KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/77/VI/2026

tentang

PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa maka diperlukan adanya Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai Landasan bagi seluruh penyelenggara dan pelaksana pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. sehubungan dengan hal tersebut diatas, perlu ditetapkan Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu di RSAU dr. Esnawan 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;

Memperhatikan: Surat Perintah Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Sprin/1317/VIII/2025 tanggal 29 Agustus 2025 tentang Daftar Nama Anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pemberlakuan Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu.

2. Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana dimaksud dalam Diktum kesatu dijadikan acuan dalam penyelenggaraan fungsi pemantauan, pengelolaan dan penanggulangan risiko yang mungkin terjadi baik pada pasien maupun petugas di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

3. Pada saat keputusan ini mulai berlaku, pedoman pengorganisasian Komite Mutu yang disahkan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/181/IX/2025 tentang Pedoman Pengorganisasian Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 77 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 77 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana teknis Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara (Puskesau). 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 teknis 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, bertekhnologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggotaTNI AU / TNI beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah enyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU/TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik promotif, preventif, dan kuratif bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, dan bagi masyarakat umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan tekhnologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter, dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Motto 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, danperdamaian; tongkat dan ular menunjukkan tongkat *Aesculepius* merupakan seorang dokter dakter dari Yunani yang diberi gelar God of Healing; ular sebagai hewan yang dikaitkan dengan kehidupan atau 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 ikhlas dalam setiap pelayanan. Bila arti pada logo tersebut dirangkai menjadi 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. 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 oleh LAFKI sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepadaanggota 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, tenaga kesehatan lain 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 Mutu 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 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 disebutkan bahwa rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi 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 selama 2024– 2028, 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–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

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Pedoman Pengorganisasian ini disusun dengan tujuan agar dapat digunakan sebagai dasar pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus

1) Sebagai pedoman kerja fungsional peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa
2) Untuk meningkatkan kepuasan, keselamatan dan keamanan pasien maupun petugas kesehatan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.
3) Untuk menerapkan konsep pelayanan medis yang berorientasi pada keselamatan pasien.

3. Dasar Kebijakan

a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal RS (Hospital Bylaws).
b. Peraturan Panglima TNI Nomor 131 Tahun 2025 tanggal 25 Agustus 2025 tenatang Organisasi Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara.
c. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor 40 Tahun 2025 tanggal 27 Agustus 2025 tentang Organisasi Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara.
d. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor 36 Tahun 2024 tanggal 5 Agustus 2024 tentang Organisasi dan Tugas RSAU Tingkat II dr. Esnawan Antariksa.
e. Surat Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/538/XII/2018 tentang Pola Tata Kelola RSAU dr. Esnawan Antariksa.
f. Struktur Organisasi RSAU dr. Esnawan Antariksa.

4. Sistematika

BAB I Pendahuluan
- A. Latar Belakang
- B. Tujuan

BAB II Gambaran Umum Rumah Sakit
- A. Sejarah
- B. Tugas Pokok dan Fungsi RSAU dr. Esnawan Antariksa

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan RS
- A. Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan
- B. Pengertian, Falsafah, Tugas, Fungsi, dan Tujuan

BAB IV Struktur Pengorganisasian RS
BAB V Struktur Pengorganisasian
BAB VI Uraian Jabatan
BAB VII Tata Hubungan Kerja
BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil
BAB IX Kegiatan Orientasi
BAB X Pertemuan/rapat
- A. Rapat Rutin
- B. Rapat Khusus

BAB XI Pelaporan
- A. Laporan Per 6 bulan
- B. Laporan Per tahunan

BAB XII Penutup

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

1. Sejarah

Sejarah RSAU dr. Esnawan Antariksa tidak bisa lepas dari sejarah kesehatan Lanud Halim Perdanakusuma yang saat itu masih bernama pangkalan Udara Cililitan. Sejarah dimulai setelah Pangkalan Udara Cililitan diserahkan kepada Pemerintah Indonesia dari Pemerintah Belanda, Pada tanggal 20 Juni 1950. Dengan demikian diserahterimakan juga wewenang Dinas Kesehatan Pangkalan Cililitan dimana LU-II Harsono yang pada waktu itu juga menjabat sebagai Kepala Jawatan Farmasi, Menjadi kepala Kesehatan pertama. selanjutnya pada tahun 1951 Kepala Dinas Kesehatan dijabat oleh LMU-II S. Hadiprayitno. Para dokter yang pernah bertugas di Cililitan tahun 1950 antara lain Mayor Udara dr. Muryawan, LU-I dr. S.I.

