KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/ *85* /VI/2026

tentang

INDIKATOR MUTU PRIORITAS RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA TAHUN 2026

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

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

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

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

Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

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

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

4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11/MENKES/PER/II/2017 tentang Keselamatan Pasien;

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

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

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan

Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah;

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

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

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

MEMUTUSKAN:

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

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

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

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

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 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/ 85 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Nasional RSAU dr. Esnawan Antariksa

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
5.	Definisi Operasional	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol - based handrubs*) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (5 moment) kebersihan tangan terdiri dari: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh /permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan

		kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat - alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
9.	Denumerator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
10.	Target	≥ 85%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan yang terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
		Ekslusi: Petugas kesehatan yang sedang cuti, sakit, atau tidak bertugas selama periode pengumpulan data.
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Lembar observasi/checklist kepatuhan kebersihan tangan, laporan PPI, atau hasil audit kepatuhan petugas
15.	Instrumen Pengambilan Data	Checklist observasi kepatuhan kebersihan tangan, aplikasi Mirsa
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah keseluruhan tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dalam satu periode
		Cara pengambilan sampel : Total sampling, *Non Probability Sampling – Consecutive Sampling*
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	PIC Seluruh Ruangan, Tim PPI

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
4.	Tujuan	1. Mengukur tingkat kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai jenis pelayanan, risiko pajanan, dan prosedur yang berlaku 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.
5.	Definisi Operasional	1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, *droplet* dan *airborne*). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 5. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD secara benar dan lengkap sesuai indikasi pada saat bekerja/melakukan tindakan medis
9.	Denumerator	Jumlah seluruh petugas kesehatan yang diobservasi dan memiliki indikasi untuk menggunakan APD
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh petugas kesehatan yang melakukan pelayanan/tindakan yang memerlukan penggunaan APD

		Ekslusi : Petugas yang tidak melakukan pelayanan/tindakan yang memerlukan APD sesuai ketentuan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung menggunakan checklist kepatuhan penggunaan APD
14.	Sumber Data	Lembar observasi/checklist penggunaan APD, laporan PPI, atau hasil audit kepatuhan petugas
15.	Instrumen Pengambilan Data	Checklist observasi kepatuhan penggunaan APD, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh petugas kesehatan yang menggunakan APD secara benar dan lengkap sesuai indikasi
		Cara pengambilan sampel : *Non Probability Sampling* - Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Persentase kepatuhan per bulan, dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik tren
19.	Penanggung Jawab	PIC seluruh ruangan, tim PPI

3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
2.	Dasar Pemikiran	1. Permenkes No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan.
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
5.	Definisi Operasional	1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan oleh rumah sakit. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti: a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi dan nutrisi b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi dan lain-lain d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi secara benar dalam periode observasi

9.	Denumerator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
		Ekslusi : Petugas kesehatan yang sedang cuti, sakit, atau tidak bertugas selama periode pengumpulan data.
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Hasil Observasi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Lembar checklist observasi kepatuhan identifikasi pasien
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	PIC Seluruh Ruangan

4. WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI

1.	Judul Indikator	Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-undang tentang Rumah Sakit, UU no 44 tahun 2009 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup,ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu terbanyak ini di temukan di Rumah Sakit sebesar 78%. Tingginya Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan *antenatal care* dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
3.	Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
4.	Tujuan	Tergambarnya Pelayanan Kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi.
5.	Definisi Operasional	**1.** Waktu tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan Seksio Sesarea Emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi dikamar operasi yaitu ≤ 30 menit **2.** Seksio Sesarea Emergensi adalah tindakan Seksio Sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. **3.** Seksio Sesarea Emergensi kategori I adalah tindakan Seksio Sesarea pada keadaaan dimana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau bayi. **4.** Pengukuran indikator waktu tanggap operasi Seksio Sesarea Emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan Seksio Sesarea.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan Emergensi kategori yang mendapatkan Sesarea Emergensi ≤ 30 menit
9.	Denumerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan Emergensi kategori I
10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seksio Sesarea emergensi kategori I Misalnya : *fetal distress* menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, *rupture uteri imminent*, *rupture uteri*, perdarahan *ante partum* dengan perdarahan aktif, persalinan pada bekas Seksio sesarea (PBS), Kala II lama dan PEB.
		Ekslusi : Pasien yang menjalani seksio sesaria elektif atau terencana

12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Data Sekunder dari SIMRS, Laporan Operasi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesaria Emergensi
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh pasien yang diputuskan untuk tindakan emergensi
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	PIC IGD, VK dan OK

