

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 037/PER/DIR/RSIH/III/2022**

**TENTANG
PANDUAN SISTEM MANAJEMEN
DATA MUTU**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI
PANDUAN SISTEM MANAJEMEN DATA MUTU
NOMOR: 037/PER/DIR/RSIH/III/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Desty Dwi W, A.Md.Kep	Ketua Subkomite Mutu		23.3.22
	:	Kartini Cendrawasih S.Kep	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien		23/3/22
Verifikator	:	dr.Iva Tania	Ketua Komite Mutu		24/3/22
Validator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		24/3/22

**LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

NOMOR : 037/PER/DIR/RSIH/III/2022

TENTANG

**PANDUAN SISTEM MANAJEMEN DATA MUTU
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan Sistem Manajemen Data Mutu yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional Rumah Sakit Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Sistem Manajemen Data Mutu
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan Sistem Manajemen Data Mutu

Mengingat :

1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Undang - Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;

10. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
11. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
12. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
13. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN SISTEM MANAJEMEN DATA MUTU**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 037/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Panduan Sistem Manajemen Data Mutu.
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 037/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Pedoman Sistem Manajemen Data Mutu Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Sistem Manajemen Data Mutu digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Sistem Manajemen Data Mutu di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Sistem Manajemen Data Mutu sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 24 Maret 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	3
TATA LAKSANA.....	3
A. Tata Laksana Pengumpulan Data Mutu	3
B. Tata Laksana Pelaporan Data Mutu	3
C. Tata Laksana Analisa Data Mutu	4
D. Tata Laksana Validasi Data Mutu	5
E. Tata Laksana Publikasi Data Mutu	5
BAB IV	7
DOKUMENTASI	7

BAB I DEFINISI

1. Pengertian

- a. Manajemen Data Mutu adalah pengelolaan data mulai dari pengumpulan data mentah hingga pengolahan data menjadi informasi
- b. Sistem Manajemen Data Mutu adalah Manajemen Data Mutu yang dapat dilakukan secara manual atau yang didukung dengan teknologi informasi terintegrasi mulai dari pengumpulan data, pelaporan, analisis, validasi serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit
- c. Panduan Sistem Manajemen Data Mutu yang dibuat adalah sebagai acuan untuk pengelolaan Manajemen Data Mutu yang terkait dengan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- d. Aplikasi SISMAKADAK atau Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi adalah merupakan aplikasi alat bantu yang diperuntukkan bagi rumah sakit yang mengikuti program akreditasi yang diselenggarakan oleh KARS. SISMAKADAK berguna dalam persiapan akreditasi untuk mengumpulkan, menyimpan, dan mencari kembali dokumen bukti yang berhubungan dengan akreditasi.
- e. Sistem Manajemen Informasi Mutu adalah sistem terintegrasi untuk mengelola data indikator mutu rumah sakit

2. Tujuan

Sebagai upaya RS Intan Husada dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan melakukan Manajemen Data Mutu sebagai berikut :

- a. Membantu unit dalam mengelola data mutu
- b. Membantu manajemen rumah sakit dalam melakukan analisa data mutu
- c. Memonitor status aktivitas tindak lanjut atas rekomendasi terhadap perbaikan mutu

BAB II

RUANG LINGKUP

Adapun ruang lingkup Sistem Manajemen Data Mutu diantaranya :

- a. Pengumpulan Data Mutu
- b. Pelaporan Data Mutu
- c. Analisis Data Mutu
- d. Validasi Data Mutu
- e. Publikasi Data Mutu

BAB III TATA LAKSANA

A. Tata Laksana Pengumpulan Data Mutu

1. Indikator Mutu

Pengumpulan data dilakukan oleh Petugas Pengumpul Data dan Penanggung Jawab Data di unitnya masing-masing. Data dapat dikumpulkan harian atau mingguan atau bulanan, tergantung dari profil indikatornya. Data yang sudah dikumpulkan dituliskan/diinput dalam lembar kerja instrumen dan dapat diinput ke dalam Sistem Manajemen dan Informasi Mutu jika Rumah Sakit sudah memiliki sistem. Data yang dikumpulkan meliputi:

