



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD. ZEIN PAINAN**

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09.2.1/RSUD-SK/1/2019**

TENTANG

PANDUAN SISTEM MANAJEMEN DATA YANG TERINTEGRASI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang : a bahwa pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi.
- b bahwa sistem manajemen data yang terintegrasi perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- 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 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- 8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 tahun 2014 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tentang Sistim Manajemen Data Yang Terintegrasi.

KEDUA : Rumah Sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan secara konsisten sesuai sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

KETIGA : Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data meliputi;

a) Rumah sakit mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal dan eksternal, dimana publikasi ini harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

b) Data meliputi data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit.

c) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien.

d) Data hasil monitoring kinerja staf klinis.

e) Data hasil pengukuran budaya keselamatan.

f) Integrasi seluruh data diatas baik ditingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi :

- Pengumpulan,
- Pelaporan,
- Analisis,
- Validasi dan publikasi indikator mutu.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada tanggal 2 Januari 2019
DIREKTUR,

H. SUTARMAN

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR M. ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09.2.1 /RSUD-SK/1/2019
TANGGAL : JANUARI 2019
TENTANG : PANDUAN SITEM MANAJEMEN DATA TERINTEGRASI

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data serta informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit bergantung pada hasil analisis data dan informasi yang terkumpul dibanding rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola data. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsistensesuai dengan sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

Oleh karena itu, rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit seyogianya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan dalam mengelola data tersebut.

B. PENGERTIAN

Data adalah kumpulan informasi yang diperoleh dari suatu pengamatan, dapat berupa angka, lambang atau sifat. Menurut Webster New World Dictionary, pengertian data adalah *things known or assumed*, yang berarti bahwa data itu sesuatu yang diketahui atau dianggap. Diketahui artinya yang sudah terjadi merupakan fakta (bukti). Data dapat memberikan gambaran tentang suatu keadaan atau persoalan. Data bisa juga didefinisikan sebagai sekumpulan informasi atau nilai yang diperoleh dari pengamatan (observasi) suatu objek. Data yang baik adalah data yang bisa dipercaya kebenarannya (*reliable*), tepat waktu dan mencakup ruang lingkup yang luas atau bisa memberikan gambaran tentang suatu masalah secara menyeluruh merupakan data relevan.

Suatu data berfungsi untuk membuat keputusan terbaik dalam memecahkan masalah, dapat dijadikan sebagai dasar suatu perencanaan atau penelitian, dijadikan sebagai acuan dalam setiap implementasi suatu kegiatan dan terakhir data juga dapat

dijadikan sebagai bahan evaluasi. Suatu data dapat diibaratkan sebagai dasar perencanaan atau riwayat segala tindakan yang sudah dilakukan. Inilah mengapa hampir dalam semua aspek kehidupan melibatkan suatu data.

Manajemen data adalah aktivitas manajerial yang menggunakan teknologi sistem informasi dalam menjalankan tugas pengelolaan data organisasi untuk memenuhi kebutuhan informasi rumah sakit.

BAB II

RUANG LINGKUP

Panduan manajemen data terintegrasi ini digunakan sebagai acuan dalam manajemen data, oleh seluruh unit kerja, yaitu :

1. Bagian Tata Usaha
2. Bidang Pelayanan Medis
3. Bidang Penunjang Medis
4. Bidang Keuangan
5. Instalasi Gawat Darurat
6. Instalansi Rawat Jalan
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Radiologi
9. Instalasi Gizi
10. Instalasi Fisioterapi
11. Instalasi Laboratorium
12. Instalasi Kamar Operasi
13. Unit Anastesi dan RR
14. Irna Bedah
15. Irna Penyakit Dalam
16. Irna Kebidanan dan Penyakit Kandungan
17. Irna Anak
18. Unit Perinatology
19. Vip
20. Kelas Mande Rubiah
21. Unit Neurology
22. Unit Paru
23. ICU
24. Instalasi Rekam Medis
25. Unit Casemic
26. Unit Pendaftaran
27. Instalasi PKRS
28. Unit Loundry
29. Unit Patology Anatomi
30. Unit Data Layanan

KEBIJAKAN

BAB III

- A. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari: pengumpulan, validasi, analisis pelaporan, dan publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. RSUD Dr Muhammad Zein Painan memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan saat melakukan publikasi data;
- B. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data meliputi, data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit;
- C. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data dari pelaporan insiden keselamatan pasien;
- D. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu);
- E. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data hasil pengukuran budaya keselamatan;
- F. RSUD Dr Muhammad Zein Painan melakukan integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi, dan publikasi indikator mutu
- G. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data untuk data Surveilans Infeksi
- H. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen Data untuk data Kecelakaan Kerja
- I. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menjaga keamanan dan kerahasiaan data serta memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- J. Rumah sakit dalam membangun sistim informasi harus membuat perencanaan sistem manajemen informasi, tentang operasional dan pelayanan rumah sakit dengan melibatkan Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
- K. Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan.
- L. Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan misalnya rahasia kedokteran.

- M. Strategi manajemen informasi rumah sakit harus berpedoman pada prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber memengaruhi dan kemampuan mengimplementasikan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta tekhnikal lainnya serta meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.
- N. Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit.
- O. Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit.
- P. Data dan informasi dilaporkan secara tepat waktu sesuai dengan jadwal yang disepakati.
- Q. Rumah sakit menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri atas kepala unit serta staf dengan kualifikasi analisis sistem, *programmer*, *hardware*, dan pemeliharaan jaringan.

BAB IV

TATA LAKSANA

A. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari: pengumpulan, validasi, analisis pelaporan, dan publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. RSUD Dr Muhammad Zein Painan memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan saat melakukan publikasi data;

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik. Entry data berbasis IT dan melalui system menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan atau Sistem Manajemen Data Akreditasi (SISMADAK)

a. Pelaksana Pengumpulan Data Mutu

Pengumpulan data dilaksanakan dengan berbasis oleh pengumpul data di masing-masing unit kerja dengan kualifikasi :

- 1) Ditunjuk di dalam SK Penetapan pengumpul data dari masing-masing unit kerja
- 2) Telah mengikuti pelatihan PMKP

b. Langkah-langkah pengumpulan data :

Setiap data yang akan dikumpulkan harus berpedoman pada masing-masing kamus/ profil indikator

- 1) Tentukan besar sampel dari setiap indikator yang akan dikumpulkan datanya dengan melihat Tabel Isaac Michael sesuai dengan ketentuan sampel yang tertera di dalam kamus/ profil indikator (poin 17)
- 2) Kumpulkan data setiap indikator dari sumber data yang sudah ditentukan pada kamus/ profil indikator (poin 7)
- 3) Catat/entry data dalam form pengumpulan data (form ceklis harian), kamus/ profil indikator (poin 28)
- 4) Sampel yang telah terpenuhi, dijumlahkan masing-masing data numerator dan denominator
- 5) Tentukan capaian indikator sesuai formula perhitungan yang tertera pada kamus/ profil indikator (poin 23).
- 6) Catat nilai capaian pada form rekap data indikator mutu

2. Validasi

Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data merupakan proses mengukur keakuratan data. Keabsahan dan ketepercayaan 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, benar, dan bermanfaat

Rumah sakit menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi :

a. Pelaksana Validasi Data

Validasi data dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Validator ditetapkan dengan SK Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan.

b. Setiap data harus divalidasi, jika :

- 1) Merupakan pengukuran area klinik baru;
- 2) Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;
- 3) Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui *web site* rumah sakit atau media lain;
- 4) Bila ada perubahan pengukuran;
- 5) Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya;
- 6) Bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan metodologi pengobatan baru.

c. proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:

- 1) mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli);
- 2) menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
- 3) membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
- 4) menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik;
- 5) jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

Adapun langkah-langkah melakukan validasi data, yaitu:

- a) Validator mengumpulkan ulang data sesuai dengan cara mengumpulkan data sesuai dengan profil indikator. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
- b) membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
- c) menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik, Jika kesamaan hasil yang didapatkan ≥ 90 maka akurasi data dapat disimpulkan baik;
- d) Jika kesamaan hasil yang didapatkan $\leq 90\%$, maka validator bersama pengumpul data mencari tahu alasannya dan didiskusikan untuk menyamakan persepsi. jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
- e) Hasil validasi didokumentasikan dalam bentuk laporan validasi sesuai dengan form validasi data mutu yang telah ditetapkan.

