PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Fax : (0755) 20003
Website: rsudmnatsir.sumarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR
NOMOR: 189 / 47 / MIRM /2019

TENTANG

KEBIJAKAN PEMBERLAKUAN
PEDOMAN PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI

DIREKTUR RSUD MOHAMMAD NATSIR

Menimbang :

a. bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan di RSUD Solok maka, diperlukan pemberlakuan Pedoman Pengelolaan data dan Informasi Rumah Sakit;

b. bahwa agar pelayanan di Instalasi SIMRS RSUD Solok dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur RSUD Solok sebagai landasan untuk melakukan pengelolaan data di RSUD M. Natsir;

a. bahwa sehubungan dengan hal tersebut diatas perlu ditetapkan kebijakan pemberlakuan buku Pedoman Pengelolaan data dan Informasi Rumah Sakit dengan keputusan Direktur M. Natsir.

Mengingat :

1. UU No 36 Th 2009 tentang pelayanan kesehatan;
2. UU No 44 Th 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Th 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah;
4. Permenkes Nomor 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
5. Peraturan Gubernur No 5 Th 2010 Tentang Organisasi & Tata kerja RSUD Solok.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK TENTANG PEMBERLAKUAN PEDOMAN PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI

KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Solok
Pada tanggal 5 Januari 2019
Direktur

drg. ERNOVIANA, M.Kes
NIP. 19601118 198701 2 001

:

Lampiran
Keputusan Direktur RSUD M. Natsir
Nomor : 189/47/MIRM/2019
Tanggal : 5 Januari 2019
Tentang : Pemberlakuan Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi RSUD M. Natsir

PEDOMAN PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI

DI RSUD M. NATSIR

BAB I

DEFINISI

A. **Manajemen Data**

adalah Pengelolaan data mulai dari pengumpulan data atau pengukuran yang dikumpulkan selama aktivitas penilaian, dimana data yang belum dianalisis disebut data mentah, sedangkan data yang telah dianalisis disebut informasi. Manajemen Data merupakan bagian dari manajemen sumber daya informasi yang mencakup semua kegiatan yang memastikan bahwa data Akurat, Up to Date (Mutakhir), Aman dan Tersedia bagi pemakai (user)

B. **Sistem manajemen data**

adalah manajemen data yang dilakukan manual atau yang didukung dengan digital/ teknologi informasi terintegrasi mulai dari pengumpulan data, pelaporan, analisis, validasi serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit.

C. **Data**

yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas, data pelaporan insiden keselamatan pasien, data monitoring kinerja staf klinis, data hasil pengukuran budaya keselamatan RS.

D. **Aplikasi SISMADAK**

SISMADAK (Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi) adalah merupakan aplikasi alat bantu yang diperuntukkan bagi rumah sakit yang mengikuti program akreditasi

yang diselenggarakan oleh KARS. SISMADAK berguna bagi RSUD M. NATSIR dalam akreditasi untuk mengumpulkan, menyimpan, dan mencari kembali dokumen bukti yang berhubungan dengan akreditasi.

Tujuan Umum:

Sistem Manajemen data terintegrasi dan secara elektronik merupakan kegiatan dan program PMKP sehingga memudahkan Komite PMKP dalam mengelola data indikator mutu serta membantu manajemen memahami kinerja RSUD M. Natsir sehingga dapat melakukan perbaikan –perbaikan mutu pelayanan/ kegiatan

Tujuan Khusus:

1. Agar dapat melakukan system manajemen data RS secara elektronik yang didukung dengan teknologi informasi yang terintegrasi mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit
2. Agar dapat menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan database eksternal.
3. Agar dapat melakukan analisis data kejadian sentinel, KTD, KNC dan KTC
4. Agar Direktur RSUD M. Natsir dapat mengukur keberhasilan program PMKP melalui :
    1. Pengukuran capaian indikator area klinik, area manajemen dan area sasaran keselamatan pasien.
    2. Pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan
    3. Pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan program prioritas rumah sakit.

BAB II

RUANG LINGKUP

1. Lingkup panduan system manajemen data RSUD M. Natsir adalah Sistem Manajemen data terkait pengukuran mutu terintegrasi secara elektronik sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.
2. RSUD M. Natsir harus mempunyai system manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
    1. Data indikator mutu RSUD M. Natsir yang dimaksud meliputi data dari indikator mutu unit kerja dan indikator mutu prioritas RS dan indikator mutu pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lainnya;
    2. Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP);
    3. Data hasil monitoring kinerja staf ; dan
    4. Data hasil pengukuran budaya keselamatan;
3. integrasi seluruh data di atas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
    1. Pengumpulan,
    2. Pelaporan,
    3. Analisis,
    4. Validasi, dan
    5. publikasi indikator mutu.
4. RSUD M. Natsir melakukan pengelolaan manajemen data untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh.
5. Manajemen Data termasuk keamanan, kerahasiaan data internal dan eksternal serta *Benchmark* data.