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

1.	Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-undang tentang Rumah Sakit yang menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. 2. Peraturan Kesehatan RI No.30 Tahun 2022 tentang standar pelayanan waktu tunggu khusus pada layanan rawat jalan. 3. Permenkes No.11 tahun 2016 dan Peraturan Menteri Kesehatan (2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien
5.	Definisi Operasional	1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis. 2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online. a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dengan mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang di layani dokter sejak tiba di poliklinik dalam waktu ≤ 60menit sejak pasien tiba di poliklinik
9.	Denumerator	Jumlah pasien rawat jalan yang dilakukan observasi dalam 1 bulan
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran

		Ekslusi : Pasien yang tidak ada pada saat dipanggil
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	SIM RS • Register Pendaftaran • Pasien Rawat Jalan dan formulir waktu tunggu rawat jalan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir waktu Tunggu Rawat Jalan, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien rawat jalan di poliklinik yang mendapatkan pelayanan ≤ 60menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Kawatlan

6. PENUNDAAN OPERASI EFEKTIF

1.	Judul Indikator	Penundaan Operasi Efektif
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Rumah Sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi,sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi
3.	Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efisien, Berorientasi pada pasien
4.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi
5.	Definisi Operasional	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaanya terencana atau dapat dijadwalkan 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal yang ditentukan
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
9.	Denumerator	Jumlah pasien operasi elektif
10.	Target	≤ 5%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien operasi elektif
		Ekslusi : Pasien penundaan operasi atas indikasi medis
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi (SIM RS) dan data pelaksanaan operasi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir penundaan operasi elektif
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Karu unit UBS

7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
2.	Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Meskipun Permenkes ini tidak secara spesifik mengatur "jam visite dokter" semangat dan prinsipnya sangat relevan. Keterlambatan visite dokter dapat memengaruhi kelangsungan asuhan pasien dan berpotensi meningkatkan risiko medis. Permenkes ini mendorong rumah sakit untuk : • Menerapkan standar pelayanan yang menjamin keselamatan pasien. • Melakukan perbaikan mutu berkesinambungan melalui pengukuran indikator-indikator terkait pelayanan. • Meningkatkan komunikasi efektif antara seluruh tenaga medis, termasuk antara dokter dan perawat, yang sangat penting dalam memastikan visite berjalan sesuai jadwal. Secara lebih luas, Permenkes No. 44 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Utama juga menekankan tentang pentingnya efektivitas dan efisiensi pelayanan di rumah sakit, yang secara tidak langsung terkait dengan ketepatan waktu dalam setiap tahapan asuhan pasien, termasuk visite dokter.
3.	Dimensi Mutu	Ketepatan dan Kesinambungan
4.	Tujuan	1. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan medis tepat waktu. 2. Meningkatkan efektivitas dan koordinasi tim medis dalam memberikan asuhan pasien. 3. Meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.
5.	Definisi Operasional	Kepatuhan jam visite adalah persentase visite harian yang dilakukan oleh DPJP kepada pasien rawat inap sesuai dengan rentang waktu yang telah ditetapkan oleh kebijakan rumah sakit misalnya pukul 06.00-14.00 WIB. Kepatuhan ini diukur dari data waktu yang tercatat dalam rekam medis pasien.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah visite dokter spesialis yang dilakukan antara pukul 06.00 - 14.00 WIB pada hari kerja dalam periode waktu tertentu.
9.	Denumerator	Jumlah pelaksaan visite dokter spesialis yang disurvei.
10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Dokter spesialis yang melakukan visite pada jam ≤ 14.00 WIB

		Ekslusi : Visite yang dibatalkan atau dialihkan karena alasan resmi
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Sensus harian, Pencatatan
14.	Sumber Data	Laporan ruangan
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan visite dokter harian
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh kegiatan visite dokter spesialis yang dilakukan antara pukul 06.00-14.00 WIB pada hari kerja
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Kepala Unit dan Mutu Unit

8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

1.	Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
2.	Dasar Pemikiran	1. Peraturan menteri kesehatan no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan dalam tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan pelaporan hasil
3.	Dimensi Mutu	Ketepatan Waktu dan keselamatan
4.	Tujuan	1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium 2. Tergambarnya sistem yang menujukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien
5.	Definisi Operasional	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang di butuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
9.	Denumerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis
		Ekslusi : Hasil nilai kritis yang tidak dapat dikonfrmasi sebagai nilai kritis sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO)
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Catatan Data Laporan Nilai Kritis, Aplikasi siIMUT
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pelaporan nilai kritis laboratorium
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah keseluruhan hasil nilai kritis laboratorium
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.		Periode Analisis : Triwulan, Semester