3. Analisa

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit

a. Analisis data yang dilakukan, yaitu :

- 1) Membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis *trend*), misalnya dari bulanan ke bulan atau dari tahun ke tahun;
- 2) Membandingkan dengan rumah sakit lain bila mungkin yang sejenis seperti melalui *database* eksternal baik nasional maupun internasional;
- 3) Membandingkan dengan standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan;
- 4) Membandingkan dengan 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).

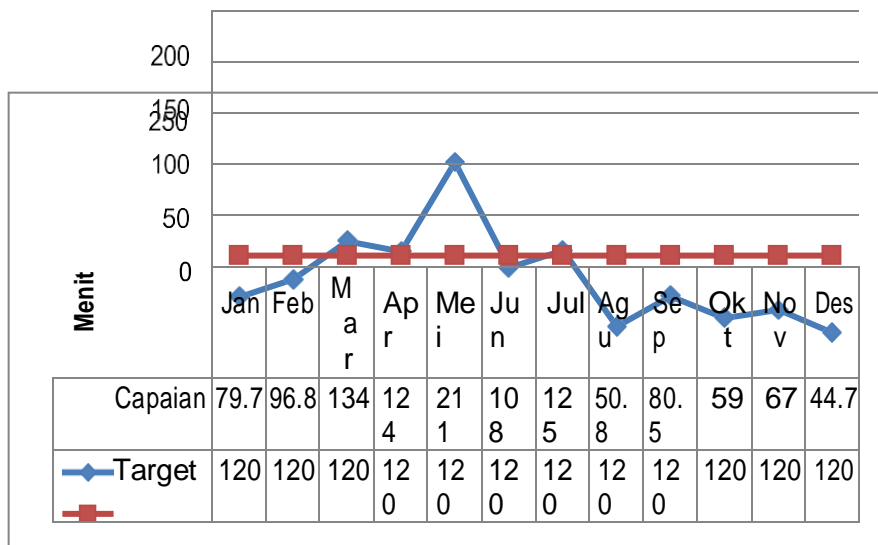
b. RSUD Dr M Zein menggunakan metode atau teknik statistik sebagai berikut untuk mendukung pelaksanaan analisis data, yaitu :

- 1) run chart : juga dikenal sebagai grafik garis adalah grafik sederhana yang menggambarkan data dari waktu ke waktu

Digunakan untuk :

- memahami gambaran umum suatu proses
- trend dan shift/pergeseran dalam proses
- variasi dari waktu ke waktu
- untuk mengidentifikasi penurunan atau peningkatan proses dari

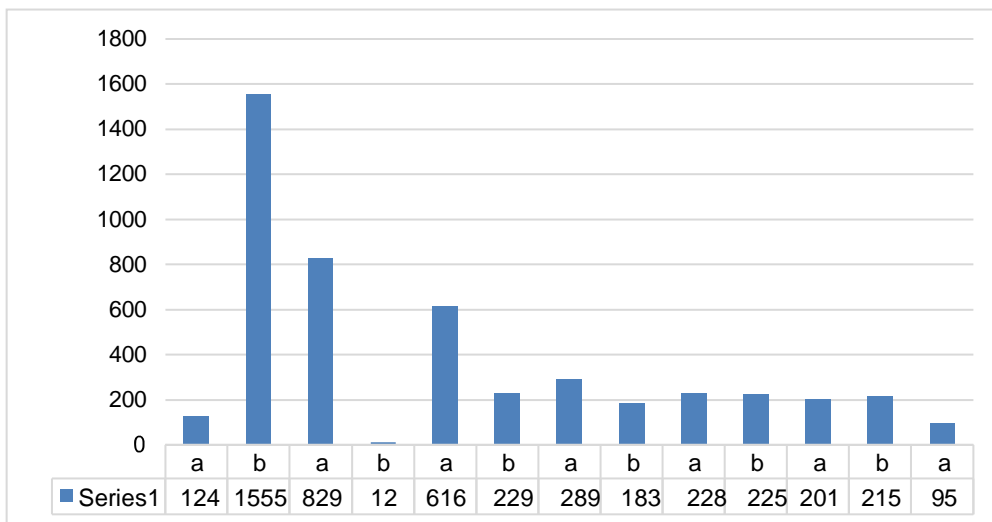
waktu ke waktu



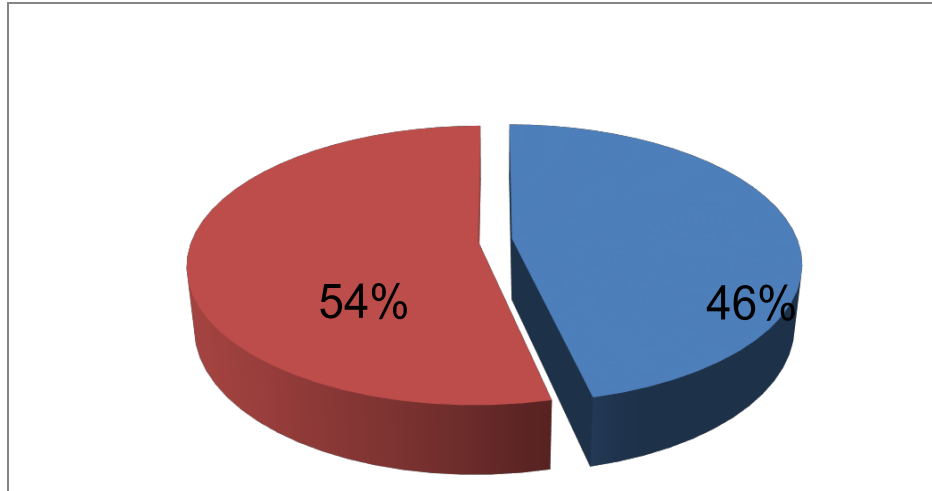
Gambar 4. 1 Run Chart

2) histogram

- Data ditampilkan dalam grafik.
- Mudah utk melihat trend
- Easy to "eye-ball"
- Tidak ideal untuk analisis statistik.



Gambar 4. 2 Histogram
3) diagram pie



Gambar 4. 3 Diagram Pie

Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat unit :

- 1) Penanggung jawab data menampilkan data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*
- 2) Penanggung jawab data menganalisa kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
- 3) Penanggung jawab data menuliskan penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh

Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat rumah sakit :

- 1) Komite PMKP merekap seluruh data mutu dengan indikator yang sama.
- 2) Data dianalisa dalam bentuk trend, kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
- 3) Komite PMKP membuat penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh
- 4) Komite PMKP setiap triwulan melakukan analisa data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*

- c. Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA

Metode mutu yang digunakan di RSUD Dr M Zein Painan adalah Trias Mutu

- 1) Frame work Donabedian sebagai dasar membangun standar: Struktur (SDM, Fasilitas), membangun standar Proses, dan menilai *Outcome*. Setelah menetapkan pengukuran mutu, dilengkapi dengan profil indikator maka dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan berbasis IT oleh pengumpul data di ruangan masing-masing. Setiap bulan akan mendapatkan capaian mutu di unit, yang dibandingkan terhadap standar. Jika data mencapai standar, maka dipertahankan.
- 2) Jika data tidak mencapai standar 3 bulan berturut-turut, maka dicari akar permasalahan dengan menggunakan fish bone diagram *ishikawa* dan dianalisis dari struktur dan proses.
- 3) Selanjutnya untuk peningkatan mutu dengan menggunakan PDSA untuk redesign.

