

**PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN
DATA INDIKATOR MUTU
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016**

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR : 1377.2/RSSK/SK/VII/2016

TENTANG

**PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan instrumen penting dalam menjalankan roda organisasi (Rumah Sakit) untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan organisasi;
- b. bahwa Pengelolaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditujukan untuk meningkatkan kontribusi produktif mutu rumah sakit pada organisasi dengan cara yang bertanggung jawab dari sisi strategik, etik dan sosial;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu diterbitkan Surat Keputusan Direktur tentang Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Kota Pekalongan.

6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
8. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
9. Keputusan Direktur Nomor 0087.1/RSKK/SK/I/2016 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Kota Pekalongan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 4 Juli 2016

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Seluruh Instalasi / Urusan / Unit Kerja / Ruangan terkait
2. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 1377.2/RSSK/SK/VII/2016
Tanggal : 4 Juli 2016

PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipicu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain, yaitu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output*). Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula. Indikator rumah sakit disusun bertujuan mengukur kinerja rumah sakit serta nyata sesuai standar yang ditetapkan.

Untuk melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi indikator mutu rumah sakit diperlukan suatu perangkat pencatatan dan pelaporan yang baik dan akurat, sehingga informasi yang ada benar-benar dapat menggambarkan kualitas dari mutu pelayanan rumah sakit. Data tersebut nantinya dapat digunakan sebagai bahan perencanaan dan pengambilan keputusan dalam menentukan kebijakan program mutu di masa yang akan datang. Salah satu fungsi Komite Mutu adalah melakukan pengumpulan dan pengolahan data unit, disamping melakukan analisa dan pengkajian

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

program mutu, mengikuti perkembangan (monitoring) dan menyusun laporan penyelenggaraan program mutu.

Namun sampai saat ini belum diperoleh data yang optimal tentang penyelenggaraan kegiatan mutu di rumah sakit, karena mekanisme pencatatan dan pelaporan kegiatan mutu belum berjalan. Hal ini terutama disebabkan karena belum adanya kesamaan dalam pemahaman dan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan kegiatan mutu di tiap tingkat administrasi. Untuk itu, guna memperoleh data yang akurat tentang pelaksanaan kegiatan mutu rumah sakit, maka perlu disusun panduan pencatatan dan pelaporan kegiatan mutu rumah sakit yang dapat dijadikan acuan oleh semua unit Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan panduan dalam pencatatan dan pelaporan pelaksanaan indikator mutu bagi unit-unit rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

Dihasilkannya acuan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan untuk :

- a. Pelaksanaan program indikator mutu yang diselenggarakan oleh unit kerja di Rumah Sakit.
- b. Rekapitulasi pelaksanaan kegiatan indikator mutu yang diselenggarakan oleh unit kerja di Rumah Sakit.
- c. Rekapitulasi pelaksanaan kegiatan indikator mutu yang diselenggarakan di tingkat manajemen tiap bulan.

BAB II

DEFINISI

A. Pencatatan dan Pelaporan Penyelenggaraan Tiap Kegiatan Indikator Mutu Unit

Adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan indikator mutu unit berupa laporan lengkap pelaksanaan indikator mutu dari sumber data yang diperlukan dengan menggunakan format yang ditetapkan antara lain checklist, survei, dokumen rekam medis dan lain-lain, direkapitulasi dalam sensus harian.

B. Pencatatan dan Pelaporan Rekapitulasi Kegiatan Indikator Mutu Unit Tiap Bulan

Adalah melakukan pencatatan data tiap kegiatan indikator mutu unit dalam satu bulan berjalan dan melaporkan data tersebut berupa rekapitulasi kegiatan mutu bulanan kepada Direktur dengan menggunakan format yang ditetapkan.

C. Pencatatan dan Pelaporan Rekapitulasi Kegiatan yang diselenggarakan di Komite PMKP Tiap Bulan

Adalah melakukan pencatatan data indikator mutu semua unit dalam satu bulan dan satu tahun berjalan, dan melaporkan data tersebut kepada Direktur dengan menggunakan format yang telah ditetapkan.

D. Indikator

Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menilai suatu perubahan. Menurut WHO, indikator adalah variabel untuk mengukur perubahan. Indikator yang ideal harus memiliki 4 (empat) kriteria :

1. Sahih (*valid*), yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai.
2. Dapat dipercaya (*reliable*), yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
3. Sensitif, yaitu cukup peka untuk mengukur, sehingga jumlahnya tidak perlu banyak.
4. Spesifik, yaitu memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas, tidak bertumpang tindih.

Indikator juga merupakan suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan merupakan variabel yang digunakan untuk menilai perubahan.

E. Mutu

Menurut Crosby, mutu adalah sesuai yang disyaratkan atau distandarkan (*Conformance to requirement*), yaitu sesuai dengan standar mutu rumah sakit yang telah ditentukan, baik inputnya, prosesnya maupun outputnya.

