<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/61/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

1 dari 2</td></tr>
<tr><td>STANDAR
PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal terbit

29-06-2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Irfan Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Pengumpulan data indikator mutu rumah sakit adalah proses mengumpulkan data indikator mutu rumah sakit dari sumber data yang tersedia dengan cara yang telah ditentukan dalam indikator rumah sakit. setiap indikator mutu harus memiliki sumber data yang jelas, metode sampling yang tepat, jumlah dan frekuensi pengambilan data yang ditetapkan, serta instrumen dengan elemen data yang lengkap dan sesuai definisi operasional.</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Memperoleh data yang akurat, lengkap, valid, konsisten, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar dalam pengukuran dan penilaian mutu pelayanan rumah sakit.
2. Mengukur pencapaian kinerja pelayanan berdasarkan indikator mutu yang telah ditetapkan, sehingga dapat diketahui tingkat pencapaian terhadap standar atau target yang telah ditentukan.
3. Memantau dan mengevaluasi mutu pelayanan secara berkesinambungan melalui pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis dan periodik.
4. Mengidentifikasi adanya variasi, ketidaksesuaian, masalah, atau potensi masalah dalam proses pelayanan berdasarkan hasil pengukuran indikator mutu.
5. Menyediakan informasi yang objektif dan berbasis data bagi pimpinan, Komite Mutu, kepala unit, dan pihak terkait dalam melakukan analisis dan evaluasi mutu pelayanan.
6. Mendukung pengambilan keputusan berbasis data (evidence-based decision making) dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program peningkatan mutu rumah sakit.
7. Menyediakan data untuk pelaporan indikator mutu secara berkala kepada pimpinan rumah sakit, Komite Mutu, unit terkait, serta pihak lain sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/61/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

2 dari 2</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">1. Keputusan Kepala RSAU Nomor Kep/180/IX/2025 tanggal 18 September 2025 tentang Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Manajemen Risiko dr. Esnawan Antariksa
2. Keputusan Kepala RSAU Nomor Kep/448/X/2025 tanggal 16 Oktober 2025 tentang Panduan Manajemen Data PMKP dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">1. PMK No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Mutu Nasional
2. Pedoman Mutu dari Komite Mutu RS Esnawan Antariksa</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">Langkah-langkah pengumpulan data indikator mutu meliputi:
1. Identifikasi Sumber Data
Menentukan sumber data yang akan digunakan dalam pengukuran indikator, baik data primer maupun data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung melalui observasi, wawancara, atau pengukuran, sedangkan data sekunder diperoleh dari dokumen, rekam medis, laporan, atau sistem informasi yang telah tersedia.
2. Menentukan Teknik Sampling yang digunakan
Menetapkan metode pengambilan sampel sesuai dengan karakteristik indikator, ketersediaan data, serta tujuan pengukuran. Teknik sampling dapat berupa total sampling, sistematik sampling, simple random sampling, atau teknik lain.
3. Menentukan Besaran Sampel dan Frekuensi Pengumpulan Data
Menentukan jumlah sampel yang diperlukan serta frekuensi pengumpulan data berdasarkan ketentuan indikator. Frekuensi dapat dilakukan harian, mingguan, bulanan, triwulanan, atau sesuai kebutuhan indikator, sehingga data yang diperoleh dapat menggambarkan kondisi pelayanan secara akurat.
4. Menentukan Elemen Data dalam Instrumen
Menetapkan elemen-elemen data yang harus dikumpulkan dan dicatat dalam instrumen pengumpulan data. Elemen data harus sesuai dengan definisi operasional indikator, numerator, denominator, kriteria inklusi dan eksklusi, serta informasi lain yang diperlukan untuk proses validasi dan analisis data.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">1. Ka. RSAU dr. Esnawan Antariksa
2. Ka. Komite Medik
3. Ka. Komite Keperawatan
4. Ka. Komite Keteknisian Medis</td></tr>
</table>