KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/79/VI/2026

tentang

PANDUAN MANAJEMEN DATA 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 dan keselamatan pasien di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, maka diperlukan koordinasi antar unit layanan;

b. bahwa agar koordinasi antar unit pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan system manajemen data sebagai landasan bagi penyelenggaraan seluruh aktivitas di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

c. sehubungan dengan hal tersebut diatas, perlu ditetapkan Panduan Manajemen Data Mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa 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 :

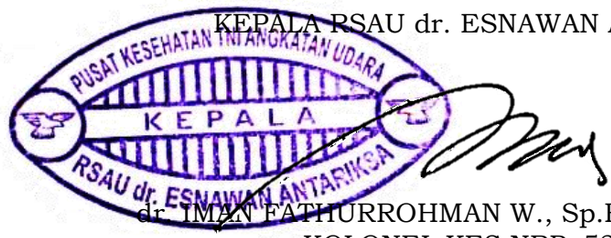
1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Panduan Manajemen Data Mutu.

2. Panduan Manajemen Data Mutu RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana dimaksud dalam dictum kesatu haru dijadikan acuan dalam penyeleengaraan pelayanan mutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaiaman tercantum dalam lampiran keputusan ini.

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/ 79 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026



PEDOMAN MANAJEMEN DATA 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/ 79 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PANDUAN MANAJEMEN DATA MUTU

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana teknis Pusat Kesehatan 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 TNI 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 masyarkat 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 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, 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. Dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka pengumpulan data merupakan bagian penting dari penilaian kinerja untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen yang lebih baik. Pengumpulan data dari manajemen resiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit, apa yang menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan.

Maksud dan tujuan. Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data serta informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit bergantung pada hasil analisis data dan informasi yang terkumpul dibanding dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola data. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai dengan sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

2. Pengertian

Untuk menyamakan persepsi dalam memahami panduan ini maka disusun pengertian-pengertian sebagai berikut:

a. Input merupakan sekumpulan data mentah dalam organisasi maupun di luar organisasi untuk di proses dalam suatu sistem ekonomi.
b. *Processing* merupakan konversi/pemindahan, manipulasi dan analisis input mentah menjadi bentuk yang lebih berarti bagi manusia.
c. Output merupakan distribusi informasi yang sudah di proses ke anggota organisasi dimana output tersebut akan digunakan.
d. Informasi merupakan data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang mempunyai arti dan bermanfaat bagi manusia. Informasi merupakan interpretasi data yang disajikan dengan cara yang berarti dan berguna.
e. Data merupakan fakta atau gambaran mentah (*business facts*) yang menunjukkan peristiwa yang terjadi dalam organisasi dan lingkungan fisik yang dikumpulkan melalui serangkaian prosedur.

BAB II

Ruang Lingkup

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan Proses mencatat dan menghimpun fakta atau metrik dari sumber asli secara teratur.

2. Pelaporan

Pelaporan merupakan Kegiatan mengirimkan hasil himpunan data dari unit kerja ke tingkat penanggung jawab atau pimpinan.

3. **Analisis**

   Analisis adalah proses mengolah dan menafsirkan angka mentah menjadi informasi atau wawasan yang bermakna.

4. **Validasi**

   Validasi merupakan Pemeriksaan ulang untuk memastikan keakuratan dan kesahihan data oleh pihak berwenang.

5. ***Feedback***

   Feedback diartikan Pemberian catatan atau tanggapan balik atas hasil evaluasi data kepada pihak terkait.