F. Data Indikator Mutu

Data Indikator Mutu pelayanan adalah pengukuran data langsung dan tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi mutu pelayanan di rumah sakit. Atau diartikan

juga sebagai ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan.

G. Indikator Mutu Utama

Adalah indikator mutu yang akan diimplementasi di RS meliputi kegiatan penyusunan indikator Mutu, sosialisasi, uji coba, implementasi, validasi, analisa, pencatatan dan pelaporan, benchmarking, publikasi, monitoring dan evaluasi, pelaporan ke direktur dan pemilik RS dengan kriteria *high risk, high volume, high cost dan problem prone*. Sedangkan indikator mutu yang lainnya akan tetap dijadikan indikator mutu unit.

H. Indikator Mutu Area Klinis

Indikator mutu area klinis adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses perawatan dan pelayanan terhadap penyakit pasien (kepentingan klinis).

I. Indikator Mutu Area Manajerial

Indikator mutu area manajerial adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan dengan proses *me-manage/mengatur* dalam hal perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Di mana penyelesaian pekerjaan ini melalui orang lain (definisi menurut Mary Parker Follet). Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal / target.

J. Indikator Mutu Area Sasaran Keselamatan Pasien

Indikator mutu area sasaran keselamatan pasien adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit dalam upaya menurunkan angka kejadian / insiden untuk meningkatkan keselamatan pasien.

K. Indikator Mutu Area *JCI Library Of Measure*

Indikator mutu area *JCI library of measure* adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan /berdasar pada ketentuan *Join Comite international Library of Measure*.

L. Kamus Profil Indikator

Kamus profil indikator berisi poin-poin indikator mutu dari tiap unit RS dimana di dalamnya mencakup judul, dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, nominator,

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

denominator, frekuensi pengumpulan data, periode analisa, sumber data, PIC, standar dari indikator mutu sebagai acuan dalam pelaksanaan indikator mutu.

M. Dimensi Mutu

Suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia berdasarkan WHO.

N. Unit Pelayanan

Adalah salah satu bagian pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien.

O. Definisi Operasional

Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.

P. Frekuensi Pengumpulan Data

Adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

Q. Periode Analisa

Adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

R. Numerator/Pembilang

Adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

S. Denominator/Penyebut

Adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

T. Sumber Data

Adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

U. Standar/Target

Adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu / kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik rumah sakit.

BAB III

RUANG LINGKUP

A. Indikator Mutu

Pencatatan dan pelaporan indikator mutu terdiri atas :

1. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan indikator mutu sesuai kebijakan, panduan, Standar Prosedur Operasional (SPO).
2. Input data indikator dari unit rumah sakit.
3. Pelaporan indikator mutu oleh unit ke komite PMKP.
4. Rekapitulasi data indikator mutu.
5. Analisis indikator mutu unit oleh komite PMKP.
6. Penampilan data indikator mutu secara deskriptif.
7. Pelaporan data indikator mutu ke Direktur.

B. Pengelolaan Data untuk Peningkatan Kinerja

1. Pengumpulan data terdiri dari :
 - a. Data apa yang akan dikumpulkan.
 - b. Bagaimana menghitung setiap ukuran data dengan rumus numerator, denominator.
 - c. Ambang data.
 - d. Sumber data.
2. Penelusuran data
 - a. Frekuensi pemantauan.
 - b. Menyimpan dan mengambil data.
 - c. Distribusi data.
 - d. Metode untuk menyajikan data.
3. Analisa dan Interpretasi data
 - a. Meninjau data.
 - b. Interpretasi data.
 - c. Distribusi hasil analisis.
 - d. Bukti klinis.
4. Perbaikan data dan Pengambilan keputusan
 - a. Siklus PDCA untuk perbaikan data.
 - b. Perbaikan sistem pengiriman.
 - c. Manajemen klinis membuat keputusan.
 - d. Pengambilan keputusan manajerial.

C. Jenis Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit

- 1. Indikator Area Klinis, terdiri atas 11 indikator mutu
- 2. Indikator Area Manajerial, terdiri atas 9 indikator mutu
- 3. Indikator Area Sasaran Keselamatan Pasien, terdiri atas 6 indikator mutu
- 4. Indikator JCI *library of measure* (JCI LM), terdiri atas 5 indikator mutu. Untuk Indikator JCI *library of measure* pada akreditasi tahap pertama hanya dibuatkan profil indikator, tidak perlu dilakukan pengumpulan data dan analisa data (Luwiharsi, 2013).