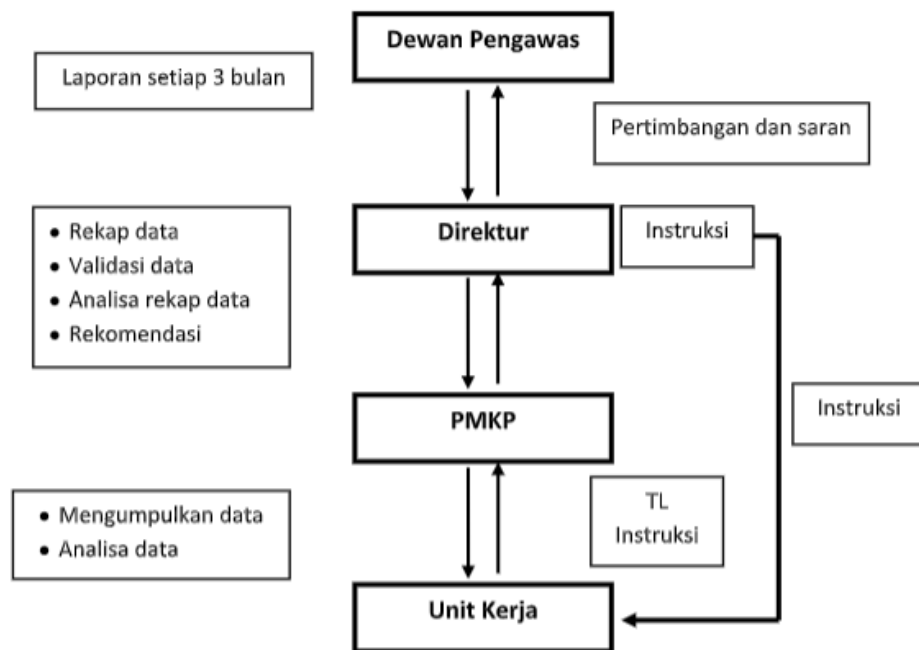
Adapun tahap dari pelaksanaan PDSA dijelaskan berikut ini :

Berikut dijelaskan tahapan PDSA :

- 1) Plan (**PDSA**) pada tahap ini tim akan membuat rencana untuk perbaikan dengan berdasarkan 5 W (dan pelaksanaan solusi dengan metode SMART
S : Spesifik
M : Measurable
A : Achievable
R : Realistic
T : Time Specific
- 2) Do (**PDSA**) Tahapan melaksanakan apa yang telah direncanakan guna menguji perubahan. Pada tahap ini bisa dipertimbangkan apakah pelaksanaan sudah sesuai dengan rencana ataukah akan memodifikasi rencana yang telah dibuat.
- 3) Study (**PDSA**) pelaksanaan monitoring, check hasil dan ukur perubahan
Cek Hasil :
 - a) Bila outcome yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
 - b) Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
 - c) Cek dampak atau outcome yang tidak diharapkan

- 4) Action (PDSA), Implementasikan
 - a) Jika improvement tercapai, standarisasi proses, misalnya :
 - 1) Buat SPO
 - 2) Buat dokumen dan berdayakan
 - 3) Latih staf (sosialisasi / pelatihan)
 - b) Jika improvement tidak tercapai, ulang kembali siklus PDSA
 - c) Untuk kedua situasi di atas, lanjutkan monitor proses untuk identifikasi improvement lebih lanjut

4. Pelaporan



Gambar 4.3 Pelaporan Data

Unit kerja melakukan pengumpulan data dan analisa data. Data dilaporkan ke Komite PMKP setiap bulannya sebelum tanggal 7. Komite PMKP akan melakukan rekapitulasi data dari unit kerja dan memvalidasi data-data yang butuh divalidasi oleh Komite PMKP. Hasil rekap data akan dianalisis dan dilengkapi dengan trend data, penyebab terjadinya dan rekomendasi, hasil analisis ini dilaporkan kepada Direktur sekali tiga bulan. Direktur akan memberikan laporan kepada Dewan Pengawas, dimana nantinya Dewan Pengawas akan memberikan pertimbangan dan saran bagi rumah sakit berdasarkan laporan yang telah diterima kepada Direktur.

Laporan ke Dewan Pengawas meliputi :

1. Laporan capaian indikator dan analisisnya setiap tiga bulan
2. Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap enam bulan
3. Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *root cause analysis* (RCA).

Berdasarkan hasil pertimbangan dan saran dari Dewan Pengawas, Direktur akan memberikan instruksi kepada unit kerja sebagai bentuk tindak lanjut dari data yang dilaporkan oleh unit kerja terkait dan Komite PMKP. Direktur, Kabid, Kabag beserta Komite PMKP akan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program PMKP di unit kerja.

5. Publikasi indikator mutu

Data Indikator Mutu di RSUD Dr Muhammad Zein Painan dipublikasikan dengan beberapa cara yaitu :

- a) Penyampaian data mutu ke unit kerja adalah proses menginformasikan/ mensosialisasikan capaian data indikator mutu kepada unit kerja. Dilakukan pada rapat rutin Komite PMKP dengan seluruh pimpinan unit kerja setiap tiga bulan.
- b) Penyampaian data mutu ke staf di unit kerja. Bentuk informasi yang diberikan berupa grafik dan analisa datanya. Waktu penyampaian data dilaksanakan setiap triwulan. Grafik analisa data di tempelkan di *story board* dan disampaikan dalam rapat staf oleh pimpinan unit kerja.
 - 1) Data mutu dalam bentuk grafik yang sudah dianalisa oleh Komite PMKP disampaikan ke unit kerja terkait.
 - 2) Data mutu dijelaskan oleh Komite PMKP kepada pimpinan unit sesuai dengan jumlah dan jenis indikator yang ada di unit kerja tersebut.
 - 3) Pimpinan unit kerja menjelaskan hasil capaian data indikator mutu kepada staf dalam rapat staf.
 - 4) Pimpinan unit menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh Komite PMKP.
 - 5) Pimpinan unit kerja menempelkan grafik tersebut di *story board*.
- c) Publikasi melalui *website* RSUD Muhammadd Zein Painan yang dilaksanakan setiap semester.
- d) Data Indikator Mutu yang dilaporkan Ke Kementerian Terkait setiap tiga Bulan

- e) Menyediakan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan alur dan peraturan perundang-undangan.

B. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data meliputi, data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit;

Indikator Mutu Unit terdiri dari :

1. Indikator mutu nasional (bila ada)
Indikator mutu Nasional yang dikumpulkan datanya di RSUD Dr M Zein Painan antara lain : 12 Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit
2. Indikator mutu prioritas rumah sakit (bila ada) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Terdiri dari :
 - a. Indikator Area Klinis
 - b. Indikator Area Manajerial
 - c. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
 - d. Indikator Riset Klinik dan Program Pendidikan Profesi
3. Indikator mutu prioritas unit
4. Indikator mutu yang dipersyaratkan Bab SNARS
5. Indikator mutu pelayanan yang dikontrakkan (bila ada)
6. Evaluasi kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap PPK (bila ada)
7. Data untuk Ongoing Practice Professional Evaluation (OPPE) untuk Profesional Pemberi Asuhan (PPA) (bila ada)

C. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data dari pelaporan insiden keselamatan pasien

Data insiden keselamatan pasien yang dilaporkan di RSUD Dr Muhammad Zein Painan terdiri dari beberapa jenis insiden yaitu :

1. Kejadian nyaris cedera (KNC) adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Kejadian nyaris cedera meliputi:
 - a. Semua kejadian salah obat, yang belum sampai terpapar ke pasien
 - b. Semua kesalahan medis (medical error) yang belum sampai terpapar ke pasien
2. Tidak Cidera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu

obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

3. Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommission*), bukan karena underlying diseases/kondisi pasien. Kejadian tidak diharapkan (KTD) mencakup:
 - a. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai untuk rumah sakit
 - b. Semua kejadian serius akibat reaksi obat, jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
 - c. Semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
 - d. Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi; sebagai contoh, diagnosis praoperasi adalah obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi adalah ruptur aneurisme aorta abdominalis (AAA)
 - e. Kejadian tak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian
 - f. Kejadian tak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian
 - g. Kejadian-kejadian lain; sebagai contoh, infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan atau wabah penyakit menular
4. Kejadian sentinel adalah peristiwa tidak terduga yang melibatkan kematian atau cedera yang serius secara fisik dan psikologis. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan definisi operasional kejadian sentinel yang mencakup:
 - a. Kematian yang tidak terduga, termasuk:
 - 1) Kematian yang tidak terkait dengan sebab alamiah dari penyakit dan penyakit dasar seorang pasien.
 - 2) Kematian atas bayi cukup bulan; dan
 - 3) Bunuh diri;
 - b. Kehilangan fungsi tubuh pasien yang luas dan permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah dari penyakit atau penyakit dasarnya;
 - c. Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien ketika operasi;
 - d. Penularan penyakit yang kronik atau fatal akibat infus darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi;

- e. Penculikan bayi atau bayi dipulangkan dengan orang tua yang salah;
- f. Pemerksaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh yang permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

Tatalaksana Pelaporan insiden keselamatan pasien dan analisis insiden keselamatan pasien dijelaskan pada panduan pelaporan insiden keselamatan pasien.

D. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data hasil monitoring kinerja staf klinis.

Setiap unit kerja melakukan pelaporan indikator kinerja individu (IKI) untuk semua staf setiap bulannya ke bagian SDM. Untuk item kinerja yang berkaitan dengan pengukuran data mutu, maka setiap unit kerja harus menjadikan indikator tersebut menjadi bagian menjadi indikator mutu unitnya dan menggunakan data yang terukur dalam memberikan penilaian IKI tersebut. Tatalaksana tentang pengukuran data hasil monitoring kinerja staf klinis dijelaskan pada panduan *Ongoing Practice Professional Evaluation (OPPE)*.

E. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan sistem manajemen data hasil pengukuran budaya keselamatan;

- 1. Survei Budaya Keselamatan Pasien dilaksanakan oleh Tim Budaya Keselamatan setiap tahun dengan variabel sebagai berikut :
 - a. Karakteristik Responden
 - b. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien (Tingkat Unit dan Manajemen)
 - c. Outcome Keselamatan Pasien
 - d. Level Keselamatan Pasien
 - e. Jumlah Pelaporan Insiden

Tatalaksana pengukuran budaya keselamatan pasien dijelaskan pada Panduan Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien.

Hasil survei budaya keselamatan pasien dianalisis oleh Tim Budaya Keselamatan dan disampaikan kepada seluruh unit kerja dalam bentuk rapat koordinasi.

2. Survei Budaya Keselamatan dilaksanakan oleh Tim Budaya Keselamatan setiap tahun dengan variabel sebagai berikut:
 - a. Pembelajaran organisasi
 - b. *Team work* dalam unit di Rumah Sakit
 - c. Dukungan Manajemen

Hasil survei budaya keselamatan dianalisis oleh Tim Budaya Keselamatan dan disampaikan kepada seluruh unit kerja dalam bentuk rapat koordinasi.

- F. RSUD Dr M Zein Painan melakukan integrasi seluruh data baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi, dan publikasi indikator mutu. Integrasi data mutu dilakukan oleh Komite PMKP. Data dengan indikator yang sama dari beberapa unit akan digabungkan oleh Komite PMKP untuk mendapatkan data indikator mutu tingkat rumah sakit
- G. RSUD Dr M Zein Painan menggunakan sistem manajemen data Surveilans Infeksi.

1. Data Surveilans Infeksi yang dimaksud adalah :
 - a. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
 - b. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - c. Infeksi Daerah Operasi (IDO)
 - d. Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
 - e. Infeksi Aliran Darah (IAD)
 - f. Phlebitis
2. Langkah kegiatan dalam pelaksanaan surveilans meliputi :
 - a. Perencanaan Surveilans
 - 1) Tahap 1 : Mengkaji populasi pasien
Tentukan populasi pasien yang akan dilakukan survei apakah semua pasien/sekelompok pasien/pasien yang berisiko tinggi saja.
 - 2) Tahap 2 : Menseleksi hasil/proses surveilans
Lakukan seleksi hasil surveilans dengan pertimbangan kejadian paling sering/dampak biaya/diagnosis yang paling sering.
 - 3) Tahap 3 : Penggunaan definisi infeksi
Gunakan definisi infeksi yang mudah dipahami dan mudah diaplikasikan, *Nosocomial Infection Surveillance System (NISS)* misalnya menggunakan *National Health Safety Network (NHSN)*, *Center for Disease Control (CDC)* atau Kementerian Kesehatan.

b. Pengumpulan Data

Tahap 4 : mengumpulkan data surveilans

- 1) Mengumpulkan data surveilans oleh orang yang kompeten, profesional, berpengalaman, dilakukan oleh IPCN.
- 2) Memilih metode surveilans dan sumber data yang tepat.
- 3) Data yang dikumpulkan dan dilakukan pencatatan meliputi data demografi, faktor risiko, antimikroba yang digunakan dan hasil kultur resistensi, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, nomor catatan medik, tanggal masuk RS. Tanggal infeksi muncul, lokasi infeksi, ruang perawatan Saat infeksi muncul pertama kali.
Faktor risiko: alat, prosedur, faktor lain yang berhubungan dengan IRS, Dataradiology/imaging : X-ray, CTscan, MRI, dsb.
- 4) Metode observasi langsung merupakan *gold standard*.

c. Analisis

Tahap 5 : Penghitungan dan stratifikasi

1) *Incidence rate*

Numerator adalah jumlah kejadian infeksi dalam kurun waktu tertentu.

Denominator adalah jumlah hari pemasangan alat dalam kurun waktu tertentu atau jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam kurun waktu tertentu.

2) Menganalisis *incidence rate* infeksi

Data harus dianalisa dengan cepat dan tepat untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah infeksi rumah sakit yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut.