	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Laboratorium, PIC Unit

9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
2.	Dasar Pemikiran	1. Keputusan Menteri Kesehatan no. HK.01.07.Menkes-350-2020 tentang Formularium Nasional. 2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan- masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat,rasio resiko dan manfaat, berbasis bukti,efektivitas dan efisiensi. Pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada folmularium rumah sakit
3.	Dimensi Mutu	Efisien dan Efektif
4.	Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
5.	Definisi Operasional	1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan 2. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/ :*recipe* dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah R/ *recipe* dalam lembar resep yang sesuai dengan Formularium Nasional
9.	Denumerator	Jumlah R/ *recipe* dalam lembar resep yang diobservsi dalam bulan tersebut
10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Resep yang dilayani di rumah sakit Ekslusi : 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan *e*-katalog habis/kosong
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Lembar Resep di Instalasi Farmasi, SIM RS
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir checklist kepatuhan penggunaan Formularium Nasional

16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh sampel R/ *recipe* pasien
		Cara pengambilan sampel : Total sampling-*Non Probability Sampling*
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Ka. Instalasi Farmasi, PIC Unit

10. KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*)

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 2. Permenkes Nomor 1438/Menkes/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran. Untuk menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan maka perlu dilakukan monitor kepatuhan penggunaan *clinical pathway* 3. Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) adalah kepatuhan seluruh profesional pemberi asuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) yang telah ditetapkan 4. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/ *clinical pathway* sesuai dengan prioritas nasional adalah : a. Hipertensi b. Diabetes melitus c. TB d. HIV e. Keganasan 5. Pemilihan penyakit yang akan dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap alur klinis/ *clinical pathway* untuk RS khusus disesuaikan dengan program prioritas nasional yang ada dan pelayanan prioritas di rumah sakit tersebut
3.	Dimensi Mutu	Efektif, Integrasi
4.	Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit
5.	Definisi Operasional	1. *Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/ terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di rumah sakit 2. Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan rumah sakit
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan *clinical pathway*
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada *clinical pathway* yang diobservasi

10.	Target	≥ 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup *clinical pathway* yang diukur
		Ekslusi : 1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan 2. Pasien yang meninggal 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Data sekunder dari rekam medis pasien (SIM RS)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir kepatuhan *Clinical Pathway*
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pelayanan yang diberikan oleh PPA yang sesuai dengan *clinical pathway*
		Cara pengambilan sampel : Total sampling-*Probability Sampling*
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Ka. Unit Keperawatan, Komite Medik, Komite Keperawatan

11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
2.	Dasar Pemikiran	Pasien jatuh merupakan salah satu kejadian keselamatan pasien yang dapat menyebabkan cedera, memperpanjang masa rawat, meningkatkan biaya pelayanan, dan menurunkan mutu serta keselamatan pelayanan rumah sakit. Pemantauan kejadian jatuh diperlukan untuk menilai efektivitas upaya pencegahan risiko jatuh pada pasien rawat inap 1. Permenkes RI Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan, khususnya indikator terkait pencegahan risiko pasien jatuh pada pasien rawat inap 2. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
4.	Tujuan	Mengetahui kepatuhan petugas kesehatan dalam upaya pencegahan kejadian pasien jatuh di unit rawat inap serta mengevaluasi efektivitas pelaksanaan program pencegahan pasien jatuh
5.	Definisi Operasional	1. Kejadian pasien jatuh adalah peristiwa ketika pasien secara tidak sengaja berada di lantai atau pada tingkat yang lebih rendah dari posisi semula selama menjalani perawatan di unit rawat inap, baik dengan maupun tanpa cedera 2. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi : a. Assesmen Awal Risiko Jatuh b. Assesmen Ulang Risiko Jatuh c. Edukasi Pencegahan Pasien Jatuh 3. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
9.	Denumerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko jatuh yang diobservasi
10.	Target	100%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien rawat inap yang berisiko jatuh selama perawatan
		Ekslusi : Kejadian yang tidak termasuk dalam definisi pasien jatuh sesuai ketentuan rumah sakit, misalnya pasien yang sengaja turun ke lantai sebagai bagian dari tindakan/aktivitas yang direncanakan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif dan/atau concurrent sesuai sistem pencatatan rumah sakit