D. Jenis Data yang Dicatat dan Dilaporkan

Adalah indikator mutu yang diutamakan yang akan diimplementasi di RS meliputi kegiatan: penyusunan indikator mutu, sosialisasi, uji coba, implementasi, validasi, analisa, pencatatan dan pelaporan, *benchmarking*, publikasi, monitoring dan evaluasi, pelaporan ke direksi dan yayasan dengan kriteria *high risk, high volume, high cost* dan *problem prone*. Sedangkan indikator mutu yang lainnya akan tetap dijadikan indikator mutu unit. Dengan rincian sebagai berikut:

INDIKATOR MUTU UTAMA		
I. INDIKATOR AREA KLINIS		
No	Area Indikator	Judul Indikator Mutu
1	Assesment Pasien	Angka kelengkapan asesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap
2	Pelayanan Laboratorium	Pelaporan nilai kritis laboratorium
3	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pemeriksaan cito radiologi pasien IGD
4	Prosedur Bedah	Angka kepatuhan pelaksanaan time out dalam prosedur pembedahan
5	Penggunaan Antibiotika dan Obat Lainnya	Pemberian aspirin dalam 24 jam pertama pada pasien AMI di ICU (Masuk ILM)
6	Kesalahan pengobatan (<i>medication error</i>) dan kejadian nyaris cedera (KNC)	Kejadian kesalahan dan kejadian nyaris cedera (KNC) yang terkait kesalahan
7	Penggunaan Anestesi	Kelengkapan asesmen pra anestesi oleh dokter anestesi
8	Penggunaan Darah dan Produk Darah	Angka kejadian efek samping / reaksi pasca transfusi

9	Ketersediaan, Isi dan Penggunaan Catatan Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
10	Pencegahan dan pengendalian infeksi , surveilans, dan pelaporan	Angka kejadian decubitus (Masuk ILM)
11	Riset Klinis	TDD
II. INDIKATOR AREA MANAJEMEN		
No	Area Indikator	Judul Indikator Mutu
1	Penggadaan Rutin	Ketersediaan Obat dan Alkes emergency di ruang resusitasi IGD
2	Pelaporan yang diwajibkan	Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke Sub Komite Mutu (maksimal tanggal 5)
3	Manajemen Risiko.	Kejadian pasien pulang paksa(APS)
4	Pemanfaatan Sumberdaya	Utilisasi Alat CPAP
5	Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga.	Harapan dan kepuasan pasien / keluarga
6	Harapan dan Kepuasan Staf	Laporan hasil survey kepuasan karyawan terhadap ketepatan waktu penerimaan remunerasi
7	Demografi dan diagnosa klinis	Angka 10 (sepuluh) besar penyakit rawat jalan dan rawat inap
8	Manajemen keuangan	Current ratio
9	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang menimbulkan masalah bagi keselamatan bagi pasien, keluarga pasien dan staf	Kepatuhan penggunaan APD pada petugas cleaning service
III. INDIKATOR AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN		
No	Area Indikator	Judul Indikator Mutu
1	Ketepatan identifikasi pasien.	Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien sebelum pemberian injeksi
2	Peningkatan komunikasi yang efektif.	Kepatuhan melakukan CABAKO saat menerima instruksi verbal saat menerima telepon
3	Peningkatan keamanan obat.	Angka Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert
4	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.	Kelengkapan Surgical Check List

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

5	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.	Angka Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Cuci Tangan sesuai WHO
6	Pengurangan resiko jatuh.	Angka kejadian pasien jatuh di rawat inap (masuk ILM)

BAB IV

TATA LAKSANA

A. Pencatatan Dan Pelaporan Indikator Mutu Utama

1. Pencatatan

a. Pencatatan dan pelaporan dari masing-masing indikator utama unit mengacu pada pelaksanaan sesuai dengan SPO indikator masing-masing unit.

b. Populasi dan sampel

1) Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007:90).

2) Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

Ukuran sampel atau jumlah sampel yang diambil menjadi persoalan yang penting manakala jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian yang menggunakan analisis kuantitatif. Pada penelitian yang menggunakan analisis kualitatif, ukuran sampel bukan menjadi nomor satu, karena yang dipentingkan adalah kekayaan informasi. Walau jumlahnya sedikit tetapi jika kaya akan informasi, maka sampelnya lebih bermanfaat.

3) Menentukan jumlah sampel.

Jika ukuran populasinya di atas 1000, maka sampel = 10%, tetapi jika ukuran populasinya ≥ 100 , sampelnya paling sedikit 30%, dan jika ukuran populasinya <100 , maka sampelnya harus 100%.

c. Pencatatan Sumber Data Unit

d. Pencatatan sumber data dari unit dari masing-masing indikator utama unit dengan pengambilan sumber data melalui berbagai jenis antara lain: checklist, survey, form assesment, data rekam medis dan data pendukung lain yang terkait dengan alat bantu dari masing-masing unit.

e. Sensus Harian Indikator Rumah Sakit (format sederhana unit terkait) dibagikan pada semua Ruang/Unit/Instalasi yang terkait seperti : ruang rawat inap, IGD, catatan medik/ unit rekam medik atau unit lain.

