondisi :
   a) Indikator baru diterapkan khususnya, indikator klinis yang dimaksudkan untuk membantu rumah sakit melakukan evaluasi dan meningkatkan proses atau hasil klinis yang penting).
   b) Agar diketahui publik, data dimuat di web site rumah sakit atau dengan cara lain yaitu menggunakan monitor elektronik, surat edaran.
      1) Data yang berasal dari indikator yang ada telah diubah tanpa ada penjelasan
      2) Sumber data telah diubah, seperti kalau sebagian dari rekam medis pasien digantikan dengan format elektronik sehingga sumber data sekarang berupa
      3) kertas maupun elektronik
      4) Subyek dari pengumpulan data telah diubah, seperti perubahan umur rata- rata pasien, komorbiditas, penerapan pedoman praktek yang baru, atau teknologibarudan metodelogi baru diperkenalkan/dilaksanakan.
      5) Jika pimpinan rumah sakit mempublikasikan data dari hasil (*outcome*) upaya klinis, keselamatan pasien atau bidang-bidang lain seperti di website rumah sakit, maka rumah sakit mempunyai tanggung jawab secara etik untuk memberikan informasi akurat dan terpercaya kepada

publik. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan bahwa data yang disampaikan adalah akurat dan dapat dipercaya.

6) Reliabilitas ini dapat dibentuk melalui proses validasi data secara internal di rumah sakit maupun dapat dinilai secara independen oleh pihak ketiga.

3. Elemen penting dari validasi data yang terpercaya mencakup sebagai berikut :
   a) Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya.
   b) Menggunakan sample statistik sahih dari catatan, kasus dan data lain. Sample 100 % dibutuhkan hanya jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya. Apabila jumlah sample besar validasi diambil10% nya.
   c) Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang.
   d) Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
   e) Jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama, dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi.
   f) Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

E. Analisis Data

Proses analisis dilakukan dengan cara statistik yang sesuai dengan data yang ada,anata lain:

1) Rata-rata, formulanya :

   Numerator (pembilang): penambahan seluruh angka (4,7,8,3,8,6,5)Denominator (penyebut): total angka (7)

   Rata-rata $\frac{(4+7+8+3+8+6+5)}{7}$

2) Median adalah angka yang berada di tengah setelah ditata dari angka terkecilsampai angka terbesar
3) Mode adalah nilai yang sering muncul
4) Rentang nilai
5) Jumlah kasus
6) Diagram tulang ikan untuk memetakan kemungkinan penyebab masalah mutu
   - *Man – Material – Machine – Method*
7) Grafik, *Pareto chart, control chart*

Metode Analisis Insiden Keselamatan Pasien

1. Grading risiko dari insiden yang terjadi berdasarkan dari probabilitas dan dampak klinis yang terjadi.

PROBABILITAS /FREKUENSI / LIKELIHOOD

Level	Frekuensi	Kejadian aktual
1	Sangat Jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat Sering	Terjadi dalam minggu / bulan

DAMPAK KLINIS / *CONSEQUENCES / SEVERITY*

Level	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	*Insignificant*	Tidak ada cedera
2	*Minor*	Cedera ringan Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,
3	*Moderate*	Cedera sedang Berkurangnya fungsi motorik / sensorik psikologis atau intelektual secara reversibe dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	*Major*	Cedera luas / berat Kehilangan fungsi utama permanent (motori sensorik, psikologis, intelektual)/ irreversibel tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya
5	*Cathastropic*	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit yang mendasarinya

MATRIKS DERAJAT RISIKO

Frekuensi	*Potencial Concequences*				
	Insignificant 1	*Minor 2*	*Moderate 3*	*Major 4*	*Catastropic 5*
Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg /bln) 5	Sedang	Sedang	Tinggi	*Extreme*	*Extreme*
Sering terjadi (Bebrp x /thn) 4	Sedang	Sedang	Tinggi	*Extreme*	*Extreme*
Mungkin terjadi (1-2 thn/x) 3	Rendah	Sedang	Tinggi	*Extreme*	*Extreme*
Jarang terjadi (2-5 thn/x) 2	Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	*Extreme*
Sangat jarang sekali (>5 thn/x) 1	Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	*Extreme*