BAB III

TATALAKSANA

RSUD M. Natsir menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung system manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

Rumah sakit mempunyai regulasi system manajemen data, antara lain meliputi:

1. RSUD M. Natsir harus mempunyai system manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
2. Data yang dimaksud meliputi data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas RSUD M. Natsir;
3. Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP); dan
4. Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu);
5. data hasil pengukuran budaya keselamatan;
6. Integrasi seluruh data di atas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
    1. Pengumpulan data
    2. Interpretasi data
    3. Pelaporan,
    4. Analisis,
    5. Validasi data,
    6. Publikasi data indikator mutu.(internal dan eksternal RS)
    7. Bencmarking data

RSUD M. Natsir menyediakan teknologi, fasilitas dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data RS sesuai dengan sumber daya yang ada di RS

A. PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen RSUD M. Natsir lebih baik

1. Setiap unit kerja dan unit pelayanan yang telah memilih dan menetapkan indikator mutu yang dilengkapi dengan profil /kamus indikator dilakukan pengumpulan data dan pelaporannya kepada manajemen yang membidangi unit terkait.
2. Komite PMKP melakukan koordinasi dan supervisi terkait Penanggungjawab/PIC Data unit pelayanan dalam progress pengumpulan data indikator mutu
3. Pengumpulan data dan informasi yang meliputi Indikator Area Klinis (IAK), Indikator Area Manajemn (IAM) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) dalam mendukung asuhan pasien, manajemen RS, pengkajian praktik professional serta program PMKP baik indikator mutu unit maupun indikator mutu prioritas secara menyeluruh.
4. RSUD M. Natsir mengumpulkan data indikator meliputi :
    a) Data Indikator Mutu Nasional
    b) Data Indikator Mutu Prioritas
    c) Data Indikator Mutu Unit Kerja
    d) Data Indikator Mutu Pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lainnya.
    e) Data Indikator Mutu Progna (Ponek)
    f) Data Indikator Mutu pada BAB PAB
    g) Data Indikator Hasil Surveilancs PPI
    h) Data Insiden Keselamatan Pasien
    i) Data Insiden/ Kejadian/ Kecelakaan di RS
5. RSUD M. Natsir cq Komite PMKP berkontribusi terhadap database eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan tentang *benchmark* serta kumpulan data dan informasi tersebut disampaikan kepada badan di luar RS (ke KARS dan Instansi lainnya) sesuai peraturan perundang-undangan .

6. Tempat pengumpulan data : tempat /satuan kerja yang mengumpulkan data indikator mutu dan keselamatan pasien, adalah semua satuan kerja, sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan.
7. Langkah-langkah Pengumpulan Data :
    a) Penanggungjawab /PIC pengumpul data mencatat data kedalam formulir sensus harian atau input data ke dalam SISMADAK.
    b) Tentukan sampel/populasi untuk mengumpulkan data
    c) Data direkapitulasi dan di analisa dalam bentuk grafik.
    d) Interpretasi data

B. ANALISA DATA

1. Analisis data merupakan salah satu kegiatan program PMKP untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen RSUD M. Natsir, tata laksana analisis data meliputi :
    a) Penggunaan statistik dalam melakukan (analisis data),
    b) Analisis yang harus dilakukan yaitu:
        a) Membandingkan data RSUD M. Natsir dari waktu ke waktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun
        b) Membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional
        c) Membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi (KARS) atau organisasi professional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan
        d) Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *Best Practice* (Praktik Terbaik) atau *Better Practice* (Praktik yang Lebih Baik) atau *Practice Guidelines* (Panduan Praktik Klinik)

2. PIC Data Unit kerja dan Komite PMKP yang berpengalaman, pengetahuan dan keterampilan yang tepat telah melakukan analisis data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan metode dan teknik-teknik statistik seperti **Run Chart/ Control Chart/ Pareto/Bar Diagram**
3. Analisis data telah dilakukan serta membandingkan data dari waktu ke waktu di internal RSUD M. Natsir dengan melakukan perbandingan database eksternal dari RS sejenis atau data nasional/ internasional dan melakukan perbandingan dengan standar dan praktik terbaik berdasarkan referensi terkini.
4. PIC Data unit melaporkan hasil analisis data indikator mutu unit kepada manajemen terkait (Ka.Bidang/Bagian) dan diteruskan ke Komite PMKP dengan jadwal sesuai tertuang pada profil indikator mutu unit kerja
5. Komite PMKP RSUD M. Natsir mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas yang meliputi :
    a) Pengukuran capaian-capaian indikator area klinik dan area manajemen
    b) Pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien
    c) Pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan
    d) Pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di program prioritas RSUD M. Natsir.