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- f. Penanggungjawab pengisian format sensus harian adalah Kabag/Kasie/Kepala Instalasi/ Penanggung jawab Ruang/Unit/Instalasi terkait (Laporan dibuat setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 3 bulan berikutnya).
- g. Formulir laporan bulanan rumah sakit diisi oleh Kabag/Kasie/Kepala Instalasi/ Penanggungjawab Ruang/Unit/Instalasi terkait berdasarkan pada data-data yang ada pada form A. Formulir ini harus sudah diserahkan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya pada komite PMKP.
- h. Pengisian laporan formulir C dari tiap-tiap unit dilakukan rekapitulasi indikator mutu berdasarkan hasil data pengisian dari formulir B, dilaporkan kepada sub komite peningkatan mutu selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya.
- i. Formulir B dan Formulir C dari unit yang telah diisi lengkap dilaporkan kepada komite PMKP pada tanggal 10 bulan berikutnya, dan akan direkapitulasi hasil indikator mutu utama/unit oleh sub komite peningkatan mutu ke dalam Formulir C yang sudah disediakan.
- j. Hasil analisa rekapitulasi (selesai di sub komite peningkatan mutu sampai tanggal 15) dari indikator mutu pelayanan rumah sakit oleh Komite PMKP harus dilaporkan pada Direktur selambat-lambatnya tanggal 18 bulan berikutnya.
- k. Hasil analisis yang perlu ditindaklanjuti dari komite PMKP melakukan rekomendasi dan tindaklanjut kepada Direktur dengan formulir pemantauan (form E) pada tanggal 18 pada bulan berikutnya.
- l. Hasil tindaklanjut dilakukan dokumentasi sesuai dengan usulan berdasarkan form pemantauan (form E).

2. Validasi Data

Validasi data dilakukan oleh Komite PMKP dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Jumlah sampel validasi yang digunakan :

Jumlah Populasi	Ukuran Sampel
1 – 16	Semua data
17 – 160	Minimum 16 atau 10%
161 – 480	10%
> 480	10%

- b. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses validasi indikator mutu :
 - 1) Pencapaian sasaran mutu dilaksanakan validasi dan analisa data oleh petugas yang berkompeten dengan dukungan teknologi.

- 2) Indikator sasaran mutu dilakukan validasi data baik internal maupun eksternal.
- c. Validasi data dilakukan saat :
 - 1) Implementasi pengukuran proses baru.
 - 2) Publikasi data.
 - 3) Terjadi perubahan proses yang sudah berjalan.
 - 4) Terjadi perubahan hasil pengukuran dengan sebab yang tidak diketahui.
 - 5) Sumber dan subyek pengumpulan data berubah.
- d. Sub komite peningkatan mutu melakukan perbandingan data asli dengan hasil data yang diambil oleh orang kedua.
- e. Hasil sampel data yang dilakukan oleh orang pertama dan kedua bisa terjadi kesamaan atau perbedaan secara signifikan.
- f. Hasil data yang mengalami perbedaan secara signifikan atau ada perbedaan akurasi cukup jauh, maka bisa melakukan pengukuran data ulang dengan rumus akurasi sebagai berikut :

Jumlah temuan yang berbeda dibagi total sampel yang ada dikalikan 100%.

Dengan rumus akurasi :

$$\frac{\text{Jumlah temuan}}{\text{Total sampel}} \times 100\%$$

- g. Data baik jika hasil ketidakakurasian data tidak melebihi dari 10%
- h. Data hasil ketidakakurasian $\geq 10\%$, maka dilakukan *corrective action*, kemudian di implementasikan kepada unit terkait, setelah *corrective action* dilakukan; lakukan proses pengumpulan data lagi sampai akurasi data mencapai $>90\%$
- i. Data dari sasaran mutu baru, setelah *corrective action* dilakukan pengukuran frekuensi analisa data oleh unit.
- j. Penentuan frekuensi analisa data sasaran mutu *corrective action* sesuai dengan kebutuhan dan urgensi dari proses pengumpulan data tersebut yang ditentukan oleh Direktur.
- k. Tampilan data hasil analisa setelah *corrective action*, dengan menggunakan data *statistic deskriptif*.
- l. Sub komite peningkatan mutu melaporkan hasil analisa data *corrective action* kepada Direktur Rumah Sakit *untuk* mendapatkan legalitas sesuai dengan tujuan validasi data terutama untuk kepentingan publikasi pimpinan rumah sakit memastikan reliabilitas data.

3. Formulir yang disediakan ada 3 macam

- a. Formulir sensus harian, disebut form A.
- b. Formulir laporan bulanan, disebut form B.
- c. Formulir rekapitulasi indikator mutu dari unit kepada sub komite peningkatan mutu, disebut form C.
- d. Formulir rekapitulasi indikator mutu di sub komite peningkatan mutu, disebut form D.
- e. Formulir rekapitulasi Pemantauan (monitoring dan evaluasi) sub komite peningkatan mutu, disebut form E.

4. Petunjuk Pengisian

- a. Sumber data di isi oleh unit sesuai dengan alat bantu masing-masing unit berdasarkan SPO unit.
- b. Sensus Harian (Form A) Indikator mutu Rumah Sakit (format sederhana unit terkait) dibagikan pada semua Ruang/Unit/Instalasi yang terkait.