2. Atasan langsung harus langsung melaporkan kejadian insiden kepada komite KPRS dan diteruskan ke komite PMKP kemudian dilakukan grading resiko. Dalam waktu 1 minggu untuk risiko rendah dan 2 minggu untuk risiko sedang harusdilakukan investigasi sederhana. Bila risiko grading termasuk tinggi dan extreme maka atasan langsung melaporkan ke Komite KPRS untuk dilakukan investigasi secara intensif dalam waktu maksimal 45 hari.
3. Analisis secara sederhana dengan mendata kejadian, penyebab langsung dan hal- hal yang berhubungan dengan kejadiannya.
4. Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis=RCA)* untuk insiden keselamatan pasien.

   a. Analisis akar masalah adalah analisis insiden dicari akar masalah dengan menyelidiki:
      1) Identifikasi insiden yang akan diinvestigasi
      2) Kumpulkan data
      3) Petakan kronologi kejadian
      4) Identifikasi masalah
      5) Apa yang harusnya terjadi (kebijakan).

   b. Analisis informasi/mengapa terjadi dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegahnya agar tidak terjadi kembali. Penyebab insiden bisa terjadi karena:

1) Penyebab langsung yaitu kejadian-kejadian atau kondisi-kondisi yang
2) terjadi sebelum terjadinya insiden yang secara langsung menyebabkan kejadian tersebut.
3) Akar masalah adalah dasar penyebab yang tidak dapat diidentifikasi lagi penyebab yang lain dan merupakan satu dari faktor multipel (kejadian, kondisi, faktor organisasi) yang perlu digali yaitu:
   a) Komunikasi
   b) Faktor Komite : koordinasi, kinerja Komite
   c) Faktor Staf : kompetensi, kehandalan/skill, kurang pelatihan
   d) Faktor tugas : salah tulis unit/kuantitas, salah tulis resep,persiapanoperasi tdk memakai SPO, dsb
   e) Faktor lingkungan kerja : alat rusak, TT tanpa penghalang (pasien jatuh)
   f) Faktor Organisasi-Manajemen : keterbatasan SDM
   g) Faktor Pasien : kerjasama kurang.
4) Bagaimana dapat diketahui tindakan yang dapat meningkatkan keselamatanpasien (ukuran) berupa rekomendasi dan rencana kerja untuk perbaikan.

5. Analisis FMEA pada kasus-kasus KNC untuk mengurangi atau menghilangkan KNC atau kejadian lain yang terkait yaitu melalui tahapan-tahapan proaktif: penentuan diagram proses, kajian KNC dan menentukan efeknya pada pasien, menentukan prioritas KNC yang ada, identifikasi akar masalah dari KNC dan
   desain ulang proses, menganalisis dan menguji proses baru dan akhirnya implementasi dan monitor proses baru.
6. Hasil analisis data digunakan untuk melakukan komunikasi efektif potensi perbaikan atau untuk mengurangi (atau mencegah) KTD. Penilaian data secara rutin atau data yang diperoleh dari hasil asesmen intensif menjadi dasar perbaikan yang perlu direncanakan termasuk pemberian prioritasnya. Semua perbaikan yang dicapai didokumentasikan dan dipertahankannya.

F. Rancangan Proses Baru

1) Proses baru atau modifikasinya menggunakan unsur rancangan berasal dari sumber pihak berwenang, termasuk undang-undang dan peraturan yang berlaku. Termasuk dalam sumber yang berasal dari pihak berwenang ini adalah pedoman pelayanan klinis, standar nasional, norma dan sumber informasi lain.

2) Rancangan proses yang baru atau modifikasinya mungkin juga memperoleh informasi dari pengalaman orang lain dalam praktek klinis yang dianggap baik/lebih baik/sangat baik. Praktek yang demikian dievaluasi oleh rumah sakit, dan praktek yang relevan dapat digunakan serta diuji.

