KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/ 83 /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 prioritas rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. Bahwa indikator mutu prioritas rumah sakit terdiri dari Indikator Mutu 6 Sasaran Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Pelayanan Klinis Prioritas, Indikator Mutu sesuai Tujuan Strategis Rumah Sakit, Indikator Mutu terkait Perbaikan Sistem, Indikator Mutu terkait Manajemen Risiko dan Indikator Mutu terkait Penelitian Klinis dan Pendidikan Kedokteran;

c. 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;

d. 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 prioritas rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

MEMUTUSKAN:

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

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

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

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

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

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/ *83* /I/2026
Tanggal 21 Juni 2026

INDIKATOR MUTU UNIT RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

No.	Indikator Mutu Prioritas	Penanggungjawab	Target
1	2	3	4
Indikator Mutu Prioritas 6 Sasaran Keselamatan Pasien			
1.	Ketidaktepatan Penginputan Hasil *Expertise* Radiologi Pasien Rawat Inap	Seluruh Ruang Rawat Inap dan Radiologi	0%
2.	Ketidaktepatan Penginputan *Readback* Pasien Rawat Inap	Seluruh ruang rawat inap	0%
3.	Angka Ketidakpatuhan Dilakukannya Pengecekan Ganda Pada Pemberian Obat *High Alert*	Seluruh Ruang Rawat Inap. Radiologi, HD, UBS, dan IGD	0%
4.	Kepatuhan Pemberian Tanda Pada Area Operasi Pasien	Seluruh Ruang Rawat Inap	100%
5.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas Kesehatan	Seluruh Ruang Rawat Inap, Rawat Jalan. Penunjang (Lab, Radiologi, UPM, Laundry, CSSD, Pemulasaran Jenazah, Storing, Haralkes, Farmasi, Taud dan Kesprev)	100%
6.	Angka Kejadian Pasien Jatuh Di Unit Rawat Inap	Kepala Ruang Rawat Inap, Tim Mutu dan Keselamatan Pasien	0%
Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis			
7.	Persentase Pasien Stroke Infark Yang Mendapatkan Edukasi Dan Obat Antiplatelet/Antikoagulan	Seluruh Ruang Rawat Inap	≥ 85 %
Indikator Mutu Prioritas sesuai Tujuan Strategis RS			
8.	Angka Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan ≤ 60 Menit	Kawatlan	100%
Indikator Mutu Prioritas Perbaikan Sistem			
9.	Angka Rasio Perawat Dan Pasien Sesuai Standar	Watum dan Urpers	90%
Indikator Mutu Prioritas Manajemen Risiko			
10.	Persentase Unit Yang Melakukan Identifikasi Dan Pemutakhiran *Risk Register*	Seluruh Unit, Tim Mutu dan Subtim Manajemen Risiko	> 90 %
Indikator Mutu Prioritas Penelitian Klinis dan Pendidikan Kedokteran			
11.	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Peserta Didik	Komkordik	≥ 80 %