Hal-hal yang harus diisi:

- 1) Numerator.
- 2) Denominator.
- 3) Total numerator dan denominator.

Dengan formulir sebagai berikut:

**FORM A. SENSUS HARIAN INDIKATOR MUTU DARI UNIT
KEPADA KOMITE PMKP**

FORM A. SENSUS HARIAN INDIKATOR SASARAN MUTU		
UNIT	:.....	
JUDUL INDIKATOR AREA	:.....	Misal Pengkajian Awal Risiko Jatuh pada pasien rawat inap.
BULAN	:.....	
TAHUN	:.....	
AREA MONITORING	:.....	(Rawat Jalan/ Rawat Inap, dll)
SUMBER DATA	:.....	(Check list/ Rekam Medis/ Asesmen Pasien Jatuh dll)
SAMPLE SIZE	:.....	(Populasi >1000, sampel 10%; populasi ≥100, sampel 30%; populasi <100, sampel 100%)
Tanggal	Tabulasi Jumlah Indikator Numerator (sesuai formula)	Tabulasi Jumlah Indikator Denominator (sesuai dengan formula)
1		
2		
3		
4		
5		
....		
30		
Jumlah		
Pekalongan,20....		
Verifikator Indikator Mutu Utama/ Indikator Mutu Unit (.....)	Kepala Bagian/Kasie/Kepala Instalasi (.....)	Penanggungjawab (PIC) Data Indikator Mutu Unit (.....)

- a) Penanggungjawab pengisian format sensus harian adalah Kabag/Kasie/Kepala Instalasi/Penanggung Jawab unit terkait (Laporan dibuat setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 3 bulan berikutnya).
- b) Formulir laporan bulanan rumah sakit diisi oleh Kabag/Kasie/Kepala Instalasi/Penanggung jawab unit terkait berdasarkan pada data-data yang ada pada form B. Formulir ini harus sudah diserahkan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya pada komite mutu.

**FORM B. Laporan Bulanan dari Unit (Kabag/Kasie/Kepala Instalasi –
Penanggung Jawab Unit Terkait) Ke Komite PMKP**

FORM B. LAPORAN BULANAN DARI UNIT KE KOMITE PMKP		
Nama Unit	:	
Indikator sasaran mutu	:	
Area	:	
Numerator	:	
Denominator	:	
Formula	:	Numerator / Denominator x 100%
Target	:	% / satuan lainnya
Hasil Indikator Mutu Unit	:	
Analisa unit	:	
Kesimpulan	:	TERCAPAI / BELUM TERCAPAI
Analisa unit	:	(Tercapai / Belum Tercapai, alasan dan usulan)
Rekomendasi		
Pekalongan,20....		
Verifikator Indikator Mutu Utama/ Indikator Mutu Unit	Koordinator Unit/Instalasi	Penanggungjawab (PIC) Data Indikator Mutu Unit
(.....)	(.....)	(.....)

c) Pengisian laporan formulir C dari tiap-tiap unit dilakukan rekapitulasi indikator mutu berdasarkan hasil data pengisian dari formulir B, dilaporkan kepada komite mutu selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya.

FORM C.

REKAPITULASI INDIKATOR MUTU DARI UNIT KE KOMITE PMKP

UNIT : ...

JUDUL INDIKATOR

JENIS : INDIKATOR MUTU UTAMA										INDIKATOR MUTU UNIT									
NO	U	JL	JIM	F	T	CAPAIAN BULAN KE-									ΣHCT	MSLH	ATB	TL	
						I			II			III							
						N	D	H	N	D	H	N	D	H					

Keterangan :

- U

: Unit

ΣHCT

: Rerata Hasil Capaian Target
- JL

: Jenis Layanan
- MSLH

: Masalah
- JIM

: Judul Indikator Mutu
- ATB

: Analisa Tri Wulan
- F

: Formula
- TL

: Tidak Lanjut
- T

: Target
- D

: Denominator
- N

: Numerator
- H

: Hasil

Pekalongan, tanggal.....

Unit pelapor

Komite PMKP

Nama terang dan tanda tangan

(ketua/ sekretaris/ anggota)

d) Formulir B dan Formulir C dari unit yang telah diisi lengkap dilaporkan kepada Komite PMKP pada tanggal 10 bulan berikutnya, dan akan direkapitulasi hasil indikator mutu utama / unit oleh komite mutu ke dalam Formulir C yang sudah disediakan.

Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu

Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

15

e) Formulir D berisi Hasil analisa rekapitulasi (selesai di komite PMKP sampai tanggal 15) dari indikator mutu pelayanan rumah sakit oleh Komite PMKP harus dilaporkan pada Direktur selambat-lambatnya tanggal 18 bulan berikutnya.