3) Rancangan proses yang baik adalah :

a. Konsisten dengan misi dan rencana rumah sakit;
b. Memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, staf dan lainnya;
c. Menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan klinis, kepustakaanilmiah dan berbagai informasi berbasis bukti yang relevan dalam hal rancangan praktek klinis;
d. Sesuai dengan praktek business yang sehat;
e. Memperkomitebangkan informasi dari manajemen risiko yang relevan;
f. Dibangun pengetahuan dan keterampilan yang ada di rumah sakit;
g. Dibangun praktek klinis yang baik/lebih baik/sangat baik dari rumah sakit lain;
h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan terkait;

4) Rancangan proses baru diintegrasikan dari berbagai proses dengan sistem.

5) Bila sebuah rumah sakit merancang proses baru, maka harus ditentukan indikator yang sesuai dari proses baru tersebut dan data harus dikumpulkan untuk mengetahui apakah proses berjalan sesuai yang diharapkan.

BAB IX

PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. Pencatatan Data Mutu

1. Data sensus harian dilakukan dan disimpan di unit kerja
2. Data kuesioner dilakukan dengan form kuesioner dan dilaksanakan oleh PIC unit.
3. Data monitoring *clinical pathways* dilakukan dengan form *clinical pathway* yang disimpan bersama dengan berkas rekam medis pasien.
4. Data monitoring panduan praktik klinis berdasarkan catatan medik di rekam medik
5. Data catatan indikator mutu klinis, indikator manajemen dan indikator mutu unit kerja dilakukan dengan:

   a. Sensus harian di unit kerja yang bersangkutan untuk data yang dibutuhkan,

   b. Pencatatan sesuai kejadian bila data tidak terjadi setiap hari,

c. *Survey* disesuaikan dengan data yang dibutuhkan.

B. Pelaporan

1. Laporan monitoring mutu dilakukan oleh penanggung jawab masing-masing dan diserahkan ke Komite Mutu dalam batasan waktu sesuai dengan ketentuan.

2. Pelaporan insiden keselamatan pasien

a. Pelaporan internal

Pelaporan internal adalah mekanisme/alur pelaporan keselamatan pasien di internal rumah sakit yang bertujuan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*). Empat Prinsip Penting Pelaporan Insiden:

a) Fungsi utama pelaporan insiden adalah untuk meningkatkan Keselamatan Pasien melalui pembelajaran dari kegagalan / kesalahan.
b) Pelaporan Insiden harus aman. Staf tidak boleh dihukum karena melapor.
c) Pelaporan Insiden hanya akan bermanfaat kalau menghasilkan respons yang konstruktif. Minimal memberi umpan balik tentang data KTD & analisisnya. Idealnya, juga menghasilkan rekomendasi utk perubahan proses atau SPO dan sistem.
d) Analisis yang baik & proses pembelajaran yang berharga memerlukan keahlian/ketrampilan. Komite KPRS perlu menyebarkan informasi, rekomendasi perubahan, pengembangan solusi.

Setiap insiden sentinel, KTD dan KTC yang harus dilaporkan secara internal kepada atasan langsung dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan seperti tercantum pada lampiran.

Setiap Kondisi Potensial cedera dan Insiden yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit harus dilaporkan secara internal kepada atasan langsung dalam waktu paling lambat 2x24 jam Komite PMKP melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Pimpinan RS setiap 1 dan 3 bulan dan pada setiap kejadian yang memerlukan tindak lanjut segera

