

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

PENGUMPULAN, PELAPORAN DAN ANALISIS DATA INDIKATOR MUTU


NOMOR : 001/SPO/KPMKP/RSIH/VI/2022
NO. REVISI : 00
TANGGAL PENGESAHAN : 22 Juni 2022


LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : SPO
Nomor Dokumen : 001/SPO/KPMKP/RSIH/VI/2022
Judul Dokumen : PENGUMPULAN, PELAPORAN DAN ANALISIS DATA
INDIKATOR MUTU
Nomor Revisi : 00

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Ketua Subkomite Mutu		22/06/2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Ketua Komite Mutu		22/06/2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		22/06/2022

	PENGUMPULAN, PELAPORAN DAN ANALISIS DATA INDIKATOR MUTU		
	No. Dokumen 001/SPO/KPMKP/RSIH/VI/2022	No. Revisi 00	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 22-06-2022	Ditetapkan oleh: Direktur,  drg. Muhammad Hasan, MARS	
PENGERTIAN	<p>Pengumpulan data adalah proses, cara, pembuatan mengumpulkan atau menghimpun data secara rutin baik harian, mingguan atau bulanan yang dilakukan oleh Pengumpul Data Mutu Unit dengan menggunakan instrumen lembar kerja</p> <p>Petugas adalah Pengumpul Data Mutu Unit yang ditugaskan oleh Direktur RS Intan Husada dalam melakukan pengumpulan data setiap indikator diantaranya Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas dan Indikator Mutu Unit</p> <p>Pelaporan data adalah penyampaian hasil kegiatan pengumpulan data oleh Pengumpul Data Mutu Unit kepada Ketua Subkomite Mutu. Pelaporan termasuk pelaporan supervisi dan analisa oleh Ketua Subkomite Mutu ke Direktur dan Direktur Utama atas persetujuan Ketua Komite Mutu</p> <p>Analisis Data adalah proses penguraian suatu hasil data agar dapat memberikan atau menghasilkan informasi baru yang lebih jelas</p> <p>Sistem Manajemen Dokumentasi Akreditasi (SISMADAK) adalah sebuah aplikasi berbasis web yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai alat bantu rumah sakit yang mengikuti program akreditasi dan pelaporan pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit setiap bulannya</p> <p>Mutu Fasyankes Indikator Mutu Nasional Mutu Rumah Sakit (SIMAR) adalah sebuah aplikasi berbasis web yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam melakukan pelaporan pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit setiap bulannya</p>		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melakukan proses pengumpulan, pelaporan dan analisis data indikator mutu		

	PENGUMPULAN, PELAPORAN DAN ANALISIS DATA INDIKATOR MUTU		
	No. Dokumen 001/SPO/KPMKP/RSIH/VI/2022	No. Revisi 00	Halaman 2/3
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Standar Pelayanan Berfokus Pasien		
PROSEDUR	<p>A. Pengumpulan Data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan pengumpulan data dengan melakukan observasi atau sensus baik harian, mingguan atau bulanan tergantung dari profil indikator mutu 2. Petugas mencatat hasil pengumpulan data secara rutin pada instrumen yang telah dibuat <p>B. Pelaporan Data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan input data bulanan ke dalam Excel dan atau Sistem Manajemen Data Rumah Sakit sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya dengan ketentuan : <ol style="list-style-type: none"> a) Petugas setiap unit dianggap terlambat mengumpulkan indikator mutu bulanan jika mengumpulkan lewat dari tanggal 10 (sepuluh) dalam laporan supervisi pengumpulan indikator mutu b) Petugas setiap unit dianggap tidak mengumpulkan indikator mutu bulanan jika mengumpulkan lewat dari tanggal 15 (lima belas) dalam laporan supervisi pengumpulan indikator mutu 2. Ketua Subkomite Mutu menyusun laporan supervisi sesuai dengan data yang telah diinput oleh petugas 3. Ketua Subkomite Mutu melaporkan hasil supervisi pengukuran data indikator mutu kepada Direktur Utama setiap tanggal 16 (enam belas) setiap bulannya atas persetujuan Ketua Komite Mutu 4. Ketua Subkomite Mutu melakukan upload data indikator mutu ke SISMADAK dan Mutu Fasyankes SIMAR pada tanggal 20 (dua puluh) setiap bulannya 5. Ketua Subkomite Mutu atas persetujuan Ketua Komite Mutu melakukan laporan triwulan kepada Direktur dan Direktur PT setiap tanggal 21 (dua puluh satu) yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a) Capaian dan analisis indikator mutu area klinis b) Capaian dan analisis indikator mutu area manajemen c) Capaian dan analisis indikator mutu sasaran keselamatan pasien d) Capaian dan analisis indikator mutu nasional e) Capaian dan analisis indikator mutu layanan prioritas 		

	PENGUMPULAN, PELAPORAN DAN ANALISIS DATA INDIKATOR MUTU		
	No. Dokumen 001/SPO/KPMKP/RSIH/VI/2022	No. Revisi 00	Halaman 3/3
	C. Analisa Data <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan analisa sederhana meliputi analisa terhadap hasil capaian, rekomendasi dan tindak lanjut 2. Ketua Subkomite Mutu melakukan analisa secara menyeluruh terhadap laporan yang diinput oleh petugas 3. Ketua Subkomite Mutu menerjemahkan analisis ke dalam alat statistik (<i>run chart</i>) 4. Ketua Subkomite Mutu melakukan perbandingan hasil data indikator mutu secara internal dengan rumah sakit lain (<i>benchmark</i>) 		
UNIT TERKAIT	Penanggung Jawab Mutu Unit RS Intan Husada		