- Indikator Mutu Nasional (IMN)
- Indikator Mutu Prioritas (IMP-RS) yang terdiri dari Sasaran Keselamatan Pasien, Pelayanan Klinis, Tujuan Strategi, Perubahan Sistem dan Manajemen Risiko,
- Indikator Mutu Unit (IMP-Unit) yang terdiri dari Indikator Area Klinis dan Indikator Area Manajemen
- Survei Budaya Keselamatan

2. Insiden Keselamatan Pasien

Pengumpulan data dilakukan oleh masing-masing unit dan dikumpulkan ke Komite Mutu. Pada setiap unit terdapat *Champion* yang bertanggung jawab dalam membantu dan mengingatkan unitnya masing-masing untuk melaporkan setiap ada insiden terjadi

3. Budaya Keselamatan Pasien

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan survei yang diisi oleh semua staf minimal 1 kali dalam 1 tahun.

B. Tata Laksana Pelaporan Data Mutu

1. Indikator Mutu

Dari data yang dikumpulkan oleh pengumpul data mutu akan dilakukan analisis sederhana oleh penanggung jawab mutu unit. Setelah itu data dikumpulkan ke Komite Mutu melalui Sistem Manajemen dan Informasi Mutu, kemudian akan dilakukan analisis lebih lanjut oleh Komite Mutu (Sub Komite Mutu). Adapun prosedur dalam pelaporan data adalah sebagai berikut :

- Pengumpul data mutu unit menghitung jumlah total populasi sesuai dengan profil indikator masing-masing dan mengambil sampel populasi dengan ketentuan sebagai berikut :

No	Populasi	Sampel
1	≥ 640	128 sampel
2	320 – 639	20% dari Total Populasi
3	64 – 319	64 sampel
4	< 64	100% populasi

Sumber : Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS)

- b) Pengumpul data mengumpulkan rekapitulasi hasil pengukuran indikator kepada Komite Mutu (Sub Komite Mutu) paling lambat setiap tanggal 10 pada setiap bulannya. Jika lewat tanggal 10, dalam laporan supervisi pengumpulan indikator mutu, unit tersebut dianggap terlambat mengumpulkan indikator mutu bulanan. Jika lewat tanggal 15, dalam laporan supervisi pengumpulan indikator mutu, unit tersebut dianggap tidak mengumpulkan indikator mutu bulanan.
 - c) Komite Mutu menyusun laporan supervisi dan melaporkannya kepada Direktur setiap tanggal 16 pada setiap bulannya.
 - d) Data Indikator Mutu Nasional (IMN) akan di *upload* oleh Komite Mutu ke Mutu Fasyankes SIMAR tanggal 20 setiap bulannya.
 - e) Laporan pelaksanaan program Komite Mutu setiap 3 bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi PPK dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien. Laporan tersebut dilaporkan kepada Direktur RS dan Direktur PT setiap tanggal 21 (periode 3 bulan)
2. Insiden Keselamatan Pasien
- a. Setiap insiden dilaporkan oleh unit masing-masing dengan mengisi formulir insiden keselamatan dan formulir investigasi sederhana/formulir investigasi komprehensif (tergantung *grading* matriks) yang diserahkan kepada Komite Mutu paling lambat 2 x 24 jam sejak kejadian.
 - b. Komite Mutu membuat laporan setiap 3 bulan mengenai insiden keselamatan pasien kepada Direktur RS dan Direktur PT
3. Budaya Keselamatan
- Budaya keselamatan di RS Intan Husada akan dilakukan pengukuran setiap tahun kepada semua staf dengan mengisi survei *google form* berisi pertanyaan - pertanyaan yang dikelompokkan berdasarkan dimensi - dimensi (dijelaskan lebih lanjut pada Panduan Survei Budaya Keselamatan)

C. Tata Laksana Analisa Data Mutu

1. Indikator Mutu
Data akan dilakukan analisis sederhana oleh penanggung jawab mutu unit, kemudian dilakukan analisis lebih lanjut oleh Komite Mutu (Sub Komite Mutu), kemudian dibuat dengan alat statistik seperti : *Run Chart* atau *Bar Diagram*. Proses analisis meliputi membandingkan hasil data indikator mutu secara internal/trend analisis dengan RS *lain/benchmark*, dengan standar yang sudah ditetapkan ataupun dengan praktik terbaik.
2. Insiden Keselamatan Pasien
Laporan insiden keselamatan pasien direkapitulasi setiap bulannya oleh Komite Mutu (Sub Komite Keselamatan Pasien). Selain itu dilakukan analisis dan *regrading* ulang oleh Komite Mutu (Sub Komite Keselamatan Pasien). Jika insiden yang dilaporkan termasuk dalam *grading* kuning atau merah, Komite Mutu (Sub Komite Keselamatan Pasien) berhak merekomendasikan dilakukannya *Root Cause Analysis* (RCA) ataupun *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) jika memang diperlukan.