Pada Tanggal 17 Agustus 1952, Pangkalan Udara Cililitan diubah namanya menjadi pangkalan udara Halim Perdanakusuma, sehingga otomatis dinas kesehatannya juga menjadi bagian dari Pangkalan Udara Halim Perdana. Pada tahun 1955 Dinas Kesehatan Pangkalan Cililitan masih berstatus sebagai tempat perawatan sementara yang hanya mempunyai fasilitas Poliklinik umum, Poliklinik Gigi, ruang uji kesehatan awak pesawat danruang perawatan berkapasitas tiga belas tempat tidur. pimpinan rumah sakit pada saat itu dijabat dr. Suyoso Soemodimedjo.pada tahun 1956- 1957, Dinas Kesehatan Pangkalan Udara Cililitan mendapatkan alokasi pembangunan rumah sakit, tetapikemudian sempat berhenti dan terlambat penyelesaiannya karena terjadi sanering mata uang rupiah, setelah bangunan fisik selesai, rumah sakit terdiri dari perkantoran, apotik, laboratorium, Asrama perawat, pergudangan dan ruang perawatan dengan kapasitas 60 Tempat tidur. Sekarang, bangunan ini masih dapat kita saksikan sebagai bangunan lama Ruspau Antariksa. Selanjutnya Rumah Sakit ini berada dibawah kendali Gugus Kesehatan 502.

Pada Tahun 1982, Rumah Sakit Pusat Angkatan Udara yang semula berkedudukan di Ciumbuleuit dipindahkan ke Halim. Sebagai Rumah Sakit Pusat, RS Halim merupakan Rumah sakit rujukan tertinggi bagi anggota TNI AU dan berfungsi sebagai pelaksana pusat Direktorat Kesehatan TNI AU. Kemudian tanggal 9 April 1989, dengan pertimbangan untuk menghormati jasa-jasa pendiri kesehatan TNI AU maka Rumah SakitPusat TNI AU Halim Perdanakusuma diberi nama Ruspau ”dr. Esnawan Antariksa” yang peresmiannya di syahkan oleh Kasau yang pada saat itu dijabat Marsekal TNI Utomo.

Sebagai Antisipasi terhadap modernisasi rumah sakit, Ruspau Antariksa membangun gedung baru bertingkat tiga dengan menempati lahan kosong di samping bekas poliklinik umum dan bekas bangunan kantor kadiskes. Saat ini pembagunan tahap pertama telah selesai berupa lantai satu untuk poliklinik spesialis dan gawat darurat, lantai dua untuk perawatan amen dan pasca bedah, sedangkan lantai tiga digunakan untuk perawatan VIP, ICU dan unit Bedah Sentral.

2. Sarana dan Prasarana

Bangunan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa yang telah tersedia dan telah dapat difungsikan sebagai pendukung tugas pokok dan layanan kesehatan pada umumnya adalah sebagai berikut.

a. Bangunan dan Prasarana.
   1) Luas bangunan RSAU dr. Esnawan Antariksa ± 39.535 m^2
   2) Ruang Instalasi Gawat Darurat.
   3) Ruang Poliklinik Spesialis sebanyak dua puluh satu ruangan.
   4) Ruangan Rawat Inap sebanyak unit ruangan kelas dan bangsal, dengan 217 tempat tidur terpasang.
   5) Bangunan dan Instalasi Penunjang, terdiri dari :
      a) Laboratorium.
      b) Radiologi.
      c) Apotek.
      d) Linen Service, Laundry dan Sterilisasi.
      e) Dapur Gizi.
      f) Pemeliharaan Alat Kesehatan.
      g) Gudang Material Kesehatan dan Umum.
      h) Kantor Staf Manajemen.
      i) Kantor Kelompok Ahli.
      j) Gedung Serbaguna
      k) Ruang Rapat Staf.
      l) Toko dan kantor Koperasi.
      m) Masjid.
      n) Sarana Olah Raga.
      o) Kamar Jenazah.
      p) Area parkir yang luas.
      q) Mesin ATM (ATM BNI, BRI dan Mandiri).
      r) Unit Cathlab

3. Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas Pokok meliputi:

a. Dukungan kesehatan. RSAU dr. Esnawan Antariksa harus mampu mendukung setiap kegiatan operasional, latihan maupun penerbangan lainnya yang dilaksanakan di Lanud Halim Perdanakusuma.
b. Pelayanan Kesehatan. Dalam rangka dan meningkatkan kualitas kesehatan prajurit dan PNS TNI RSAU dr. Esnawan Antariksa melaksanakan pelayanan kesehatan rawat jalan maupun rawat inap untuk anggota TNI, PNS serta keluarganya dan masyarakat umum yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
c. Pemeriksaan Kesehatan. RSAU dr. Esnawan Antariksa melaksanakan rikkes periodik bagi anggota TNI dan PNS TNI serta rikkes non periodik untuk penerimaan anggota TNI AU dan PNS TNI AU.
d. Pembinaan Jasmani. RSAU dr. Esnawan Antariksa melaksanakan pembinaan jasmani guna meningkatkan kesemaptaan anggota guna menunjang tugas pokok.