6. **Publikasi**

   Publikasi data merupakan Penyebarluasan informasi data secara internal maupun eksternal dengan tetap menjaga kerahasiaan

BAB III

Kebijakan

1. **Kebijakan Umum**

   a. Rumah sakit mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan tekhnologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis,validasi serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit dengan tetap memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

   b. Data yang dimaksud meliputi data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit, data dari pelaporan insiden keselamatan pasien, data hasil monitoring kerja staf klinis, data hasil pengukuiran budaya keselamatan.

   c. Rumah Sakit menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan *database* ekternal

   d. Rumah Sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan database ekternal

2. **Kebijakan Khusus**

   a. Pengumpulan dan analisa data merupakan salah satu kegiatan program mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktek profesional serta program Komite Mutu secara menyeluruh

b. Komite Mutu melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan
c. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan diluar rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan

BAB IV

TATA LAKSANA

1. Ketua Komite Mutu

a. Pengumpulan data indikator dilakukan oleh penanggung jawab pengumpuldata unit ke dalam sensus harian dan menginputnya ke dalam sistem IT.
b. Data yang dimaksud terdiri atas:
   1) Data indikator mutu unit dan data mutu prioritas rumah sakit
   2) Data pelaporan insiden keselamatan pasien
   3) Data hasil monitoring kinerja staf
   4) Data hasil pengukuran budaya keselamatan.

   Rumah sakit sebaiknya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan dalam mengelola data tersebut.

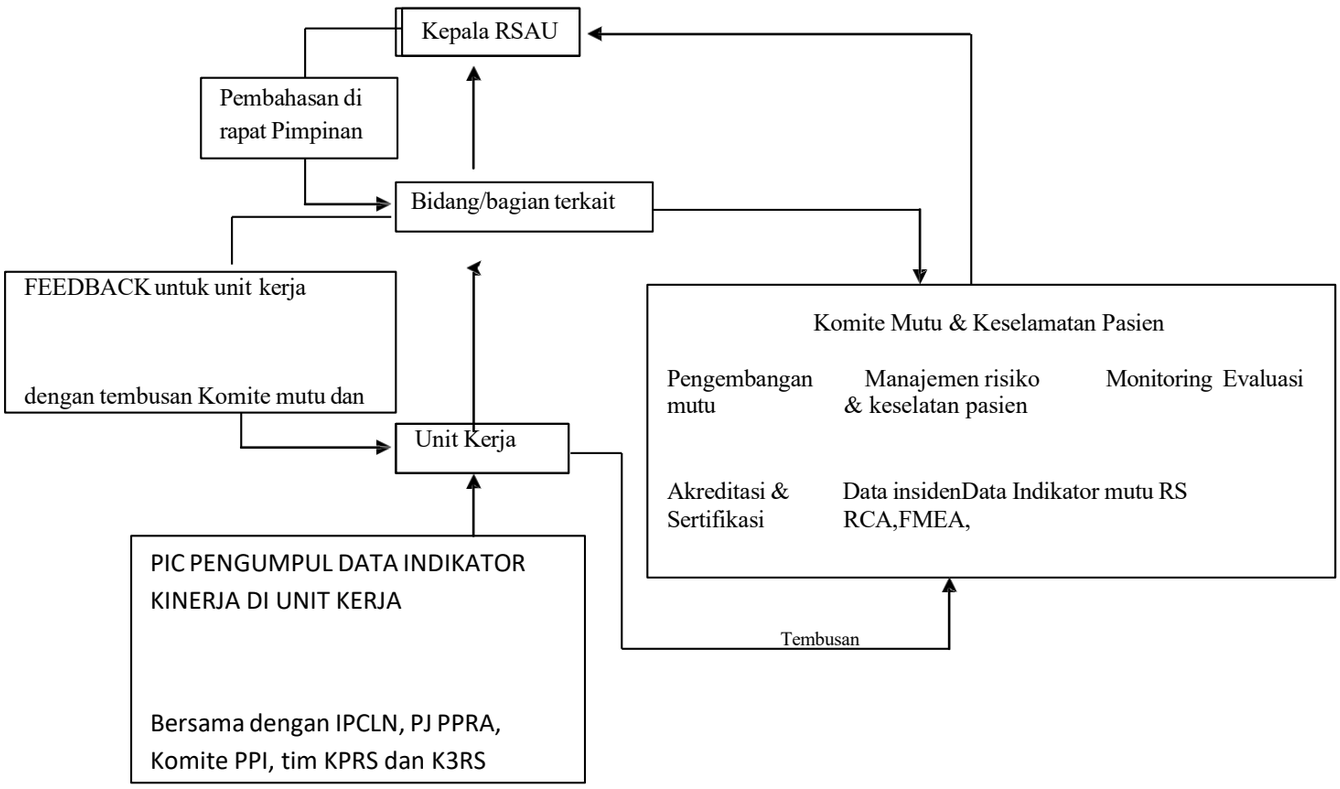
2. Pelaporan

Pelaporan Komite Mutu terdiri atas :