FORM D.
REKAPITULASI INDIKATOR MUTU DI KOMITE PMKP

JENIS : INDIKATOR MUTU UTAMA

INDIKATOR MUTU UNIT

NO	U	JL	JIM	F	T	CAPAIAN BULAN KE-									ΣHCT	MSLH	ATB	TL	
						I			II			III							
						N	D	H	N	D	H	N	D	H					

Keterangan :

U	: Unit	Σ HCT	: Rerata Hasil Capaian Target
JL	: Jenis Layanan	MSLH	: Masalah
JIM	: Judul Indikator Mutu	ATB	: Analisa Tri Bulan
F	: Formula	TL	: Tidak Lanjut
T	: Target	D	: Denominator
N	: Numerator	H	: Hasil

Unit pelapor

Pekalongan,tanggal.....
Komite PMKP

Nama terang dan tanda tangan

Nama terang dan tanda tangan
(ketua/ sekretaris/ anggota)

- f) Pemantauan dilaksanakan oleh Komite PMKP berdasarkan lokasi pemantauan bekerjasama dengan unit sesuai indikator dengan formulir E sebagai berikut:

FORM E. REKAPITULASI PEMANTAUAN (MONITORING DAN EVALUASI)
DATA INDIKATOR MUTU

INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
NAMA INDIKATOR UTAMA :

AREA : (Klinis/ Manajerial/ SKP/ JCI Libraru of Measure)

No	Jenis layanan	Indikator	Nilai	Pencapaian sekarang	Waktu pemantuan pencapaian					Gap Analisis	Tindak lanjut	Unit penanggung jawab			Verifikator Komite PMKP	
					1	2	3	4	5			nama	unit	ttd	nama	ttd

5. Benchmarking

Bencmarking = uji standar mutu = menguji atau mambandingkan standar mutu yang telah ditetapkan terhadap standart mutu pihak lain : Benchmarek dengan badan akreditasi (badan hukum dan perundangan, benchmark dengan literatur dan *base practice*, benchmark dengan standar. Dengan melakukan atau melalui bencmarking, rumah sakit dapat mengetahui seberapa jauh mereka dibandingkan dengan yang terbaik dari sejenisnya.

Benchmarking adalah proses yang sistematis dan berdasarkan data untuk peningkatan berkesinambungan yang melibatkan perbandingan dengan pihak internal dan atau eksternal untuk mengidentifikasi, mencapai, dan mempertahankan *best practice*.

Benchmarking ada dua jenis yaitu benchmarking internal dan eksternal.

- a. *Internal benchmarking* adalah membandingkan proses yang sama pada area yang berbeda dalam satu organisasi, dalam periode tertentu.

Syarat dilakukannya internal benchmarking pada unit kerja di Rumah sakit siti khodijahadalah:

- 1) Indikator sasaran mutunya sama.
- 2) Unitnya setipe pada Rumah sakit siti khodijah.
- 3) Jenis layanan setipe.
- 4) Periode frekuensi pengukuran data sama.

Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

- b. *Eksternal Benchmarking* adalah membandingkan performa, target atau proses dengan antara satu atau lebih organisasi.

Penentuan Partner Benchmarking :

- 1) Jenis rumah sakit sesuai type minimal Rumah Sakit type C.
- 2) Type organisasi rumah Sakit sama di bawah naungan Yayasan.
- 3) Hubungan kompetitif.
- 4) Jenis pasien yang dilayani.
- 5) Ukuran organisasi.
- 6) Lokasi geografis.

Jika *benchmarking* hasil gap analisis positif ataupun negatif dan perbedaannya sangat bermakna yaitu gap melebihi 10% maka dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA) untuk menetapkan prioritas mana yang akan dilakukan perbaikan dengan tetap memperhatikan siklus PDCA.

Jika hasil lebih jelek dari standar, dilakukan langkah sesuai siklus PDCA :

Plan : *Plan* lagi sesuatu yang baru, redesign lagi sesuatu yang baru.

Do : Lakukan trial selama 3 bulan.

Cek : Cek/diukur penggunaannya selama 3 bulan.

Selama proses kerja baru wajib membuat sasaran mutu atas proses kerja

baru tersebut, untuk menentukan bagus atau tidak.

Action : *Action* apabila ada yang perlu dibenahi kembali SPO sasaran mutu tersebut.

B. Pelaporan Indikator Mutu Utama

Pelaporan berisi laporan hasil pelaksanaan indikator mutu pada unit terkait.

1. Pelaporan dari unit ke komite PMKP setiap 1 bulan dengan form B dan C.
2. Pelaporan dari komite ke Direktur setiap 3 bulan dengan analisa dan tampilan deskriptif.
3. Pelaporan dari Direktur ke pemilik rumah sakit setiap 1 tahun analisa dan tampilan deskriptif.