Dalam meningkatkan profesionalisme, personel RSAU dr. Esnawan Antariksa menjalankan fungsinya sebagai berikut:

a. Latihan matra udara. RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu terlibat dalam setiap latihan yang diadakan oleh TNI AU di Lanud Halim Perdanakusuma.
b. Pemeriksaan Kesehatan. RSAU dr. Esnawan Antariksa mengadakan rikkes periodik untuk anggota TNI AU dan rikkes non periodik untuk anggota TNI, penerimaan calon Tamtama, calon Bintara dan Calon Perwira TNI AU.
c. Penyelenggaraan Perawatan Personel. Perawatan personel RSAU dr. Esnawan Antariksa dibawah perawatan Puskesau. Dalam pelaksanaannya RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu berkoordinasi dengan Lanud Halim Perdanakusuma.
d. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan. Pelayanan kesehatan terhadap prajurit dan PNS TNI merupakan salah satu tugas pokok RSAU dr. Esnawan Antariksa, adapun rencana kegiatan yang akan dilaksanakan adalah :
    1) Kegiatan preventif. Kegiatan kesehatan preventif meliputi pembinaan kesehatan lingkungan dan imunisasi.
    2) Kegiatan Perawatan Spesialis.
        a) Rawat Jalan. Untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anggota militer/PNS beserta keluarganya dalam TA. 2026 pelayanan rawat jalan dilaksanakan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dan profesionalismekerja tanpa batas.
        b) Rawat Inap. Sebagaimana pelayanan kesehatan lainnya dalam TA. 2026 pelayanan rawat mondok diupayakan dengan memberikan pelayanan tanpa batas kepada pasien TNI dan keluarganya yang dirawat di Rumah Sakit.
    3) Gawat Darurat Medik. Dalam melaksanakan penanggulangan dan perawatan kegawatdaruratan medis untuk TA. 2026 diupayakan untuk memberikan pelayanan yang lebih cepat, tepat dan berkualitas.

BAB III

VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

1. Visi

"Menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa rumah sakit yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter dan profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi TNI AU, anggota TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum."

2. Misi

a. Menyelenggarakan Dukungan Kesehatan dalam Kegiatan Operasi dan latihan TNI AU/TNI;
b. Menyelenggarakan pelayanan yang profesional dan bermutu baik promotif, preventif maupun kuratif terhadap anggota TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian;

c. Meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini mengembangkan profesionalitas yang berkarakter;
d. Sebagai Sub Sistem Kesehatan Nasional, Turut Serta aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan keadaaan darurat dan bencana.

3. Falsafah

"Jiwa dan Semangat Pengabdian TNI adalah Landasan dalam Melaksanakan Pelayanan Kesehatan."