Tahap 6 : Stratifikasi risiko

Trasitifikasi Risiko infeksi berdasarkan kategori risk, klasifikasi operasi klasifikasi ASA dan T Time

Klasifikasi Jenis Operasi (Kategori Operasi)

➤ Operasi Bersih

- Operasi yang dilakukan pada daerah kulit yang pada kondisi pra bedah dalam keadaan utuh, tidak terdapat peradangan;
- Operasi tidak membuka traktus respiratorius, traktus gastrointestinal, orofaring, traktus urinarius atau traktus billier;
- Operasi terencana dengan penutupan kulit primer, dengan atau tanpa pemakaian drain tertutup;

- Kemungkinan infeksi tidak lebih dari 2% (infeksi saat operasi dari petugas/lingkungan)
- Operasi Bersih Tercemar:
 - Operasi membuka traktus digestivus, traktus billier, traktus urinarius, traktus respiratorius sampai dengan orofaring, atau traktus reproduksi kecuali ovarium;
 - Operasi tanpa pencemaran nyata (*gross spillage*), contohnya operasi pada traktus billier, apendiks, vagina atau orofaring;
 - Kemungkinan untuk infeksi 4 – 10 %.
- Operasi Tercemar:
 - Operasi yang dilakukan pada kulit terbuka, tetapi masih dalam waktu emas (*Golden periode*);
 - Kemungkinan untuk infeksi 20%.
- Operasi Kotor:
 - Perforasi traktus digestivus, traktus urogenitalis atau traktus respiratorius yang terinfeksi;
 - Melewati daerah purulen (Inflamasi Bakterial);
 - Luka terbuka lebih dari 6 (enam) jam setelah kejadian, terdapat jaringan luas atau kotor;
 - Dokter yang melakukan operasi menyatakan sebagai luka operasi kotor/terinfeksi;
 - Kemungkinan untuk terinfeksi 40%.

Klasifikasi Kondisi Pasien berdasarkan American Society of Anesthesiologists (ASA)

Score:

- ASA 1 : Pasien Sehat;
- ASA 2 : Pasien dengan gangguan sistematik ringan–sedang;
- ASA 3 : Pasien dengan gangguan sistematik berat;
- ASA 4 : Pasien dengan gangguan sistematik berat yang mengancam kehidupan;
- ASA 5 : Pasien tidak diharapkan hidup walaupun dioperasi atau tidak.

Durasi Operasi (The T Point for Common Surgical Prosedur)

Lama operasi adalah waktu mulai dibuka insisi sampai penutupan kulit.

| No | Jenis Operasi | T Point (hrs) |
|-----------|--|----------------------|
| 1 | Coronary artery bypass graft | 5 |
| 2 | Bile duct, liver or pancreatic surgery | 4 |
| 3 | Craniotomy | 4 |
| 4 | Head and neck surgery | 4 |
| 5 | Colonic surgery | 3 |
| 6 | Joint prosthesis surgery | 3 |
| 7 | Vaskuler surgery | 3 |
| 8 | Abdominal or vaginal hysterectomy | 2 |
| 9 | Ventrikular shunt 2 | 2 |
| 10 | Herniorraphy | 2 |
| 11 | Appendectomy 1 | 1 |
| 12 | Limb amputation | 1 |
| 13 | SC | 1 |

d. Interpretasi

Tahap 7 : Interpretasi

Interpretasi yang dibuat harus menunjukkan informasi tentang penyimpangan yang terjadi. Bandingkan angka infeksi rumah sakit apakah ada penyimpangan, dimana terjadi kenaikan atau penurunan yang cukup tajam. Bandingkan *rate* infeksi dengan NNIS/CDC/WHO. Perhatikan dan bandingkan kecenderungan menurut jenis infeksi, ruang perawatan dan mikroorganisme patogen penyebab bila ada. Jelaskan sebab-sebab peningkatan atau penurunan angka infeksi rumah sakit dengan melampirkan data pendukung yang relevan dengan masalah yang dimaksud.

e. Pelaporan Tahap 8 : Laporan

- Laporan dibuat secara periodik, tergantung institusi bisa setiap triwulan, semester, tahunan atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- Laporan dilengkapi dengan rekomendasi tindak lanjut bagi pihak terkait dengan peningkatan infeksi.
- Laporan didesiminasikan kepada pihak-pihak terkait.
- Tujuan diseminasi agar pihak terkait dapat memanfaatkan informasi tersebut untuk menetapkan strategi pengendalian infeksi rumah sakit.

f. Evaluasi

Tahap 9 : Evaluasi *surveillance system*

- a) Langkah-langkah proses surveilans
- b) Ketepatan waktu dari data
- c) Kualitas data
- d) Ketepatan analisa
- e) Hasil penilaian: apakah sistem surveilans sudah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil pelaksanaan surveilans merupakan dasar untuk melakukan perencanaan lebih lanjut. Jika terjadi peningkatan infeksi yang signifikan yang dapat dikategorikan kejadian luar biasa, maka perlu dilakukan upaya penanggulangan kejadian luar biasa.

H. RSUD Dr M Zein Painan menggunakan Sistem Manajemen Data untuk Data Kecelakaan Kerja yang dikaji berdasarkan lokasi kejadian dan dampak dari kecelakaan kerja tersebut.

1. Apabila terjadi insiden kecelakaan kerja di unit kerja, maka harus dilaporkan segera kepada atasan langsung
2. Unit kerja mengisi formulir laporan awal insiden kecelakaan kerja
3. Unit kerja melaporkan insiden kecelakaan kerja ke Komite K3RS dalam waktu paling lama 2 x 24 jam
4. Untuk kejadian KTD dan sentinel Komite K3RS membentuk tim investigasi untuk analisa selanjutnya.
5. Laporan hasil investigasi diberikan kepada Direktur, dan Direktur lainnya serta kepada unit kerja terkait untuk ditindaklanjuti.
6. Unit kerja wajib melaksanakan perbaikan sesuai hasil investigasi
7. Unit Kerja merekapitulasi semua insiden kecelakaan kerja yang terjadi di unitnya setiap bulan dan dikirimkan ke Komite K3RS setiap tanggal 7 setiap bulannya.
8. Komite K3RS merekapitulasi semua jenis insiden kecelakaan kerja setiap bulannya dan melaporkan ke Direktur serta Sub Komite Manajemen Risiko Komite PMKP.

- I. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menjaga keamanan dan kerahasiaan data serta memberikan data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan; Data yang dibutuhkan oleh badan/pihak lain di luar rumah sakit diberikan secara offline dan online, dimana untuk data yang diberikan secara offline dapat berupa pengiriman data rumah sakit ke badan/pihak lain di luar rumah sakit dalam bentuk tertulis. Data yang diberikan secara online bisa melalui aplikasi atau website tertentu yang langsung berhubungan dengan badan/pihak di luar rumah sakit, contohnya pengiriman data RL 5, data pengembalian rekam medis kurang dari 24 jam, pendaftaran pasien rawat jalan online, data ketersediaan tempat tidur, dan pengiriman data rumah sakit melalui SISMAKADAK.
- J. Rumah sakit dalam membuat perencanaan sistem manajemen informasi dengan melibatkan :
 - a. Profesional pemberi asuhan (PPA)
 - b. Ketua komite, kepala bidang/ kepala instalasi
 - c. Pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit.
- K. Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan.
- L. Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan misalnya rahasia kedokteran.
- M. Strategi manajemen informasi rumah sakit harus berpedoman pada prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber memengaruhi dan kemampuan mengimplementasikan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta tekhnikal lainnya serta meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit.
- N. Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit.
- O. Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Adapun kumpulan data terdiri dari :
 - a. Data mutu dan insiden keselamatan pasien
 - b. Data surveilans infeksi
 - c. Data kecelakaan kerja
 - d. Data informasi ketersediaan tempat tidur (SIRANAP)

e. Data terkait SISMAKADAK

Data dikumpulkan dari seluruh unit dianalisis diubah menjadi informasi

- P.** Data dan informasi dilaporkan secara tepat waktu sesuai dengan jadwal yang disepakati.
- Q.** Rumah sakit menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri atas kepala unit serta staf dengan kualifikasi analisis sistem, *programmer*, *hardware*, dan pemeliharaan jaringan. Sistem informasi manajemen rumah sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Sistem informasi kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data: informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, serta sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan. Rumah sakit dalam membuat perencanaan sistem manajemen informasi harus menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain: para profesional pemberi asuhan (PPA), para kepala bidang dan kepala unit pelayanan; 3. badan/pihak lain di luar rumah sakit yang membutuhkan data atau informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit. Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif antara pemberi pelayanan. Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran. Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber memengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta tekhnikal lainnya. Perencanaan yang komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada di rumah sakit. Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktivitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit. Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit. Data dan informasi dilaporkan secara tepat waktu sesuai dengan jadwal yang disepakati.