a. Pelaporan terdiri dari internal dan eksternal
b. Pelaporan internal adalah pelaporan yang ditujukan di dalam lingkungan RSAU dr Esnawan Antariksa
c. Pelaporan eksternal adalah pelaporan yang ditujukan di luar lingkungan RSAU dr Esnawan Antariksa yaitu Puskesau dan Kemenkes.
d. Pelaporan mutu unit kepada Kepala RSAU RSAU dr. Esnawan Antariksa dari Kepala unit terkait dengan tembusan kepada komite mutu dan keselamatan pasien paling lambat tanggal 1 setiap bulannya.
e. Pelaporan program PMKP oleh Komite Mutu kepada Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa sebelum tanggal 5 setiap 3 bulan sekali
f. Pelaporan program PMKP oleh Ka RSAU dr Esnawan Antariksa Kepada Puskesau selaku representasi pemilik sebelum tanggal 10 setiap 6 bulan sekali

g. Pelaporan insiden keselamatan pasien maksimal 2 X 24 jam dari unit terkait.
h. Pelaporan insiden keselamatan pasien oleh komite Mutu kepada Ka RSAU dr Esnawan Antariksa sebelum tanggal 5 setiap 6 bulan sekali
i. Pelaporan insiden keselamatan pasien oleh Ka RSAU dr Esnawan Antariksa kepada Ka Puskesau selaku representasi pemilik sebelum tanggal 10 setiap 6 bulan sekali
j. Pelaporan kejadian sentinel oleh unit kepada Ka RSAU dan komite Mutu segera setelah kejadian sentinel
k. Pelaporan kejadian sentinel oleh Ka RSAU dr Esnawan Antariksa kepada Ka. Puskesau selaku representasi pemilik dan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien paling lambat 2 X 24 jam hari
l. Semua kejadian sentinel harus dilakukan Analisis Akar Masalah (RCA=*Root Cause Analisys*) dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 jam setelah kejadian
m. Dalam melakukan pelaporan eksternal harus tetap menjamin keamanannya, bersifat rahasia, anonym (tanpa identitas) dan tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak (hanya PIC yang mengetahui password)

ALUR PENGUMPULAN DAN PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU DAN KINERJA RSAU dr ESNAWAN ANTARIKSA



3. Validasi Data

Validasi Data Komite Mutu terdiri atas :

a. Pengerian Validasi data

1) Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya (data asli)
2) Menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lain yang sahih secara statistik. Sampel 100% dibutuhkan hanya jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlanya.
3) Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang.
4) Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
5) Jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama, dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukantindakan koreksi.
6) Koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

b. Tujuan Validasi Data

1) Memonitoring akurasi data yang dikumpulkan
2) Memverifikasi bahwa pengambilan data adalah konsistendan reproducible
3) Verifikasi ekspetasi tentang volume data yang dikumpulkan Prinsip siapa yang melakukan validasi data adalah validator bukan pengumpul data atau tidak terlibat dalam proses pengumpulan data (orang kedua).

c. Data yang harus divalidasi

1) Merupakan pengukuran area klinik baru
2) Bila ada perubahan system pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah
3) Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melakui web site rumah sakit atau media lain
4) Bila ada perubahan pengukuran
5) Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya

6) Bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protkol riset diubah, panduan praktek klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru)

d. Proses Validasi Data

Proses validasi data yang akan dipublikasikan di web site atau medialain dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data