4. Motto

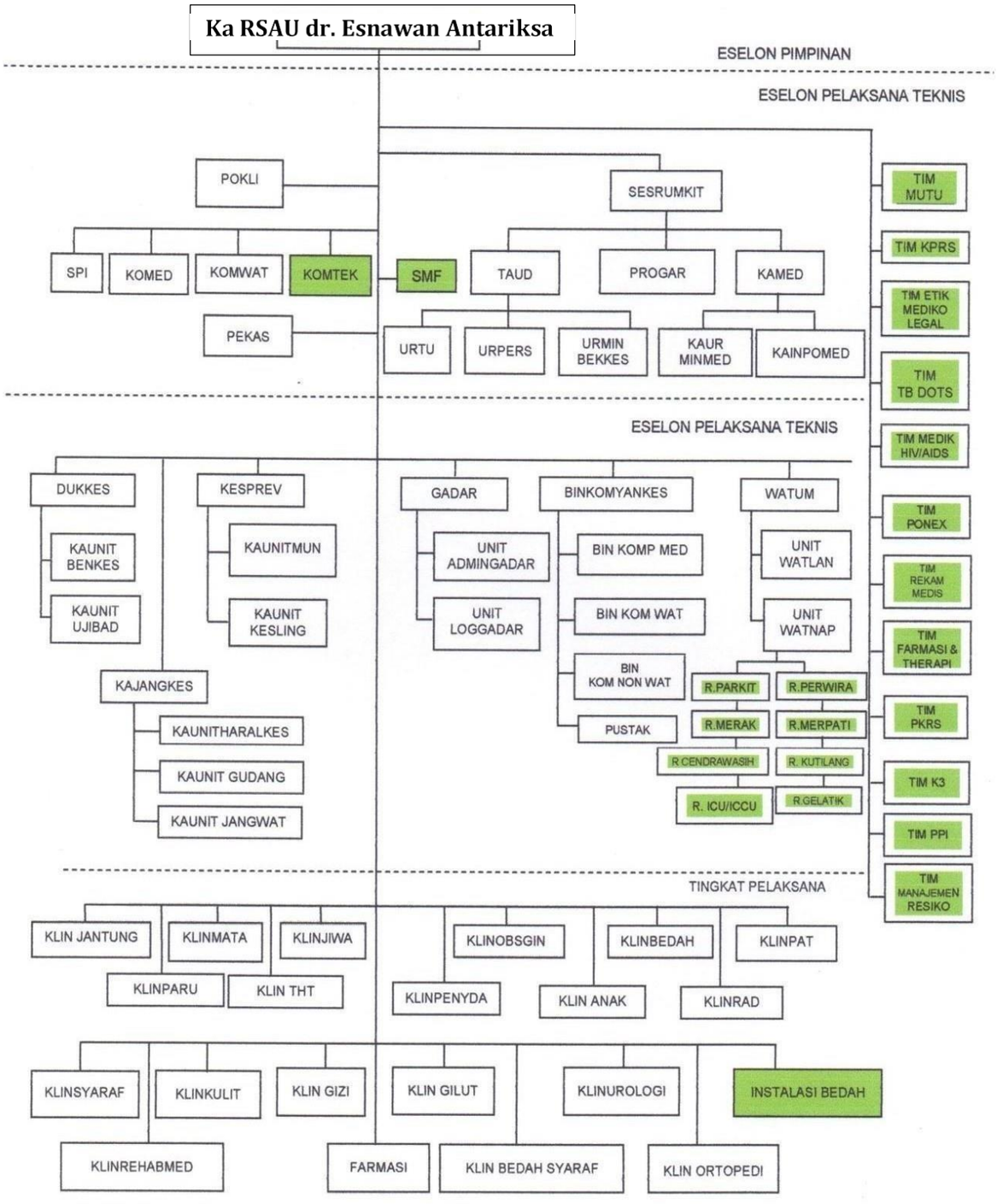
"Melayani Dengan Ikhlas Tanpa Batas".

5. Tujuan

a. Terselenggaranya dukungan kesehatan terhadap operasi dan latihan TNI/ TNI AU.
b. Sebagai pusat rujukan rumah sakit TNI.
c. Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu bagi anggota TNI, PNS, beserta keluarganya serta masyarakat umum.

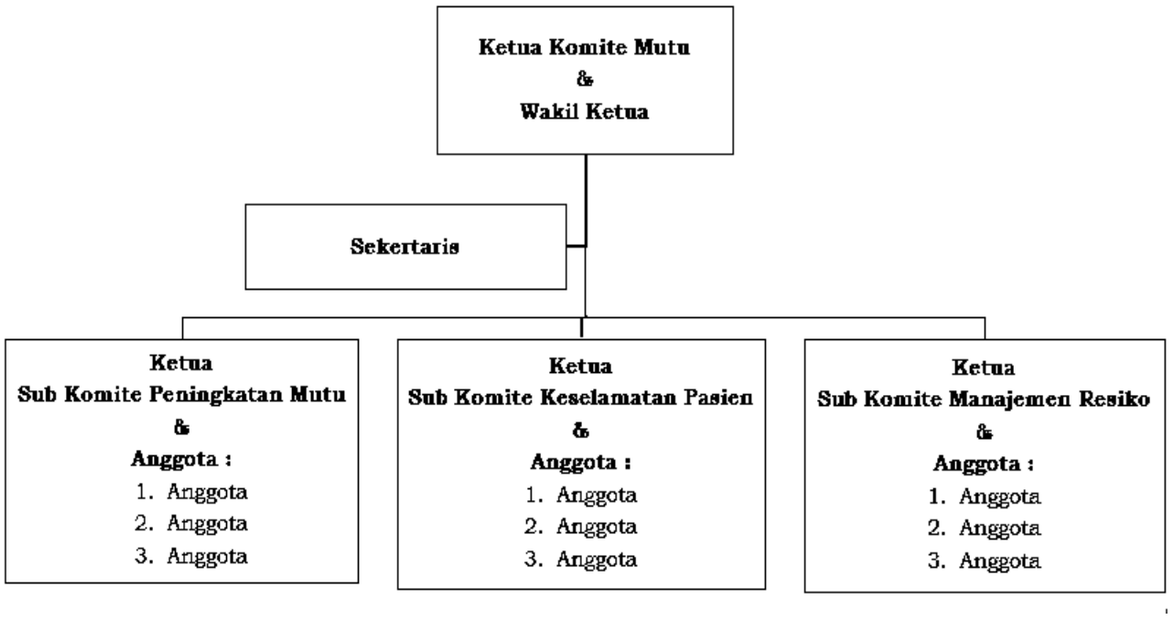
BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI OPERASIONAL
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA



BAB V

STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA



Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa berada langsung dibawah Kepala Rumah Sakit, memiliki sub unit Mutu, Keselamatan Pasien, dan Manajemen Risiko, yang mempunyai uraian tugas, wewenang dan tanggungjawab sebagai berikut :

a. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;
c. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menidaklanjuti hasil capaian indikator;
d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan;
e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
i. Bertanggungjawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.

BAB VI

URAIAN JABATAN KOMITE MUTU

1. Ketua Komite Mutu

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP 2. Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu 3. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien RS dan unit kerja terkait 4. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien 5. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Pimpinan dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci 6. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi 7. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik 8. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf 9. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP	1. Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait 3. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 4. Memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 5. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RS	1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit 2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien 3. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Kepala RS 4. Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit 5. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien RS 6. Bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

2. Sekertaris Komite Mutu

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite PMKP 2. Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan 3. Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait 4. Menganalisis data PMKP bersama ketua dan anggota Komite PMKP 5. Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien 6. Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite PMKP 7. Mengorganisir kebutuhan logistik Komite PMKP 8. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite PMKP 9. Mengerjakan tugas – tugas administratif dan kesekretariatan lainnya	1. Meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait 2. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 3. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RS 4. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan RS dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon	1. Bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien 3. Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

3. Sub Peningkatan Mutu

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Melaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di RS 2. Menyusun panduan indikator mutu 3. Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial 4. Menyusun formulir pemantauan indikator mutu 5. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway 6. Menganalisa hasil dari pencapaian indikator mutu 7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu 8. Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik	1. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan clinical pathways dari unit kerja terkait 2. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan clinical pathway dan hal-hal lainnya yang	1. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan clinical pathway 2. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 3. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan clinical

dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis 9. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan clinical pathway kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon 10. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 11. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu 12. Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu 13. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait 14. Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait 15. Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu 16. Berkoordinasi dengan Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Kepala RS	berhubungan dengan mutu RS 3. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS	pathway dan Manajemen resiko di rumah sakit 4. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 5. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit

4. Sub Keselamatan Pasien

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Memberi masukan pada Kepala RS penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan standar akreditasi 2. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 3. Membuat laporan tahunan / laporan pelaksanaan program 4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala 5. Menyusun indikator keselamatan pasien RS 6. Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien	1. Mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien 2. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait 3. Melakukan	1. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien 2. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien 8. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien 9. Mendesimenasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait 10. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel 11. Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC 12. Melakukan koordinasi tentang program Patient Safety dan manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA	koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien 4. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS	3. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program Keselamatan Pasien dan kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 4. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit 5. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit

5. Sub Manajemen Resiko

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Melakukan monitoring perencanaan risk manajemen 2. Melakukan monitoring pelaksanaan program 3. Melakukan pendidikan / edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit 4. Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas 5. Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala 6. Memberikan laporan tahunan kepada pemilik RS tentang pencapaian program 7. Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus	1. Mengelola tim manajemen risiko RS 2. Melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko di seluruh unit kerja rumah sakit 3. Memberi masukan dan rekomendasi kepada Pimpinan rumah sakit dengan tugas kegiatan manajemen risiko	1. Terlaksananya program manajemen risiko rumah sakit 2. Terpenuhinya prosedur – prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan risiko di rumah sakit 3. Terkendalinya kondisi – kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko dirumah sakit 4. Terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit

BAB VII

TATA HUBUNGAN KERJA

Tata Hubungan Kerja perlu dibuat untuk unit-unit kerja yang memiliki tugas-tugas Yang cenderung tumpang tindih dengan tugas-tugas unit lain atau sungguh-sungguh memerlukan kerjasama yang perlu diatur. Tata Hubungan Kerja diharapkan akan lebih memperjelas batas tugas pekerjaan dan batas wewenang antar unit kerja. Tata Hubungan Kerja disusun sesuai dengan urutan langkah-langkah kegiatan agar dapat menggambarkan prosedur kerja yang jelas dari kegiatan tersebut.