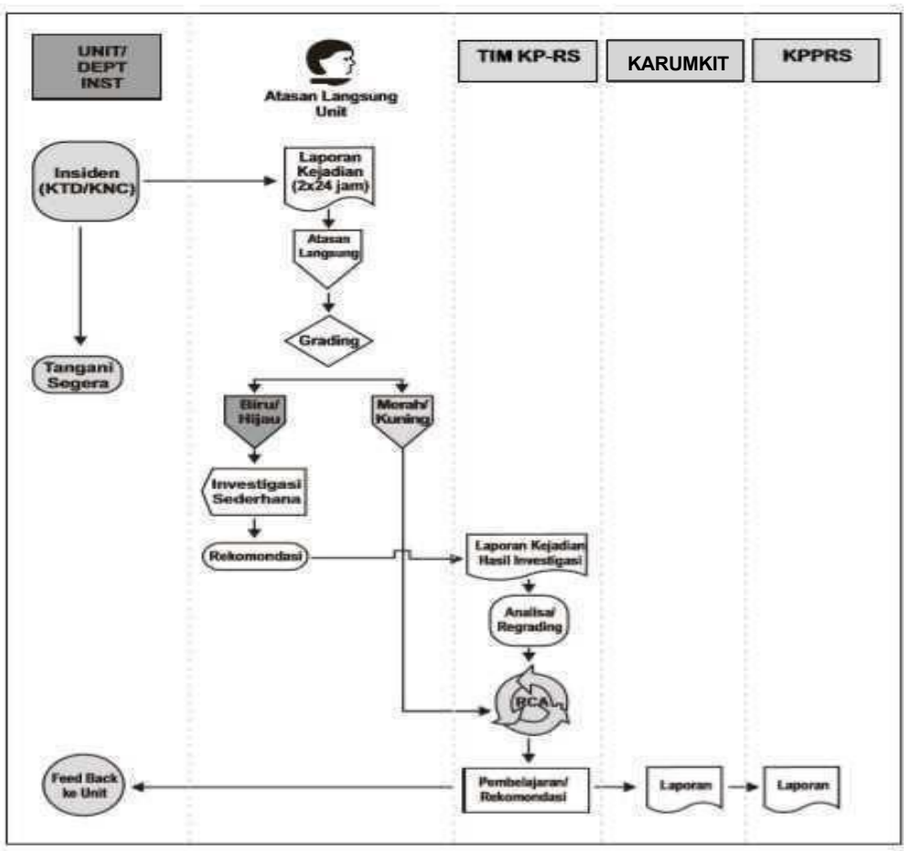
a. Pelaporan eksternal adalah pelaporan insiden kepada Dinas Kesehatan Kota dan Dinas Kesehatan :
    1) Mencakup KTD, KNC, dan KTC setelah dianalisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari Komite PMKP.
    2) Harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.
b. Pelaporan sesuai dengan format terlampir.
c. Pelaporan secara tertulis sesuai format laporan seperti tercantum pada lampiran dan berlaku ketentuan sebagai berikut:
    1) JANGAN melaporkan i*ncident* lebih dari 48 jam.
    2) JANGAN menunda *incident report* dengan alasan di follow up atau ditanda tangani.
    3) JANGAN menambah catatan medis pasien bila telah tercatat dalam *incident report.*

4) JANGAN meletakkan *incident report* Sebagai bagian dari rekammedik pasien.
5) JANGAN Membuat *copyincident report* untuk alasan apapun.
6) CATATLAH keadaan yang tidak diantisipasi.

d. Yang bertanggung jawab melaporkan insiden adalah:
1) Staf RS yang pertama menemukan kejadian.
2) Staf RS yang terlibat dengan kejadian atau atasannya.

e. Alur Pelaporan Insiden

Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien



f. Informasi tentang keselamatan pasien rumah sakit disampaikan kepada staf rumah sakit yaitu melalui rapat staf dan papan pengumuman secara reguler dan juga di publikasikan ke website rumah sakit secara bertanggung jawab.

3. Komite PMKP melakukan laporan khusus dan rekomendasi setiap saat ke Pimpinan rumah sakit bila diperlukan adanya tindak lanjut segera.
4. Komite PMKP membuat laporan bulanan untuk semua kajian mutu dan keselamatan pasien pada setiap awal bulan.
5. Pimpinan rumah sakit melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap 3 bulan sekali.
6. Ulasan analisis dan umpan balik dari Komite PMKP oleh pimpinan rumah sakit di lanjutkan ke jajaran struktural dibawahnya sampai kepala unit untuk perbaikan berkelanjutan.