BAB V
DOKUMENTASI

PROFIL INDIKATOR

| PETUNJUK PENGISIAN KAMUS INDIKATOR | | |
|---|---|--|
| 1 | Nama Indikator | Diisi lengkap, berisi tentang topik yang akan diamati, waktu/periode dan lokasi pengamatan. |
| 2 | Kode Indikator | Diisi oleh Komite PMKP |
| 3 | Jenis Indikator | Pilih indikator dengan memberi tanda ceklis (√): <input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu PrioritasUnit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA |
| 4 | Alasan Pemilihan Indikator | Jelaskan dengan singkat latar belakang mengapa indikator tersebut perlu diukur dan apa akibatnya jika capaian indikator tersebut rendah. Gunakan data berupa data kuantitatif untuk mendukung latar belakang tersebut. Bisa juga menggunakan score pembobotan (grading/scoring) |
| 5 | Tujuan | Jelaskan untuk apa indikator di unit kerja anda itu dikerjakan |
| 6 | Kepustakaan/Panduan/Referensi Indikator | Sumber referensi penyusunan indikator |
| 7 | Sumber Data | Asal atau tempat memperoleh data (primer atau sekunder), atau sumber bahan nyata/ keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan. Pilih dengan memberi ceklis (√) data indikator yang dikumpulkan bersumber dari : <input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 8 | Definisi Operasional | Penjelasan tentang hal-hal penting dalam pengukuran indikator yang memerlukan penjelasan secara rinci, spesifik, tegas, dan pasti |
| 9 | Numerator | Besaran nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja |
| 10 | Denominator | Besaran nilai penyebut dalam rumus indikator kinerja |
| 11 | Dimensi | Pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan yang diberikan, berdasarkan standar WHO dilihat dari, pilih dengan memberi tanda ceklis (√): <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan (tingkat perawatan dan pelayanan yang tepat, tersedia sesuai kebutuhan) <input type="checkbox"/> Kesiambungan (tingkat perawatan dan pelayanan dikoordinasi antar disiplin ilmu, antar organisasi sepanjang waktu) <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan sesuai waktu yang diperlukan) <input type="checkbox"/> Keselamatan (tingkat perawatan dan pelayanan dimana risiko |

| | | |
|----|--------------------------|---|
| | | <p>intervensi dan risiko lingkungan direduksi untuk pasien, keluarga, residen, termasuk petugas kesehatan)</p> <p><input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan dengan menghargai kebutuhan, harapan, dan keinginan individu, dimana individu dilibatkan dalam keputusan perawatan dan pelayanan mereka)</p> <p><input type="checkbox"/> Manfaat (perawatan dan pelayanan yang diterima pasien bermanfaat)</p> <p><input type="checkbox"/> Efektifitas (tingkat perawatan dan pelayanan sesuai pengetahuan untuk mencapai outcome yang diinginkan)</p> <p><input type="checkbox"/> Efisiensi (hubungan antara outcome (hasil perawatan dan pelayanan) dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan perawatan dan pelayanan)</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya,</p> |
| 12 | Kriteria Inklusi | Sampel yang akan diamati, yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa |
| 13 | Kriteria Eksklusi | Mengeluarkan sampel yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa |
| 14 | Tipe Indikator | <p>Indikator yang diukur dapat diambil dengan memberi tanda ceklis (√):</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur (mengukur sarana prasarana / sumber daya)</p> <p><input type="checkbox"/> Proses (mengukur proses kegiatan)</p> <p><input type="checkbox"/> Outcome (mengukur hasil dari suatu proses kegiatan)</p> <p><input type="checkbox"/> Proses dan outcome</p> |
| 15 | Metode Pengumpulan Data | <p>Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), metodologi yang digunakan untuk mengumpulkan data indikator:</p> <p><input type="checkbox"/> Retrospektif (data diambil dari kegiatan yang telah lalu)</p> <p><input type="checkbox"/> Concurrent (data diambil dari kegiatan yang baru dimulai / akan dilakukan)</p> |
| 16 | Populasi | Keseluruhan obyek atau totalitas subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang akan diamati/diobservasi |
| 17 | Sampel | Jumlah bagian kecil yang diambil dari populasi sesuai dengan prosedur tertentu (lihat table Isaac dan Michael) |
| 18 | Pengumpul Data | Orang yang bertanggung jawab penuhi terhadap pengumpulan data di unit kerja |
| 19 | PIC Data | Penanggung Jawab data di unit kerja |
| 20 | Periode Pengumpulan data | <p>Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan:</p> <p><input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya...</p> |
| 21 | Periode Waktu Pelaporan | <p>Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan:</p> <p><input type="checkbox"/> Bulanan</p> <p><input type="checkbox"/> Triwulan</p> <p><input type="checkbox"/> Semester</p> <p><input type="checkbox"/> Tahunan</p> |
| 22 | Tempat Pengumpulan Data | Komite PMKP |
| 23 | Formula Pengukuran | Formula yang digunakan untuk mengukur capaian indikator |
| 24 | Target | Nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan harus dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan unit kerja |
| 25 | Periode Analisis Data | Jangka waktu data dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan: |

| | | |
|----|---------------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan |
| 26 | Analisa Data | Bagaimana data yang dikumpulkan akan dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), analisis data yang dilakukan: <input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 27 | Diseminasi Data ke Staf | Bagaimana data disampaikan ke staf |
| 28 | Formulir Pengumpulan Data | Form yang digunakan sesuai dengan indikator mutu yang dikumpulkan |



KAMUS INDIKATOR

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Nama Indikator | |
| 2 | Kode Indikator | |
| 3 | Jenis Indikator | <input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas Unit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA |
| 4 | Alasan Pemilihan Indikator | |
| 5 | Tujuan | |
| 6 | Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator | |
| 7 | Sumber Data | <input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 8 | Definisi Operasional | |
| 9 | Numerator | |
| 10 | Denominator | |
| 11 | Dimensi | <input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kesiambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya, |
| 12 | Kriteria Inklusi | |
| 13 | Kriteria Ekklusi | |
| 14 | Tipe Indikator | <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome |
| 15 | Metode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent |
| 16 | Populasi | |
| 17 | Sampel | |
| 18 | Pengumpul Data | |
| 19 | Penanggung jawab Data | |
| 20 | Periode Pengumpulan Data | <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya... |
| 21 | Periode Waktu Pelaporan | <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan |
| 22 | Tempat Pengumpulan Data | Komite PMKP |
| 23 | Formula Pengukuran | |
| 24 | Target | |

| | | |
|----|---------------------------|--|
| 25 | Periode Analisis Data | <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan |
| 26 | Analisis Data | <input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan |
| 27 | Diseminasi Data ke Staf | <ul style="list-style-type: none">- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari Komite PMKP ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait . |
| 28 | Formulir Pengumpulan Data | |