Tata Hubungan Kerja mencakup Intern dan Ekstern. Tata Hubungan Kerja Intern adalah pengaturan hubungan kerja yang menyangkut hanya unit-unit kerja di dalam RSAU dr. Esnawan Antariksa. Sedangkan Tata Hubungan Kerja Ekstern adalah pengaturan hubungan kerja antara unit-unit kerja dalam RSAU dr. Esnawan Antariksa dengan unit kerja di luar RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Dalam melaksanakan tugasnya Tim Mutu berhubungan, berkoordinasi, dan terkait dengan unit kerja lain di RSAU dr. Esnawan Antariksa, terdiri sebagai berikut :

1. Tata Hubungan Kerja Intern

No.	Unit	Tata Hubungan Kerja
1.	Komite Medik	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator nasional mutu (INM) dan indikator mutu prioritas RS
2.	Komite Keperawatan	Koordinasi terkait program, rencana maupun kolaborasi terkait kegiatan ronde mutu
3.	Komite Keteknisian Medis	Koordinasi terkait program, rencana maupun kolaborasi terkait kegiatan ronde mutu
4.	Komite PPI	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator nasional mutu (INM) RS
5.	Komite K3RS	Koordinasi terkait keselamatan pasien dan manajemen resiko
6.	Watum	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator mutu prioritas RS serta koordinasi terkait program, rencana maupun kolaborasi terkait kegiatan ronde mutu
7.	Rawat Inap	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator nasional mutu (INM) RS, indikator mutu prioritas (IMP) RS, dan indikator mutu unit RS
8.	Rawat Jalan (Poliklinik), IGD, Hemodialisis dan UBS	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator nasional mutu (INM) RS, indikator mutu prioritas (IMP) RS, dan indikator mutu unit RS

9.	Penunjang (Unit Farmasi, Haralkes, Kesprev, Laundry, Rekam Medis, CSSD, Laundry, Pemulasaraan Jenazah, Pool, UPM)	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator nasional mutu (INM) RS, indikator mutu prioritas (IMP) RS, dan indikator mutu unit RS
10.	Jajaran manajerial (Urtu, Urpers, Pekas, Prograr, Yanmas, Simak BMN, SPI serta Jajaran Taud)	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator mutu prioritas (IMP) RS, dan indikator mutu unit RS
11.	Jangkes dan Taud	Pemenuhan alat dan kebutuhan untuk peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen resiko
12.	Komkordik	Pengumpulan dan pelaporan data untuk indikator mutu prioritas (IMP) RS, dan indikator mutu unit RS
13.	Diklat	Pelatihan personel Komite Mutu dan PIC Komite Mutu

2. Tata Hubungan Kerja Ekstern

No.	Unit	Tata Hubungan Kerja
1.	Puskesau	Sebagai representatif pemilik/dewan pengawas
2.	Kementerian Kesehatan	Terkait pelaporan rutin indikator mutu nasional dan insiden keselamatan pasien
3.	Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur	Sebagai regulator, pembina, sekaligus pengawas terhadap seluruh fasilitas pelayanan kesehatan
4.	Rumah Sakit Jejaring	Sebagai bagian kerjasama dari pelaporan benchmark data indikator mutu nasional

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

1. Ketua Komite Mutu

Kualifikasi Ketua Komite Mutu yaitu sebagai berikut.

a. Pendidikan Formal S-1 atau pendidikan formal dokter/S1 Tenaga kesehatan setara;
b. Pendidikan non formal/pelatihan : Pelatihan PMKP, PPI, Manajemen Risiko, Patient Safety;
c. Memiliki bakat dan minat, berdedikasi tinggi dan dapat bersosialisasi denganbaik dan profesional;
d. Mempunyai integritas dan loyalitas yang tinggi.

2. Ketua Sub Komite Mutu

Kualifikasi Ketua Sub Komite Mutu yaitu memiliki diantaranya sebagai berikut.

a. Pendidikan Formal dokter/S1 Tenaga kesehatan setara;
b. Mampu mengkoordinasikan Anggota Unit Kerja Mutu yang menjadi tanggung jawabnya dalam pelaksanaan Manajemen Mutu;
c. Memiliki pengetahuan yang cukup dalam bidang Manajemen Mutu;
d. Memiliki pengetahuan yang cukup mengenai Peraturan Perundang-undangan rumah sakit dan peraturan pelaksanaannya;
e. Mampu melakukan analisis atas laporan kegiatan mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa bertanggung jawab dan dapat bekerja sama dengan Anggota Unit Kerja Manajemen Mutu lainnya.