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

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

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Ketidaktepatan Penginputan Hasil *Expertise* Radiologi Pasien Rawat Inap
2.	Dasar Pemikiran	Ketepatan penginputan hasil *expertise* radiologi diperlukan untuk menjamin ketersediaan informasi diagnostik yang benar, lengkap, dan tepat waktu sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan klinis serta kesinambungan pelayanan pasien. 1. Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, terutama ketentuan mengenai RME, hak akses, penginputan dan perbaikan data 2. Permenkes No. 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik, terkait penyelenggaraan pelayanan radiologi 3. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, untuk kerangka umum penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tenaga medis/tenaga kesehatan, mutu dan keselamatan pasien
3.	Dimensi Mutu	Akurat, Tepat Waktu, dan Keselamatan Pasien
4.	Tujuan	Mengukur dan menurunkan kejadian ketidaktepatan penginputan hasil *expertise* radiologi pada pasien rawat inap.
5.	Definisi Operasional	Ketidaktepatan penginputan hasil *expertise* radiologi adalah setiap hasil *expertise* pemeriksaan radiologi pasien rawat inap yang diinput ke dalam sistem informasi rumah sakit secara tidak sesuai dengan hasil yang telah diverifikasi/ditandatangani oleh dokter radiologi, baik berupa kesalahan identitas pasien, jenis pemeriksaan, hasil, maupun ketidaksesuaian isi lainnya.
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kesalahan penginputan hasil *expertise r*adiologi pasien rawat inap
9.	Denumerator	Jumlah hasil *expertise* radiologi pasien rawat inap
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Hasil *expertise* pemeriksaan radiologi pasien rawat inap yang telah selesai dan diinput ke dalam sistem informasi rumah sakit (SIMRS)
		Ekslusi : Hasil pemeriksaan yang dibatalkan, pemeriksaan yang belum memiliki *expertise* final, atau kondisi lain yang ditetapkan dalam kebijakan rumah sakit
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif melalui audit kesesuaian hasil *expertise* radiologi dengan hasil yang diinput dalam sistem informasi rumah sakit
14.	Sumber Data	SIMRS, rekam medis, dan dokumen hasil *expertise* radiologi
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir audit ketepatan penginputan hasil *expertise* radiologi, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh kesalahan penginputan hasil *expertise r*adiologi pasien rawat inap
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik/trend bulanan dan persentase ketidaktepatan penginputan
19.	Penanggung Jawab	Seluruh Ruang Rawat Inap dan Radiologi

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Ketidaktepatan Penginputan *Readback* Pasien Rawat Inap
2.	Dasar Pemikiran	Penginputan hasil *readback* yang tepat dan lengkap diperlukan untuk memastikan instruksi atau informasi klinis yang disampaikan secara verbal/telepon tercatat sesuai dengan yang diterima, sehingga mengurangi risiko kesalahan komunikasi dan kesalahan pelayanan pasien 1. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Permenkes RI Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas, dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	Mengukur dan menurunkan kejadian ketidaktepatan dalam penginputan *readback* pada pasien rawat inap
5.	Definisi Operasional	Ketidaktepatan penginputan *readback* adalah kondisi ketika hasil *readback* yang telah dilakukan tidak diinput secara benar, lengkap, sesuai instruksi yang diterima, atau tidak sesuai dengan ketentuan/prosedur yang berlaku dalam rekam medis/sistem informasi rumah sakit (SIMRS)
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah ketidaktepatan dalam penginputan prosedur *readback* pada SIMRS
9.	Denumerator	Jumlah seluruh *readback*
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh *readback* pada pasien rawat inap yang wajib didokumentasikan/diinput sesuai ketentuan rumah sakit selama periode pengukuran
		Ekslusi : *Readback* yang tidak termasuk dalam ketentuan wajib dokumentasi atau kasus yang datanya tidak dapat diverifikasi sesuai ketentuan yang ditetapkan
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Audit rekam medis/dokumen *readback* dan/atau audit SIMRS
14.	Sumber Data	Rekam medis pasien, formulir/catatan *readback*, dan SIMRS
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir audit kepatuhan/ketepatan *readback* atau checklist audit rekam medis, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh penginputan *readback* pasien rawat inap yang ditemukan tidak tepat
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel dan grafik tren bulanan; dapat disertai analisis berdasarkan unit atau jenis ketidaktepatan
19.	Penanggung Jawab	Seluruh ruang rawat inap