4. Analisis Data Indikator Mutu

a. Data yang dianalisa terdiri atas :
   1) Indikator Mutu Nasional
   2) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit
   3) Indikator Mutu Unit
   4) Insiden Keselamatan Pasien: Sentinel, KTD, KNC, KNC, KTD dan sentinel
   5) Risk Register

b. Analisa data melalui grafik sangat membantu dalam memperlihatkan perubahan apakah menuju perbaikan sesuai yang diharapkan.

c. Analisis data dapat menggunakan alat statistik :
   1) Run Chart
   2) Bar Chart
   3) Control Chart
   4) Histogram
   5) Pareto Chart

d. Sasaran Analisis Data

Sasaran dari analisis data adalah agar dapat dilakukan perbandingan bagi rumah sakit melalui empat cara yaitu:

1) Dengan diri sendiri dalam waktu tertentu, seperti dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun berikutnya.
2) Dengan rumah sakit lain yang sejenis seperti menggunakan database eksternal baik nasional maupun internasional
3) Dengan standar, seperti ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional, atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam Undang Undang atau peraturan.
4) Dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam *literature* digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik)

Perbandingan ini membantu rumah sakit memahami sumber dan sifat perubahan yang tidak dikehendaki serta membantu fokus pada upaya perbaikan.

5. Feedback

Feedback dilakukan oleh Komite Mutu kepada unit setelah ada rekomendasi dari Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa dan Ka. Puskesau terhadap laporan mutu yang telah dikirimkan. Bentuk feedback dengan melakukan rapat sosialisasi dari rekomendasi yang diberikan.

6. Publikasi Data

Publikasi data dilakukan secara internal mauun eksternal atas capaian dari indikator mutu unit dan rumah sakit

a. Publikasi data internal

   Data yang sudah divalidasi dan dinyatakan valid dipublikasikan melalui pemasangan hasil capaian indikator mutu di papan *dashboard* indikator mutu.

b. Publikasi data eksternal

   Data yang sudah divalidasi dan dinyatakan valid dipublikasi melalui website maupun media sosial publikasi RSAU dr Esnawan Antariksa lainya dengan memperhatikan keamanan dan kerahasiaan.

BAB V

DOKUMENTASI

1. Umum. Data pasien harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien di RSAU dr Esnawan Antariksa. Data laporan rekam medik, laporan indikator mutu, laporan instalasi/bagian/unit didokumentasikan dalam bentuk *hardcopy* dan *softcopy* yang dikirim melalui email ke pimpinan. Pada periode tertentu terutama akhir tahun laporan tersebut dikumpulkan dan dicetak sebagai laporan tahunan. Data mutu dan laporan insiden didokumentasikan secara tertulis dengan formulir yang sudah ditetapkan dan dikumpulkan oleh Komite Mutu RSAU dr. Esnawan Antariksa .

2. Tahap Pendokumentasian

Pada tahap pendokumentasian kegiatan yang dilakukan meliputi :

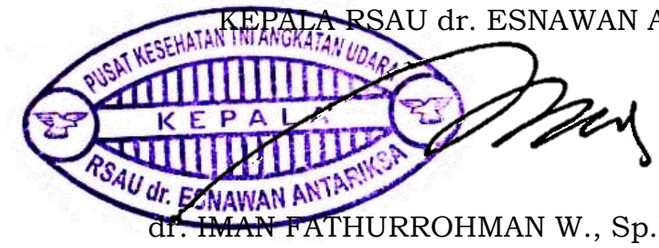
a. Pengumpulan SPO terkait manajemen data mutu.
b. Penyusunan *hardcopy* dan *softcopy* data.
c. Rekapitulasi dari program aplikasi pengumpulan data.
d. Intrepretasi hasil.
e. Pembuatan laporan.

BAB VI
PENUTUP

Demikian panduan manajemen data mutu ini dibuat untuk menjadi acuan bagi petugas data Komite Mutu RSAU dr Esnawan Antariksa. Panduan ini mencakup pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, feedback dan publikasi data mutu. Semoga dengan adanya penduan ini dapat meningkatkan mutu pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330