3. Ketua Sub Komite Insiden Keselamatan Pasien

Kualifikasi Ketua Sub Komite Insiden Keselamatan Pasien yaitu sebagai berikut.
a. Pendidikan Formal dokter/S1 Tenaga kesehatan setara;
b. Memiliki pengetahuan yang cukup dalam bidang keselamatan pasien;
c. Memiliki pengetahuan yang cukup mengenai Peraturan Perundang-undangan rumah sakit dan peraturan pelaksanaannya;
d. Memiliki pengetahuan yang cukup tentang kegiatan keselamatan pasien;
e. Mampu melakukan analisis atas laporan insiden keselamatan pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa;
f. Bertanggung jawab dan dapat bekerja sama dengan Anggota Unit Kerja Manajemen Mutu lainnya.

4. Ketua Sub Komite Manajemen Resiko

Kualifikasi Ketua Sub Komite Manajemen Resiko yaitu sebagai berikut.
a. Pendidikan Formal dokter/S1 Tenaga kesehatan, setara;
b. Memiliki pengetahuan yang cukup dalam bidang keselamatan pasien;
c. Memiliki pengetahuan yang cukup mengenai Peraturan Perundang-undangan rumah sakit dan peraturan pelaksanaannya;
d. Memiliki pengetahuan yang cukup tentang kegiatan manajemen risiko;
e. Mampu melakukan analisis atas laporan manajemen risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa;
f. Bertanggung jawab dan dapat bekerja sama dengan Anggota Unit Kerja Manajemen Mutu lainnya.

BAB IX
KEGIATAN ORIENTASI

Ada 3 (tiga) tingkatan orientasi yang perlu dialami terhadap anggota yang ditunjuk terlibat dalam Manajemen Mutu sebelum benar-benar ia dapat bersikap dan bertindak sebagai pelaksana Manajemen Mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Pertama, hal-hal yang berkaitan dengan tugas dan pekerjaannya. Disini selain pengarahan yang diberikan oleh Kepala Rumah Sakit, seorang anggota baru juga perlu dibimbing ketat oleh seseorang yang sudah mengenal tugas tersebut dengan baik. Terkadang seorang profesional sekalipun, walau sudah trampil dalam menjalankan tugas, tetap perlu mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan dalam rumah sakit dijalankan, yang mungkin berbeda dengan tempat ia bekerja dahulu. Di sini program tandem dalam *on the job training* akan sangat berguna.

Kedua, lebih mengarah pada anggota baru perlu bertingkah laku dalam kelompok, divisi, atau unitnya. Disalah satu perusahaan, diatur adanya seorang "*buddy*" yang akan menemani anggota baru, dan menjadi tempat mengajukan pertanyaan. Misalnya saja,mengenai kebiasaan makan siang, apa yang harus dilakukan sendiri kalau mesin fotocopy macet, prosedur meminta ganti uang taksi, dan sebagainya. Disini divisi SDM juga berkewajiban untuk menyiapkan informasi yang komunikatif tentang bagaimana mengajukan permintaan,apa yang akan didapat anggota,serta apa yang merupakan hak dan kewajiban anggota.

Ketiga atau yang tertinggi, beberapa manajemen puncak akan memfokuskan perhatian pada transfer sebanyak mungkin pemahaman mengenai prinsip-prinsip komunikasi, nilai-nilai yang dianut perusahaan, serta bagaimana seorang anggota dapat berpartisipasi dan berkontribusi di perusahaan. Ditansfernya isu-isu ini oleh manajemen puncak sendiri benar- benar bernilai filosofis.

BAB X

KEGIATAN PERTEMUAN ATAU RAPAT

1. **Pengertian.** Rapat adalah kumpulan beberapa orang/ organisasi yang akan membicarakan suatu masalah atau kepentingan bersama untuk memberikan penjelasan, pemecahan suatu persoalan dan sekaligus mengadakan perundingan demi memperoleh suatu hasil yang disepakati/ disetujui bersama.

2. **Tujuan Rapat**

   a. Untuk memecahkan atau mencari jalan keluar suatu masalah.
   b. Untuk menyampaikan informasi, perintah, penyataan.
   c. Sebagai alat koordinasi antar intern atau antar ekstern.
   d. Agar peserta rapat dapat ikut berpartisipasi pada masalah-masalah yang sedang terjadi.
   e. Mempersiapkan suatu cara atau kegiatan.
   f. Menampung semua permasalahan dari arus bawah (Para peserta Rapat).