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Angka Ketidakpatuhan Dilakukannya Pengecekan Ganda Pada Pemberian Obat *High Alert*
2.	Dasar Pemikiran	Obat *high alert* memiliki risiko tinggi menyebabkan cedera serius apabila terjadi kesalahan dalam proses pemberian. Pengecekan ganda (*double check*) oleh petugas yang berwenang merupakan salah satu upaya untuk mencegah kesalahan obat. 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan petugas dalam melakukan pengecekan ganda pada pemberian obat *high alert* serta menurunkan risiko *medication error*
5.	Definisi Operasional	Ketidakpatuhan adalah kondisi ketika pemberian obat *high alert* tidak dilakukan pengecekan ganda oleh petugas sesuai ketentuan/SPO yang berlaku, yang dibuktikan berdasarkan hasil observasi atau audit
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kejadian pemberian obat *high alert* oleh petugas yang tidak dilakukan pengecekan ganda sesuai ketentuan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pemberian obat *high alert* oleh petugas
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pemberian obat yang termasuk daftar obat *high alert* rumah sakit dan menjadi objek pengecekan ganda sesuai SPO
		Ekslusi : Pemberian obat yang tidak termasuk kategori *high alert* dan/atau kondisi yang secara resmi dikecualikan dalam SPO rumah sakit
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi langsung dan/atau audit dokumentasi pelaksanaan *double check*
14.	Sumber Data	Lembar observasi, rekam medis/dokumentasi pemberian obat, formulir *double check*, atau SIMRS
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir/lembar audit kepatuhan pengecekan ganda obat *high alert*, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pemberian obat *high alert* pada unit pelayanan 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/trend chart
19.	Penanggung Jawab	Seluruh Ruang Rawat Inap. Radiologi, HD, UBS, dan IGD

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 83 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Pemberian Tanda Pada Area Operasi Pasien
2.	Dasar Pemikiran	Pemberian tanda pada area operasi merupakan bagian dari upaya memastikan ketepatan lokasi, sisi, dan prosedur operasi serta mencegah kejadian salah sisi/lokasi operasi 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 3. Standar Akreditasi Rumah Sakit terkait Sasaran Keselamatan Pasien, khususnya pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*) dan verifikasi lokasi, prosedur, serta pasien sebelum dilakukan tindakan operasi
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan petugas dalam memberikan tanda pada area operasi pasien sesuai ketentuan sebelum pasien menjalani tindakan operasi
5.	Definisi Operasional	Kepatuhan pemberian tanda pada area operasi adalah terlaksananya pemberian tanda pada lokasi/sisi tubuh yang akan dioperasi sesuai ketentuan, dilakukan sebelum pasien menjalani tindakan operasi dan dapat diverifikasi pada proses verifikasi praoperasi
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien operasi yang diberi tanda pada area operasi dengan benar sesuai ketentuan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang menjalani operasi yang memerlukan pemberian tanda pada area operasi
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien yang menjalani tindakan operasi/prosedur yang memerlukan penandaan lokasi operasi
		Ekslusi : Prosedur yang secara klinis tidak memerlukan penandaan lokasi, sesuai ketentuan rumah sakit
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi dan telaah dokumen/rekam medis
14.	Sumber Data	Rekam medis, formulir/checklist verifikasi praoperasi, checklist keselamatan operasi, dan/atau observasi langsung
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir/lembar observasi/checklist atau *Formulir Surgical Safety Checklist* (SSC) pada rekam medis, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien operasi yang memenuhi kriteria inklusi; bila menggunakan sampel, mengikuti metode sampling yang ditetapkan rumah sakit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik/tren bulanan dan persentase capaian terhadap target
19.	Penanggung Jawab	Seluruh Ruang Rawat Inap

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas Kesehatan
2.	Dasar Pemikiran	Penggunaan APD yang tepat merupakan salah satu upaya melindungi petugas kesehatan dari risiko pajanan infeksi dan bahaya selama memberikan pelayanan kepada pasien
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
4.	Tujuan	Mengukur tingkat kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai jenis pelayanan, risiko pajanan, dan prosedur yang berlaku
5.	Definisi Operasional	Kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD yang sesuai dan lengkap berdasarkan risiko pajanan serta prosedur/SOP yang berlaku pada saat melakukan pelayanan atau tindakan 1. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 2. Permenkes Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit 3. Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 4. Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan
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 : 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	Seluruh Ruang Rawat Inap, Rawat Jalan. Penunjang (Lab, Radiologi, UPM, Laundry, CSSD, Pemulasaran Jenazah, Storing, Haralkes, Farmasi, Taud dan Kesprev)