C. Publikasi Informasi Mutu

Penyebaran informasi tentang pencapaian mutu rumah sakit dilakukan secara reguler yaitu melalui monitor elektronik, rapat staf, surat edaran dan Website. Informasi yang disampaikan adalah hasil monitoring:

1. indikator klinis,
2. indikator manajemen,
3. indikator sasaran keselamatan pasien

BAB X

MONITORING DAN EVALUASI

Rangkaian kegiatan yang akan dilakukan untuk pemantauan indikator mutu adalah

A. Indikator klinis, manajerial dan keselamatan pasien
   1. Pencatatan setiap indikator dilakukan oleh petugas disetiap unit pelayanan yang terkait dengan indikator mutu masing-masing.
   2. Indikator mutu tersebut dicatat setiap hari kemudian direkapitulasi oleh personal *incharge* di unit masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan/unit sebagai validator.
   3. Ketua komite mutu bertanggung jawab mengkoordinasi pengumpulan data indikator mutu yang telah direkapitulasi oleh masing-masing unit pelayanan.
   4. Ketua komite PMKP beserta Subkom mutu bertanggung jawab melakukan analisa dan tindak lanjut atas hasil rekapitulasi data indikator mutu setiap bulannya dan melaporkan rekomendasi kepada kepala rumah sakit.
   5. Ketua komite PMKP dan kepala rumah sakit bertanggung jawab melaporkan hasil indikator mutu dan analisa tindak lanjut kepada pemilik rumah sakit dan dinas kesehatan setiap 3 bulan.

B. Pemantauan pelaksanaan *clinical pathway* adalah :
   1. Penetapan prioritas penyakit yang menggunakan *clinical pathway* dilakukan oleh komite PMKP dan bekerja sama dengan komite medik.
   2. Penetapan penyusunan formulir *clinical pathway berdasarkan* berdasarkan panduan panduan panduan mau dan panduan praktek klinis dilakukan oleh komite penyusun *clinical pathway*.
   3. Pelaksanaan *monitoring* pemantauan pelaksanaan dan pelaporan *clinical pathway* di lakukan oleh komite PMKP.
   4. Pelaksanaan audit *clinical pathway* dilakukan satu bulan sekali dan bekerjasama dengan komite medik.

C. Pemantauan dan pelaporan mutu unit

1. Pencatatan setiap indikator dilakukan oleh petugas disetiap unit pelayanan yang terkait dengan indikator mutu masing-masing.
2. Indikator mutu unit tersebut dicatat setiap hari kemudian direkapitulasi oleh personal *incharge di* unit masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan/unit sebagai validator.
3. Ketua komite mutu bertanggung jawab mengkoordinasi pengumpulan data indikator mutu yang telah direkapitulasi oleh masing-masing unit pelayanan.
4. Ketua komite PMKP beserta Subkom mutu bertanggung jawab melakukan analisa dan tindak lanjut atas hasil rekapitulasi data indikator mutu setiap bulannya dan melaporkan rekomendasi kepada kepala rumah sakit.

D. Pemantauan dan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah ditangani khusus oleh Subkom keselamatan pasien rumah sakit dengan sistem pelaporan satu bulan.

E. Pemantauan manajemen resiko adalah:

1. Penghimpunan data resiko-resiko yang mungkin terjadi dari unit pelayananyang dilakukan oleh Subkom manajemen resiko sebagai bagian dari komite PMKP.
2. Subkom manajemen resiko bertanggunggjawab untuk melaksanakan risk grading menentukan prioritas resiko yang akan dilakukan analisa.
3. Analisa setiap bulan dilakukan di unit terkait dan pelaporan merupakan tanggung jawab Subkom manajemen resiko. Pelaksanaan analisa FMEA terhadap resiko dilakukan 1 tahun sekali dan dipaparkan oleh komite PMKP.
4. Laporan dibuat menggunakan sistem teknologi komputer menggunakan program excel. Laporan bulanan dengan analisa dan tindak lanjut indikator mutu akan direkomendasikan kepada kepala rumah sakit dan akan disosialisasikan kepada seluruh staf, seluruh anggota rumah sakit dan pasien/keluarga. Media yang digunakan untuk sosialisasi melalui rapat staf, media elektronik (website, monitor elektronik) dan surat edaran. Evaluasi 3 bulan mengenai indikator mutu meliputi analisa dan tindak lanjut akan dilaporkan kepada pemilik rumah sakit.

BAB XI

PENUTUP

Demikian pedoman kerja komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa. Pedoman ini diberlakukan sebagai panduan pelaksanaan program kerja peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

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