14.	Sumber Data	Laporan insiden keselamatan pasien, rekam medis, laporan kejadian pasien jatuh, dan sensus harian pasien rawat inap
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir pengumpulan data kejadian pasien jatuh, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh kejadian pasien jatuh yang terjadi di unit rawat inap
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan Grafik tren bulanan
19.	Penanggung Jawab	Kepala Ruang Rawat Inap, Tim Mutu dan Keselamatan Pasien

12. KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN

1.	Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain
2.	Dasar Pemikiran	1. UU 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 32 tentang setiap pasien mempunyai mengajukan pegaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 2. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Apabila selama perawatan pasien merasa bahwa rumah sakit belum memberikan kewajiban tersebut maka pasien memiliki hak untuk mengajukan komplain. 3. Untuk itu rumah sakit perlu memiliki unit yang merespon dan menindaklanjuti keluhan terkait dengan waktu yang telah ditetapkan agar keluhan pasien dapat segera teratasi.
3.	Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
4.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
5.	Definisi Operasional	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah tentang waktu rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis. Lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, persiapan grading risiko, behavior hingga tindak lanjutnya. 2. Grading risiko dan standart waktu tanggap komplain : a) *Grading* merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindak lanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/ pengunjung. Kriteria cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem kelangsungan organisasi potensi kerugian material dan lain-lain. b) *Grading* kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien /keluarga/pengunjung. Kriteria : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c) *Grading* hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan grading.
9.	Denumerator	Jumlah komplain yang di survei

10.	Target	> 80%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Semua komplain yang diterima oleh unit/instalasi baik secara lisan, tertulis dan media massa
		Ekslusi : Data komplain duplikat yang merujuk pada kejadian yang sama
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
14.	Sumber Data	Data sekunder dari catatan komplain
15.	Instrumen Pengambilan Data	1. Formulir komplain 2. Laporan tindak lanjut komplain
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan grading
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Bulanan, Triwulan, Tahunan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Ka. Humas

13. KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA

1.	Judul Indikator	Kepuasan Pasien dan Keluarga
2.	Dasar Pemikiran	1. UU No 25/ 2014 Tentang Pelayanan Publik 2. UU No 44/ 2009 Tentang RS 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No.14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik 4. Kepmenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang SPM RS 5. Menurut Permenkes No. 30 Tahun 2022, kepuasan pasien dan keluarga adalah penilaian dan hasil pendapat pasien dan keluarga terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Standar kepuasan tersebut adalah indikator mutu pelayanan dan merupakan hasil dari perbandingan antara pelayanan yang diterima dengan harapan pasien dan keluarga,
3.	Dimensi Mutu	Kepuasan pasien dan keluarga sangat dipengaruhi oleh bagaimana rumah sakit memahami, menghormati, dan memenuhi kebutuhan serta preferensi pasien
4.	Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien dan keluarga terhadap mutu pelayanan yang diterima, sebagai dasar upaya–upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan disemua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien
5.	Definisi Operasional	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survey sedang berasa dilokasi unit pelayanan kesehatan atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Survey Kepuasan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien dan keluarga terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. 4. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variable penyusunan survei kepuaasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan 5. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi : a) Persyaratan b) Sistem, mekanis, dan prosedur c) Waktu penyelesaian d) Biaya/tarif e) Produk spesifikasi jenis pelayanan f) Kompetensi pelaksana g) Perilaku pelaksana h) Penanganan pengaduan, saran dan masukan

		i) Sarana dan prasarana
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien dan keluarga yang menyatakan puas dengan pelayanan yang diberikan
9.	Denumerator	Jumlah pasien dan keluarga yang mengisi survei
10.	Target	≥ 76.61%
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien dan keluarga yang mendapatkan pelayanan kesehatan
		Ekslusi : Pasien yang tidak mampu memberikan penilaian secara mandiri
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	• Aspek Pelayanan Medis • Aspek pelayanan kepera1xatan • Aspek Fasilitas dan kenyamanan VIP • Aspek Makanan & Gizi dan Aspek Administrasi & Pelayanan Penunjang
14.	Sumber Data	Aplikasi survei kepuasan pasien dan keluarga
15.	Instrumen Pengambilan Data	Menggunakan G Form/Kuisioner
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah populasi pasien dalam periode pengukuran
		Cara pengambilan sampel : Random sampling yang memenuhi kriteria inklusi
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, Grafik Run Chart
19.	Penanggung Jawab	Ka.Unit, PIC Mutu, Humas

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Irfan Fathurrohman W.. Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330