C. VALIDASI DATA

Validasi data indikator area klinik yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan. Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan regulasi ini diterapkan dengan menggunakan proses internal validasi data.

Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data dan menggunakan data untuk peningkatan. RSUD M. Natsir menetapkan regulasi validasi data sesuai poin (a s/d c) yang ada di maksud dan tujuan meliputi:

1. Kebijakan data yang harus divalidasi, yaitu
    a) merupakan pengukuran area klinis baru;
    b) bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;

c) bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui web site rumah sakit atau media lain;

d) bila ada perubahan pengukuran;

e) bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya;

2. Proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:

a) Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli);

b) Menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sahih secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;

c) Membandingkan data asli dengan data yang diumpulkan ulang;

d) Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik;

e) Jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

3. Proses validasi data yang akan dipublikasi di website atau media lainnya agar diatur tersendiri dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data jelas definisinya dan dilakukan tindakan koreksi.

4. Proses validasi data yang akan dipublikasi di website atau media lainnya sesuai SPO dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data, serta mendokumentasikan bukti pelaksanaan perbaikan data berdasarkan hasil validasi data.

D. PELAPORAN.

1. Laporan kegiatan PMKP terkait pengumpulan data dan informasi yang dimaksud meliputi :

a) Indikator Mutu Area Klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan

b) Indikator Mutu Area Manajemen (IAM) yaitu indikator yang bersumber dari area manajemen

c) Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien; dan

d) Tingkat kepatuhan DPJP terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK).

e) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien

f) Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)

2. Laporan dari PIC/ Ka unit pelayanan/ unit kerja ke Manajemen terkait (Ka Bidang/Bagian) serta Komite PMKP sesuai regulasi di RS

3. Komite PMKP mengirimkan laporan kepada Direktur sebagai berikut :

   a) Untuk Indikator Mutu (IAK,IAM dan ISKP) sesuai SPO dan profil indikator mutu terkait

   b) Data IKP dan sentinel paling lambat 2 x 24 jam

   c) Hasil *Root Cause Analysis* (RCA)/ Analisis Akar Masalah (AAM) dan Tim RCA tidak melewati waktu 45 hari termasuk waktu penyampaian ke KARS dan Komite Nasional KPRS.

4. Direktur RSUD M. Natsir bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan hasil pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik atau representasi pemilik sebagai berikut :

   a) Setiap 3 (tiga) bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan capaian implementasi PPK dan CP serta penerapan sasaran keselamatan pasien

   b) Setiap 6 (enam) bulan melaporkan penerapan keselamatan pasien mencakup

      a) Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/ IKP serta analisis akar masalahnya /RCA;

      b) Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;

      c) Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut;

d) Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.

c) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah / RCA setelah 45 hari.

d) Bukti dokumentasi penyampaian laporan PMKP dari Direktur ke pemilik dan representasi pemilik tepat waktu

a) laporan capaian indikator mutu dan analisisnya setiap 3 (tiga) bulan sekali;

b) laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) /IKP 6 (enam) bulan sekali;

c) laporan kejadian sentinel 1 x 24 jam, setiap ada kejadian dan laporan ulang setelah kejadian sentinel selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *Root Cause Analysis* (RCA).

E. PUBLIKASI INDIKATOR MUTU

Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB IV

DOKUMENTASI

1. Formulir / sensus pengumpulan data indikator mutu
2. Dokumentasi bukti pengumpulan dan analisa data dari setiap indikator mutu yang ditetapkan
3. Formulir Laporan IKP
4. Profil Indikator Mutu Unit kerja dan Mutu Prioritas.
5. SK Komite PMKP
6. SK PIC/Penanggungjawab Pengumpul Data
7. Dokumen Prosesanalisis Data

Ditetapkan di Solok
Pada tanggal 5 Januari 2019
Direktur

Drg. ERNOVIANA, M.Kes
NIP. 19601118 198701 2 001