C. Analisa Data Indikator Mutu

Analisa data secara deskriptif (meliputi tampilan dan kesesuaian hasil sesuai target). Instrument atau data yang diorganisir, diklasifikasi sampai pengambilan keputusan yang digunakan dalam setiap langkah untuk mengukur hasil akhir. Beberapa tahapan harus dilalui pada waktu menerima data-data dari unit :

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Data Indikator Mutu
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

1. Pemeriksaan tentang kelengkapan dan kebenaran laporan yang diterima. Hal ini penting untuk menjamin validitas dan akurasi data secara statistik.
2. Adanya pemahaman bahwa yang diperhatikan adalah pelayanan yang jelek saja sedang yang baik tidak perlu diperhatikan.
3. Untuk mendapatkan gambaran umum dari data yang terkumpul, perlu disusun tabel umum, *Bar chart* tersebut dapat dipilih.
4. Untuk mengetahui apakah tingkat mutu pelayanan yang dicapai pada bulan tertentu perlu diketahui beberapa angka sederhana yang ada pada statistik deskriptif, antara lain angka rata.
5. Gambaran hasil deskriptif antara lain:

a. Run chart

- 1) Diagram untuk menggambarkan/mem-plot terjadinya suatu kejadian secara berurutan.
- 2) Digunakan untuk:
 - Identifikasi kecenderungan.
 - Identifikasi pergeseran dari rerata.
 - Bermanfaat untuk.
- 3) Langkah menyusun
 - Tentukan data yang akan dikumpulkan dalam kurun waktu tertentu.
 - Gambar axis horisontal menunjukkan waktu, dan axis vertikal menunjukkan fluktuasi pengukuran.
 - Plot data.
 - Pelajari kecenderungan/pergeseran dari rerata.

b. Diagram Pencar

- 1) Grafik untuk menggambarkan hubungan antara dua variabel
- 2) Digunakan untuk mempelajari hubungan satu variabel terhadap yang lain
- 3) Langkah:
 - Tentukan dua variabel yang akan diuji hubungan.
 - Pilih 50-100 sampel.
 - Gambarkan axis x dan y.
 - Plot data.
 - Interpretasi.

c. Histogram

- 1) Gambaran visual dalam bentuk bar untuk menunjukkan frekuensi distribusi dari suatu variabel.

- 2) Digunakan untuk menganalisis dan interpretasi distribusi data, pola variasi.
- 3) Langkah menyusun histogram;
 - Identifikasi nilai pengukuran.
 - Identifikasi rentang nilai total, identifikasi berapa kategori.
 - Identifikasi rentang nilai tiap kategori.
 - Hitung frekuensi tiap kategori.
 - Axis x: kategori, axis y: frekuensi.
 - Plot data.
 - Interpretasi.

d. Pareto

- 1) Bar diagram utk memvisualisasi distribusi kejadian. Frekuensi kejadian diurutkan dari yang tertinggi ke yang terendah.
- 2) Digunakan untuk memilih starting point dalam problem solving, identifikasi sebab masalah yang dominan, dan monitoring keberhasilan.

e. Diagram Kendali

- 1) Suatu run-chart yang dilengkapi dengan limit atas dan limit bawah.
- 2) Digunakan untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan spesifik.

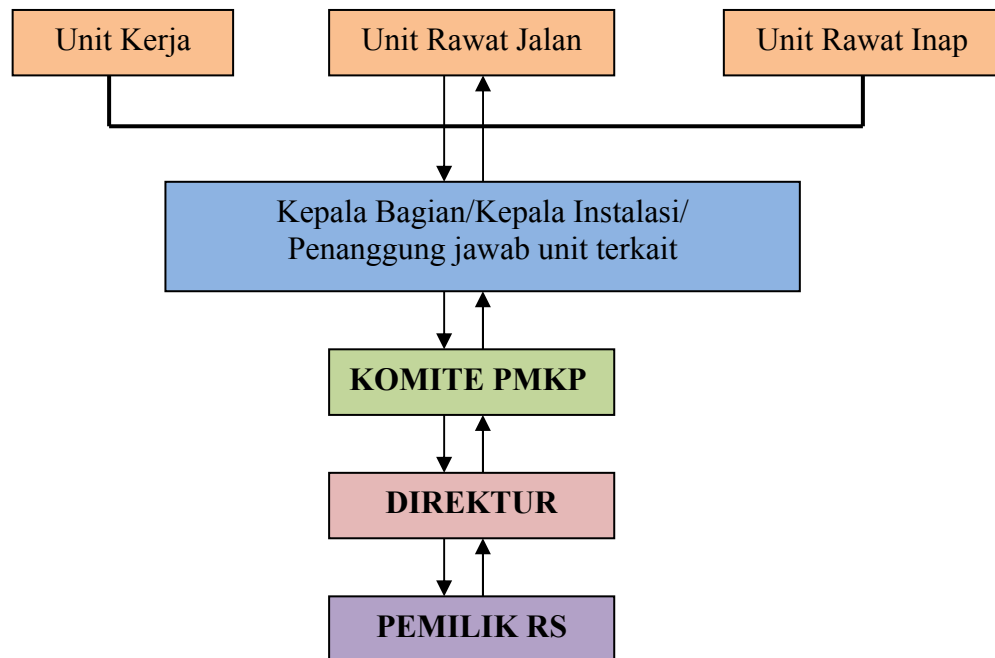
D. Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu Unit

Pencatatan dan pelaporannya data indikator unit Sama dengan pencatatan data dan pelaporan indikator mutu utama hanya terdapat perbedaan dalam hal :

1. Pada pencatatan tidak dilakukan pemantauan dengan Form E warna Hijau.
2. Tidak dilakukan validasi data.
3. Pada pelaporannya tidak harus dilakukan analisa deskriptif.