Form Validasi Data

| | |
|-------------------------------|--|
| JUDUL INDIKATOR | |
| NUMERATOR | |
| DENUMERATOR | |
| SUMBER DATA | |
| CAPAIAN INDIKATOR | |
| JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN | |
| JASTIFIKASI PERLU VALIDASI | |
| METODE VALIDASI | |
| HASIL VALIDASI | |
| HASIL ANALISA | |
| KESIMPULAN | |
| RENCANA TINDAK LANJUT | |

LAPORAN KEGIATAN PDSA

Judul :
 Instalasi :
 Bulan – Tahun :

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>FISH BONE</p> |
| <p>P (Plan)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Saya berencana untuk :Tulis pernyataan singkat tentang apa yg akan anda rencanakan dalam uji ini. Rencana ini lebih fokus dan lebih kecil. Rencana ini merupakan sebagian kecil dari implementasi tool • Saya berharap : Tulis ukuran atau outcome yg akan anda capai . Anda bisa memiliki data kuantitatif atau kualitatif • Langkah-langkah : Tulis langkah-langkah yg anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut : <ul style="list-style-type: none"> a) Populasi dimana anda bekerja – apakah anda mengamati perilaku pasien, dokter atau perawat b) Batas waktu yg anda lakukan utk studi ini |
| <p>D (Do)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apa yang anda amati ? <ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana melakukan apa yang telah direncanakan/dicanangkan/menguji perubahan - Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi misalnya pasien, dokter, perawat. Bagaimana PLAN sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “ Apakah semuanya berjalan sesuai rencana ?” Apakah saya harus modifikasi PLAN |

| | |
|-----------------------|---|
| | |
| S (Study) | Apa yang dapat dipelajari dan diamati ? Apakah mencapai target yang diinginkan |
| A (Action) | <ul style="list-style-type: none">• Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini ?• Standarisasi hasil perbaikan sehingga dapat digunakan secara berkesinambungan• Disini anda dapat menulis kesimpulan dari implementasi ini, apakah berhasil atau tidak. Bila tidak berhasil, apa yg akan anda lakukan selanjutnya pada siklus berikut agar implementasi berhasil, Jika berhasil, apakah anda siap untuk menyebarkan ke seluruh orang ? |

Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien



**KUESIONER SURVEY BUDAYA KESELAMATAN
PASIEN RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

INSTRUKSI

Survey ini dilakukan untuk mengetahui persepsi Bapak/Ibu mengenai budaya *patient safety*, *medical error* dan pelaporan insiden di RSUD Dr Muhammad Zein Painan. Isilah kuesioner ini sesuai keadaan/suasana kerja di ruangan Bapak/Ibu

- Insiden : semua "error" dan penyimpangan baik yang menyebabkan cedera ataupun yang tidak menyebabkan cedera padapatient
 Keselamatan Pasien : mencegah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada pasien saat proses pelayanan.

Bagian A: Unit Kerja Bapak/Ibu

Bapak/Ibu bekerja di ruangan.....
 Instalasi.....

Mohon dicentang (√) pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan isi yang sesuai pendapat Bapak/Ibu

| No. | Pernyataan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|-----|---|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Kami sesama staf di ruangan ini saling mendukung | | | | | |
| 2 | Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat | | | | | |
| 3 | Jika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami bekerja sama menyelesaikannya | | | | | |
| 4 | Saya merasa setiap orang di ruangan ini saling menghargai | | | | | |
| 5 | Petugas di ruangan ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien | | | | | |
| 6 | Dalam ruangan ini kami aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien (sosialisasi, diskusi, dll) | | | | | |
| 7 | Kami sering menggunakan tenaga cadangan/on call untuk kegiatan di Ruang | | | | | |

| No. | Pernyataan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|-----|--|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 8 | Karyawan di ruangan kami sering merasa bahwa kesalahan yang dilakukan digunakan untuk menyalahkan mereka | | | | | |
| 9 | Di ruangan kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif | | | | | |
| 10 | Merupakan keberuntungan bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di ruangan kami | | | | | |
| 11 | Bila di ruangan kami sibuk, maka ruangan lain dari instalasi kami akan membantu | | | | | |
| 12 | Bila ruangan kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya | | | | | |
| 13 | Untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami melakukan evaluasi terhadap perubahan-perubahan/perbaikan-perbaikan yang dilakukan | | | | | |
| 14 | Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan "krisis", mencoba/berusaha berbuat banyak dengan cepat | | | | | |
| 15 | Ruangan kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan tugas lebih | | | | | |
| 16 | Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di penilaian kinerja mereka | | | | | |
| 17 | Di ruangan kami banyak masalah keselamatan pasien | | | | | |
| 18 | Prosedur dan sistem di ruangan kami sudah baik dalam mencegah insiden/error | | | | | |

BAGIAN B
MANAJER/SUPERVISOR/ KEPALA INSTALASI ANDA

| No | Aspek yang ditanyakan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|----|--|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Pimpinan di ruangan kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien | | | | | |
| 2 | Pimpinan dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien | | | | | |
| 3 | Bila beban kerja tinggi, pimpinan kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas | | | | | |
| 4 | Pimpinan kami selalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien yang terjadi di ruangan | | | | | |

BAGIAN C

KOMUNIKASI

| No | Aspek yang ditanyakan | Tidak pernah | Jarang sekali | Kadang kadang | Sering | Selalu |
|----|--|--------------|---------------|---------------|--------|--------|
| 1 | Karyawan di ruangan kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden | | | | | |
| 2 | Karyawan di ruangan kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien | | | | | |
| 3 | Karyawan di ruangan kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di ruangan | | | | | |
| 4 | Karyawan di ruangan kami dapat mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya | | | | | |
| 5 | Di ruangan kami, didiskusikan cara mencegah agar insiden tidak terulang kembali | | | | | |
| 6 | Karyawan di ruangan kami takut bertanya jika terjadi hal yang tidak benar | | | | | |

BAGIAN D
FREKUENSI PELAPORAN INSIDEN

| No | Aspek yang ditanyakan | Tidak pernah | Jarang sekali | Kadang kadang | Sering | Selalu |
|----|---|--------------|---------------|---------------|--------|--------|
| 1 | Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (mitigasi) | | | | | |
| 2 | Bila terjadi kesalahan, tetapi berpotensi mencelakai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (cegah) | | | | | |
| 3 | Bila terjadi kesalahan, dan harusnya mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan? (untung) | | | | | |

BAGIAN E
LEVEL KESELAMATAN PASIEN
Pilih level Keselamatan pasien pada unit anda

a. Sempurna b. Baik c. Bisa diterima d. Sedang e. Buruk

BAGIAN F
RSUD Dr Muhammad Zein Painan

| No | Aspek yang ditanyakan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat Setuju |
|----|---|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien | | | | | |
| 2 | Di RS, ruangan satu dengan ruangan yang lain tidak berkoordinasi dengan baik | | | | | |
| 3 | Bila terjadi pemindahan pasien dari ruangan satu ke ruangan lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien | | | | | |
| 4 | Terdapat kerjasama yang baik antar ruangan di RS untuk menyelesaikan pekerjaan bersama | | | | | |
| 5 | Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga | | | | | |
| 6 | Sering sangat tidak menyenangkan bekerja dengan staf di ruangan lain di RS ini | | | | | |
| 7 | Masalah selalu timbul dalam pertukaran informasi antar ruangan di RS | | | | | |
| 8 | Tindakan manajemen RS | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama | | | | | |
| 9 | Manajemen RS hanya tertarik pada keselamatan pasien hanya bila terjadi KTD (Kejadian yang Tidak diharapkan) | | | | | |
| 10 | Ruangan-ruangan di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien | | | | | |
| 11 | Pergantian <i>shift</i> merupakan masalah untuk pasien | | | | | |