Profil Indikator Mutu Prioritas Sasaran Keselamatan Pasien

1.	Judul Indikator	Angka Kejadian Pasien Jatuh Di Unit Rawat Inap
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 angka kejadian pasien jatuh di unit rawat inap serta mengevaluasi efektivitas pelaksanaan program pencegahan pasien jatuh
5.	Definisi Operasional	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
6.	Jenis Indikator	Outcome
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah kejadian pasien jatuh di unit rawat inap
9.	Denumerator	Jumlah keseluruhan pasien yang dirawat pada unit rawat inap
10.	Target	0 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh kejadian pasien jatuh yang terjadi pada pasien selama menjalani perawatan di unit rawat inap
		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

Profil Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

1.	Judul Indikator	Persentase Pasien Stroke Infark Yang Mendapatkan Edukasi Dan Obat Antiplatelet/Antikoagulan
2.	Dasar Pemikiran	Pemberian edukasi dan terapi antiplatelet/antikoagulan pada pasien stroke infark merupakan bagian penting dalam tata laksana dan pencegahan kejadian stroke berulang 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehata 2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran/Clinical Practice Guideline yang berlaku mengenai tata laksana strok
4.	Dimensi Mutu	Efektivitas, Keselamatan, dan Berorientasi pada pasien
5.	Tujuan	Mengetahui kepatuhan pemberian edukasi serta terapi antiplatelet/antikoagulan pada pasien stroke infark sesuai indikasi
6.	Definisi Operasional	Persentase pasien dengan diagnosis stroke infark yang selama perawatan mendapatkan edukasi terkait penyakit dan terapinya serta mendapatkan obat antiplatelet/antikoagulan sesuai indikasi dan tidak memiliki kontraindikasi
7.	Jenis Indikator	Output
8.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
9.	Numerator	Jumlah pasien stroke infark yang mendapatkan edukasi dan obat antiplatelet/antikoagulan sesuai indikasi
10.	Denumerator	Jumlah seluruh pasien stroke infark yang dirawat
11.	Target	≥ 85 %
12.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh pasien dengan diagnosis stroke infark yang menjalani perawatan di rumah sakit dan memenuhi indikasi pemberian antiplatelet/antikoagulan
		Ekslusi : Pasien dengan kontraindikasi pemberian antiplatelet/antikoagulan, pasien yang meninggal sebelum terapi dapat diberikan, atau kondisi klinis lain yang terdokumentasi menyebabkan terapi tidak diberikan
13.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}}$ x 100%
14.	Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
15.	Sumber Data	Rekam medis pasien, lembar asesmen, catatan edukasi, dan catatan pemberian obat (e-MAR/lembar obat)
16.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir Pengumpulan Data, Aplikasi siIMUT
17.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh pasien stroke infark yang mendapatkan edukasi dan obat antiplatelet/antikoagulan sesuai indikasi
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
18.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
19.	Penyajian Data	Grafik/trend bulanan dan persentase pencapaian terhadap target
20.	Penanggung Jawab	Seluruh Ruang Rawat Inap

Profil Indikator Mutu Prioritas Tujuan Strategis RS

1.	Judul Indikator	Angka Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan ≤ 60 Menit
2.	Dasar Pemikiran	1. Undang-undang tentang RS Rumah Sakit menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. 2. Peraturan Kesehatan RI No.30 Tahun 2022 tentang standar pelayanan waktu tunggu khusus pada layanan rawat jalan. 3. Permenkes No.11 tahun 2016 dan Peraturan Menteri Kesehatan (2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3.	Dimensi Mutu	Efektifitas,Efisiensi dan Kesinambungan pelayanan
4.	Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien
5.	Definisi Operasional	Ukuran waktu yang dihitung sejak pasien mendaftar atau mengambil nomor antrian hingga mendapatkan pelayanan medis di poliklinik tujuan dan mendapat resep obat.
6.	Jenis Indikator	Output
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah pasien yang di layani dokter sejak tiba di poliklinik dalam waktu ≤ 60 menit sejak pasien tiba di poliklinik
9.	Denumerator	Jumlah pasien rawat jalan yang dilakukan observasi dalam 1 bulan
10.	Target	100 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Pasien rawat jalan yang men
		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 ≤ 60 Menit
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Triwulan
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik Batang
19.	Penanggung Jawab	Kawatlan