BAB V

SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN DI RUMAH SAKIT



1. Sensus Harian Indikator Mutu Rumah sakit (Format sederhana unit terkait, A1,A2,A3) dibagikan pada semua unit terkait. Petugas penanggungjawab format sensus harian indikator mutu adalah kepala ruangan unit terkait. Kepala ruangan mengkopilasikan formulir A1, A2, A3 dan harus diserahkan kepada kepala Instalasi/Kabag unit terkait.
2. Formulir laporan bulanan rumah sakit (B1, B2, B3) diisi oleh Kabag/Kasie/Kepala Instalasi/Unit terkait berdasarkan pada data-data yang ada pada form A1, A2, A3. Ketiga form B tersebut (B1, B2, B3) diserahkan pada komite PMKP Unit RS A1.
3. Laporan bulanan (B1, B2, B3) yang telah lengkap dan telah dianalisa dengan menggunakan formula oleh unit, akan diterima oleh komite PMKP kemudian direkapitulasi dan dimasukkan ke dalam formulir C yang sudah disediakan.
4. Laporan bulanan (B1, B2, B3) yang telah lengkap dan telah dianalisa dengan menggunakan formula oleh unit, akan diterima oleh komite PMKP kemudian direkapitulasi dan dimasukkan ke dalam formulir D oleh komite PMKP.
5. Hasil analisa dari indikator mutu pelayanan rumah sakit oleh komite PMKP harus dilaporkan pada Direktur setiap 3 bulan untuk dilakukan tindak lanjut.
6. Hasil akhir pencapaian indikator mutu RS dilaporkan oleh direktur kepada pemilik RS setiap 1 tahun sekali untuk dilakukan tindak lanjut.

BAB VI

DOKUMENTASI

Dokumentasi dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan indikator mutu adalah sebagai bukti adanya pelaksanaan dan tindak lanjut sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan pada setiap unit RS.

1. Standar prosedur operasional (SPO) pengumpulan data indikator mutu.
2. Kebijakan direktur tentang pencatatan dan pelaporan indikator mutu.
3. Profil indikator mutu.
4. Alat bantu penyusunan indikator PMKP (sensus harian (form A), formulasi indikator mutu, form *checklist*, dokumen lainnya).
5. Formulir laporan dari unit kepada komite PMKP (Form B). Adanya form pelaporan indikator mutu yang telah diisi lengkap sesuai dengan data yang ada dan telah dianalisa sesuai formula serta diketahui oleh kepala unit lengkap dengan tangan dan nama terang
6. Formulir rekapitulasi data indikator mutu dari unit ke komite PMKP (Form C).
7. Formulir rekapitulasi data indikator mutu di komite PMKP yang selanjutnya dilaporkan ke Direktur (Form D) lengkap dengan rerata target, analisa masalah, analisa tri bulan, dan tindak lanjut.
8. Formulir rekapitulasi pemantauan (monitoring dan evaluasi) data indikator mutu di komite PMKP yang selanjutnya dilaporkan ke Direktur (Form E) lengkap dengan rerata target, analisa masalah, analisa tri bulan, dan tindak lanjut.
9. Dokumen deskripsi data indikator mutu.
10. Hasil kegiatan Rapat pimpinan indikator mutu.
11. Bukti sosialisasi indikator mutu ke unit.
12. Dokumentasi pelaporan komite PMKP (baik ke Direktur atau pemilik RS).

BAB VII

PENUTUP

Kegiatan indikator mutu mempunyai peran sangat penting dalam peningkatan kinerja dan mutu pelayanan di Rumah Sakit. Hal ini perlu didukung dengan sistem pencatatan dan pelaporan yang memadai. Oleh karena itu, Komite PMKP membuat suatu pedoman yang diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan indikator mutu, agar untuk selanjutnya dapat pula diperoleh informasi tentang hasil indikator mutu tersebut.

Dengan adanya pedoman ini, maka penyelenggaraan pencatatan dan pelaporan indikator mutu tiap unit dapat hendaknya direkam dengan baik, sehingga informasi yang diperoleh dapat dimanfaatkan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan serta kepentingan lainnya.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes RI No. 129/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
2. Buku Pedoman Penyusunan Standart Pelayanan Minimal di Rumah sakit, Kemenkes RI 2012.
3. Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta 2012.
4. Djasri hanevi, Penyusunan Indikator Mutu, Workshop SPM, Yogyakarta 2013.
5. Kuntjoro Tjahyono, Panduan monitoring dan evaluasi, Workshop SPM, Yogyakarta 2013.
6. Yahya Adip, Indikator mutu untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, Seminar PMKP, Yogyakarta 2013.