BAGIAN G

Dalam 12 bulan terakhir jumlah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang telah anda lakukan:

- a. Tidak ada
- b. 6-10 laporan
- c. 1-2 laporan
- d. 11-20 laporan
- e. 3-5 laporan
- f. 21 atau lebih laporan

BAGIAN H

LATAR BELAKANG

1. Berapa lama anda bekerja di RS ini?
 - g. kurang dari 1 tahun
 - h. 11-15 tahun
 - i. 1-5 tahun
 - j. 16-20 tahun
 - k. 6-10 tahun
 - l. 21 tahun atau lebih
2. Berapa lama anda bekerja di unit ini?
 - m. kurang dari 1 tahun
 - n. 11-15 tahun
 - o. 1-5 tahun
 - p. 16-20 tahun
 - q. 6-10 tahun
 - r. 21 tahun atau lebih
3. Tepatnya, berapa jam dalam seminggu anda bekerja di RS ini?
 - a. kurang dari 20 jam seminggu
 - b. 20-39 jam seminggu
 - c. 40 jam atau lebih seminggu
4. Apa profesi anda di RS ini? (lingkari jawaban yang sesuai)
 - a. Dokter
 - b. Fisioterapis
 - c. Perawat
 - d. Analis laboratorium
 - e. Apoteker
 - f. Sanitarian
 - g. Asisten apoteker
 - h. Tekhnisi
 - i. Ahli gizi
 - j. Radiografer
 - k. Administrasi
 - l. Satpam
 - m. Lain-lain, sebutkan.....
5. Dalam posisi/jabatan anda, apakah anda berhubungan langsung dengan pasien?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Form Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien



RSUD DR M. ZEIN PAINAN

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN INSIDEN

(INTERNAL)

I. DATA PASIEN

Nama :

No MR : **Ruangan** :

Tanggal Lahir :

Umur * : 0-1 bulan > 1 bulan – 1 tahun
> 1 tahun –5 tahun > 5 tahun – 15 tahun
> 15 tahun –30 tahun > 30 tahun – 65 tahun
> 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penanggung biaya pasien :

Pribadi Asuransi Swasta
BPJS Pemerintah Perusahaan* Lainnya

Tanggal Masuk RS : Jam

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam.....

2. Insiden :

.....

3. Kronologis Insiden

.....
.....

4. Jenis Insiden* :

Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)

Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel
(*Sentinel Event*)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya

Pasien

Keluarga / Pendamping pasien

Pengunjung

Lain-lain(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :

Pasien

Lain-lain (sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

7. Insiden menyangkut pasien :

Pasien rawat inap

Pasien rawat jalan

Pasien UGD

Lain-lain (sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian.....(sebutkan)(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya

Anak dan Subspesialisasinya

Bedah dan Subspesialisasinya

Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya

THT dan Subspesialisasinya

Mata dan Subspesialisasinya

Saraf dan Subspesialisasinya

Anastesi dan Subspesialisasinya

Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya

Jantung dan Subspesialisasinya

Paru dan Subspesialisasinya

Jiwa dan Subspesialisasinya

Lain-lain (sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab(sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

Kematian

Cedera Irreversibel / Cedera Berat

Cedera Ringan

Cedera Reversibel / Cedera Sedang

Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....
.....
.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

Tim : terdiri dari :
Dokter
Perawat
Petugas lainnya

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

Ya Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut

untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....
.....

| | | | |
|-----------------|-------|------------------|-------|
| Pembuat Laporan | : | Penerima Laporan | : |
| | | | |
| Paraf | : | Paraf | : |
| | | | |
| Tgl. Laporan | : | Tgl. Terima | : |
| | | | |

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU HIJAU KUNING MERAH

NB. * = pilih satu jawaban



LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA
Untuk Bands Risiko BIRU/HIJAU

| | | |
|---|--|---------------------|
| Sebab Langsung Insiden : | | |
| Sebab Yang Melatarbelakangi/akar masalah insiden | | |
| | | |
| Rekomendasi | Penanggung Jawab | Tanggal |
| | | |
| Tindakan Yang Dilakukan | Penanggung Jawab | Tanggal |
| | | |
| Manager/Kepala Bagian/Kepala Unit | | |
| Nama : Tandatangan : | Tanggal mulai investigasi : Tanggal selesai investigasi : | |
| Manajemen | Investigasi lengkap..... Ya/Tidak | Tanggal..... |
| | Diperlukan investigasi lebih lanjut: Ya/tidak | |
| | Investigasi setelah grading ulang : biru/hijau/kuning/merah | |

FORMULIR LAPORAN AWAL INSIDEN KECELAKAAN KERJA (K3)

DIPERLUKAN BAGI PEGAWAI, PENGUNJUNG, DAN PASIEN DILUAR TINDAKAN MEDIS

No.Laporan :.....

Kepada Yth:
Komite K3
RSUD. M. Zein Painan

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Profesi : Karyawan (dokter/perawat/petugas lain): unitkerja.....
 Pasien Keluarga
 pasien
 Pengunjung
 dan lain lain (sebutkan).....

Melaporkan telah terjadi kecelakaan kerja yang terjadi pada :

Nama :
Umur :
Status :
Hari/tanggal :
Jam :
Lokasi :
Unit/Dep :
Penyebab kecelakaan :

Dengan kronologis insiden

.....
.....
.....

Jenis Insiden

- Near miss/kejadian nyaris cedera (KNC)
- Kejadian tidak cedera (KTC)
- Accident / kejadiantidak diharapkan (KTD)
- Kejadian sentinel

Perkiraan tingkat risiko

- Tidak ada cedera
- Cedera ringan (lecet/dapat diatasi dengan pertolongan pertama)
- Cedera sedang (Lukarobek/memerlukan perawatan dokter)
- Cedera berat (cacat/lumpuh/kehilangan fungsi)
- Meninggal

Bahagian Badan yang cedera:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kepala | <input type="checkbox"/> Pinggul | <input type="checkbox"/> Perut |
| <input type="checkbox"/> Mata | <input type="checkbox"/> Kaki | <input type="checkbox"/> Tangan |
| <input type="checkbox"/> Telingga | <input type="checkbox"/> Tungkai | <input type="checkbox"/> Lengan |
| <input type="checkbox"/> Leher | <input type="checkbox"/> JariKaki | <input type="checkbox"/> Siku |
| <input type="checkbox"/> Punggung | <input type="checkbox"/> Pergelangkaki | <input type="checkbox"/> Jari tangan |
| <input type="checkbox"/> Bahu | <input type="checkbox"/> Lutut | <input type="checkbox"/> Pernafasan |
| <input type="checkbox"/> Dada | <input type="checkbox"/> Berhubungandengansistem(perut, usus,paruparu,jantungsyarafdll) | <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) |

Tindakan yang diambil

Terhadap korban :

.....

.....

.....

.....

.....

Terhadap sumber bahaya:

.....

.....

.....

.....

Demikian laporan ini saya buat supaya ditindaklanjuti sebagaimana mestinya

.....

Pelapor

(.....)

Catatan:

- Semua karyawan yang mengetahui wajib melaporkan semua kecelakaan kerja yang terjadi di tempat kerja