3. **Syarat-syarat rapat yang baik**

   a. Persiapan rapat
   b. Penentuan tujuan rapat dan acara rapat
   c. Penentuan waktu, tanggal, hari, tahun
   d. Penentuan tempat
   e. Akomodasi
   f. Konsumsi
   g. Media/ Peralatan

4. Pelaksanaan Rapat

a. Suasana Rapat berlangsung terbuka.
b. Para peserta rapat berpatisipasi aktik.
c. Adanya Kendali dari ketua rapat.
d. Hindaran debat kusir.
e. Bahasa yang komunikatif.
f. Hindarkan monopoli ketika berbicara.
g. Terhadap keputusan dan kesimpulan rapat.
h. Adanya notulen.
i. Acara rapat
j. Media rapat
k. Waktu

5. Teknik Penyelenggaraan Rapat

Persiapan Rapat
a. Persiapan administrasi
b. Persiapan ruangan
   1) Cahaya penerangan
   2) Ventilasi Udara
   3) Pengaturan tempat duduk
   4) Penempatan peralatan
c. Persiapan akomodasi konsumsi. Untuk akomodasi dapat di tempatkan di hotel, asrama, mess, lengkap dengan pelayanan makan dan cuci dan perlu di sediakan konsumsi rapat berupa makanan ringan dan air.
d. Kesehatan dan keamanan. Pelayanan kesehatan perlu disediakan

   untuk menjaga kemungkinan ada peserta rapat yang jatuh sakit.
e. Penyusunan Proposal. Rencana kegiatan, program kerja, atau usulan kegiatan yang dituangkan dalam bentuk tulisan disebut proposal kegiatan yang memerlukan.

6. Notulen

Notulen adalah catatan mengenai semua pembicaraan selama rapat berlangsung. Maksud pembuatan notulen adalah agar apa yang telah dibahas dalam rapat baik rapat untuk pemecahan masalah atau rapat untuk pengambilan keputusan dapat menjadi acuan bagi rapat selanjutnya. Dan bagi peserta rapat yang tidak hadir, notula dapat menjadi informasi atas materi yang dibahas dan kesimpulan yang diperoleh. Notula dapat juga untuk melihat perkembangan perusahaan dari waktu ke waktu. Notula dapat dibagikan kepada peserta rapat bila telah disetujui oleh pimpinan. Notula dibuat oleh sekretaris organisasi atau seseorang yang ditunjuk untuk melaksanakan tugas itu, dan posisi duduknya dekat pimpinan agar sekretaris dapat menebar pandangan ke seluruh peserta.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan notulen, yaitu:
a. Ringkas tapi jelas dan lengkap sehingga mudah dipahami dan tidak menimbulkan penafsiran yang berbeda-beda.
b. Dibuat bukan berdasarkan pemikiran notulis.

c. Bila ada usulan dan tanggapan terhadap masalah, dapat dipisahkan cara penulisannya agar tidak membingungkan.
d. Dalam penyusunan notulen dibedakan mana saja materi yang berupa penyajian informasi, materi yang menyangkut pertimbangan khusus, serta materi yang berupa keputusan.
e. Menggunakan bahasa yang lugas dan langsung pada pokok pembicaraan.

Notulen yang dibuat saat rapat berlansung merupakan notulen awal. Notulen ini perlu disempurnakan dengan tidak mengubah isi materi semula, kemudian diketik rapi dan dimintakan persetujuan pada pimpinan untuk menjadi notulen akhir.

BAB XI
PELAPORAN

1. Dokumentasi

Setiap tingkatan dari proses Manajemen Mutu harus didokumentasikan. Dokumentasi harus meliputi asumsi, metode, sumber data dan hasil. Alasan untuk pendokumentasian adalah sebagai berikut:
a. Menggambarkan proses Manajemen Mutu yang dilaksanakan telah berjalan dengan tepat;
b. Memberikan masukan data dan informasi untuk proses identifikasi dan analisis;
c. Menyediakan data tentang mutu yang ada dan mengembangkan *database* organisasi;
d. Menyediakan informasi untuk proses pengambilan keputusan yang relevan dengan rencana dan pelaksanaan Manajemen Mutu;
e. Menyediakan informasi untuk mekanisme tanggung gugat dan peralatan;
f. Memfasilitasi pengawasan dan *review* yang berkelanjutan;
g. Menyediakan informasi yang diperlukan untuk uji coba audit, dan
h. Mensosialisasikan dan mengkomunikasikan informasi yang berhubungan dengan Manajemen Mutu.

2. Pelaporan

Macam pelaporan yang perlu dibuat:
a. Bulanan
b. Triwulan
c. Tahunan

BAB XII

PENUTUP

Demikian telah disusun buku Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu RSAU dr. Esnawan Antariksa. Diharapkan dengan pedoman ini, dapat dipakai sebagai pedoman kerja dalam pelaksanaan kegiatan Komite Mutu di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

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., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330