Profil Indikator Mutu Prioritas Perbaikan Sistem

1.	Judul Indikator	Angka Rasio Perawat Dan Pasien Sesuai Standar
2.	Dasar Pemikiran	Ketersediaan jumlah perawat yang sesuai dengan jumlah dan kebutuhan pasien diperlukan untuk menjamin mutu pelayanan serta keselamatan pasien 1. Permenkes RI Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit 2. Permenkes RI Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas, dan Kesinambungan Pelayanan
4.	Tujuan	Memastikan ketersediaan tenaga keperawatan sesuai dengan jumlah pasien dan standar pelayanan yang ditetapkan sehingga mutu dan keselamatan pasien terjamin
5.	Definisi Operasional	Persentase jumlah perawat terhadap jumlah pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan
6.	Jenis Indikator	Input
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah seluruh tenaga perawat saat ini
9.	Denumerator	Jumlah seluruh tenaga perawat sesuai dengan standar pelayanan RS
10.	Target	90 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Data jumlah perawat yang bekerja secara lengkap dan valid
		Ekslusi : Data jumlah perawat atau pasien tidak lengkap/tidak valid
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Observasi
14.	Sumber Data	Urpers (Bendel Personel)
15.	Instrumen Pengambilan Data	Data Kepegawaian, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Jumlah seluruh perawat yang bekerja di RS
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Grafik tren dan Tabel
19.	Penanggung Jawab	Watum dan Urpers

Profil Indikator Mutu Prioritas Manajemen Risiko

1.	Judul Indikator	Persentase Unit Yang Melakukan Identifikasi Dan Pemutakhiran *Risk Register*
2.	Dasar Pemikiran	Identifikasi dan pemutakhiran *risk register* secara berkala diperlukan untuk memastikan setiap unit mampu mengenali risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan, melakukan penilaian risiko, serta menetapkan dan memantau upaya pengendaliannya 1. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2024 tentang Pencabutan Permenkes Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan 2. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3.	Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektivitas, dan Tata Kelola
4.	Tujuan	Mengukur kepatuhan unit dalam melakukan identifikasi dan pemutakhiran risiko secara berkala sebagai dasar pengendalian risiko dan peningkatan mutu pelayanan
5.	Definisi Operasional	Persentase unit kerja yang telah melakukan identifikasi risiko dan pemutakhiran *risk register* sesuai ketentuan/periode yang ditetapkan serta dibuktikan dengan dokumen *risk register* yang lengkap dan telah diperbarui
6.	Jenis Indikator	Proses
7.	Satuan Pengukuran	Persentase (%)
8.	Numerator	Jumlah unit yang melakukan identifikasi dan pemutakhiran *risk register* sesuai ketentuan
9.	Denumerator	Jumlah seluruh unit kerja yang wajib melakukan identifikasi dan pemutakhiran *risk register*
10.	Target	> 90 %
11.	Kriteria Inklusi dan Ekslusi	Inklusi : Seluruh unit kerja yang diwajibkan memiliki dan melakukan pemutakhiran *risk register*
		Ekslusi : Unit yang secara resmi tidak diwajibkan memiliki *risk register* sesuai kebijakan organisas
12.	Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$
13.	Metode Pengumpulan Data	Audit/review dokumen *risk register* masing-masing unit
14.	Sumber Data	*Risk register* unit, laporan manajemen risiko, dan/atau dokumen monitoring risiko
15.	Instrumen Pengambilan Data	Formulir/checklist monitoring *risk register*, aplikasi siIMUT
16.	Populasi/sampel (Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel)	Besar sampel : Seluruh unit yang melakukan identifikasi dan pemutakhiran *risk register* sesuai ketentuan
		Cara pengambilan sampel : Total sampling
17.	Periode Analisis dan Pelaporan Data	Periode Analisis : Setiap Bulan, Semester
		Pelaporan Data : Setiap Bulan
18.	Penyajian Data	Tabel, grafik, dan/atau *run chart*
19.	Penanggung Jawab	Seluruh Unit, Tim Mutu dan Manajemen Risiko

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka. RSAU dr. E Antariksa
Nomor Kep/ 83 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

Profil Indikator Mutu Prioritas Penelitian Klinis dan Pendidikan Kedokteran

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

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