3. Budaya Keselamatan

Hasil survei budaya keselamatan yang telah diisi oleh para staf RS Intan Husada akan direkapitulasi oleh Komite Mutu (Sub Komite Keselamatan Pasien) dan dilakukan analisis dari masing-masing dimensi. Laporan Survei Budaya Keselamatan akan dilaporkan setiap tahun kepada Direktur Utama sebagai laporan terpisah

D. Tata Laksana Validasi Data Mutu

Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) terhadap data itu sendiri, karena keabsahan dan ketepatan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai dan benar. Data yang akan divalidasi ditentukan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan yaitu untuk IAK atau yang ada perubahan dan juga pada data yang dipublikasi external.

Adapun proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas pada :

1. Mengumpulkan ulang data oleh kedua orang yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)
2. Menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik.
3. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
4. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang.
5. Jika elemen yang ditemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) maka akan dilakukan tindakan korektif.
6. Pengumpulan sampel baru setelah sernua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
7. Penghitungan jumlah sampel validasi yang dibutuhkan dilakukan menggunakan Rumus Slovin atau sesuai dengan sumber LAM-KPRS sebagai berikut :

No	Populasi	Sampel
1	≥ 480	48 sampel
2	161 - 480	48 sampel
3	17 - 160	Minimal 16 atau 10% populasi
4	1 - 6	100% populasi

Sumber : Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS)

Untuk proses validasi data yang akan dipublikasi di *website* atau media lainnya harus menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data

E. Tata Laksana Publikasi Data Mutu

Publikasi adalah proses penerbitan laporan dengan media publikasi secara internal ataupun eksternal setelah mendapat persetujuan dari Direktur. Adapun data yang dipublikasikan adalah sebagai berikut:

1. Indikator Mutu
Semua data dipublikasikan secara internal kepada unit-unit terkait dan bisa diberikan kepada unit yang membutuhkan data tersebut dan melalui aplikasi SMIM jika RS sudah tersedia Adapun data yang bisa dipublikasikan secara eksternal diantaranya), Data Indikator Mutu Nasional (IMN) dan data Indikator Mutu Rumah Sakit lainnya sesuai dengan persetujuan Direktur RS.
2. Insiden Keselamatan Pasien
 - a. Laporan Insiden Rumah Sakit akan dipublikasi secara internal.
 - b. Pada kejadian sentinel laporan akan dilaporkan menggunakan *e-reporting* ke *website* resmi Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)
3. Budaya Keselamatan
Hasil pengukuran budaya keselamatan akan dipublikasi secara internal kepada unit-unit untuk selanjutnya dilakukan evaluasi dan tindak lanjut.

BAB IV DOKUMENTASI

- 1) Dokumentasi sosialisasi
 - a. Undangan
 - b. Materi
 - c. Daftar Hadir
 - d. Notulensi
- 2) Dokumentasi evaluasi rutin
 - a. Formulir survei/wawancara kepada staf
 - b. Laporan kegiatan diskusi kelompok
- 3) Dokumentasi Pelaporan insiden :
 - a. Formulir laporan insiden
 - b. Laporan hasil investigasi sederhana/lanjutan sesuai dengan hasil *grading* matriks insiden
 - c. Laporan insiden RS oleh Komite Mutu kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - d. Laporan RCA, rekomendasi tindak lanjut, umpan balik, analisa tren kejadian di unit masing-masing, monitoring dan evaluasi oleh Komite Mutu
- 4) Dokumentasi Survei Budaya Keselamatan :
 - a. Formulir survei budaya keselamatan.
 - b. Lembar kerja pengolahan data.
 - c. Laporan hasil pengukuran survei budaya keselamatan