



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai, Painan (Kode Pos 25611)

Telp. (0756) 21428-21518. Fax. (0756) 21398, Email. rsudpainan @ ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800 / 006 / RSUD-SK / VIII / 2022

TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN DAN PENGELOLAAN TEKNOLOGI, DATA
DAN INFORMASI

DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Menimbang :

- a. bahwa dengan menerapkan Pola PPK BLU (Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum), Rumah Sakit menyelenggarakan kegiatan jasa pelayanan, pendidikan, dan penelitian, serta usaha lain di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat;
- b. bahwa Rumah Sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data dan pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dengan standar Panduan manajemen dan pengelolaan data dan informasi ;
- c. bahwa program PMKP yang terintegrasi meliputi data indikator mutu, indikator prioritas rumah sakit ;
- d. bahwa untuk memberikan acuan bagi setiap unit kerja dalam pelaksanaan pelayanan, perlu pengesahan Panduan manajemen dan pengelolaan data dan informasi ;

Mengingat :

1. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang- Undang nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
3. Undang-Undang nomor 44 tahun 2010 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
5. Keputusan Bupati Pesisir Selatan No 1 Tahun 2015 tentang penetapan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai PPL BLUD secara Penuh.
6. Keputusan Gubernur No 440.1.2010 tentang perubahan Keputusan Gubernur 440-509-2009 tentang Penetapan RSUD sebagai RS PPK BLUD.
7. Peraturan Daerah Proponsi Sumatera Barat no 4 tahun 2010 tentang susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
8. Pedoman Peningkatan Mutu Rumah Sakit, Kemenkes RI, 1994.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TENTANG PANDUAN MANAJEMEN DAN PENGELOLAAN DATA DAN
INFORMASI RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN.

- Kesatu** : Pedoman Panduan Manajemen dan Pengelolaan Data dan Informasi merupakan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada seluruh karyawan RSUD Dr. M Zein Painan.
- Kedua** : Manajemen Pengelolaan Data dan Informasi adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur ini.

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Painan
Pada tanggal : 1 Agustus 2022

DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN
PAINAN



Harefa

PANDUAN MANAJEMEN DAN PENGELOLAAN INFORMASI, TEKNOLOGI DAN DATA



INSTALASI TEKNOLOGI INFORMASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2022

DAFTAR ISI

BAB I DEFINISI1

 A. LATAR BELAKANG.....1

 B. TUJUAN2

 C. DEFINISI2

 D. KEBIJAKAN2

BAB II RUANG LINGKUP3

BAB III TATA LAKSANA4

 A. PENGUMPULAN DATA4

 B. PELAPORAN4

 C. VALIDASI DATA4

 D. PROSEDUR VALIDASI DATA5

 E. ANALISIS DATA5

BAB IV DOKUMENTASI8

BAB V PENUTUP9

BAB I

DEFINISI

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 yang sifatnya kompleks 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 konsisten sesuai 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. Data yang dimaksud meliputi data indikator mutu unit dan data mutu prioritas rumah sakit, data pelaporan insiden keselamatan pasien, data hasil monitoring kinerja staf, dan data hasil pengukuran budaya keselamatan. Rumah sakit seyogianya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan dalam mengelola data tersebut.

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 pengelolaan data dan informasi 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.

Data yang dimaksud meliputi:

- 1) data indikator mutu unit dan data mutu prioritas rumah sakit.
- 2) data pelaporan insiden keselamatan pasien.
- 3) data hasil monitoring kinerja staf.

- 4) data hasil pengukuran budaya keselamatan. Rumah sakit seyogianya mempunyai sistem pengelolaan data dan informasi secara elektronik sehingga memudahkan dalam mengelola data tersebut

B. Tujuan

1. Memudahkan dalam pengelolaan manajemen data PMKP
2. Pengukuran mutu dapat dilakukan secara terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

C. Definisi

Untuk menyamakan persepsi dalam memahami pedoman ini maka disusun pengertian-pengertian sebagai berikut:

1. Data merupakan merupakan Angka dan fakta kejadian berupa keterangan dan tanda-tanda yang secara relatif belum bermakna bagi rumah sakit.
2. Input Merupakan sekumpulan data mentah dalam organisasi maupun di luar organisasi untuk di proses dalam suatu sistem pengelolaan data.
3. Processing Merupakan konversi/pemindahan, manipulasi dan analisis input mentah menjadi bentuk yang lebih berarti bagi manusia.
4. Output Merupakan distribusi informasi yang sudah di proses ke anggota organisasi dimana output tersebut akan digunakan.
5. Informasi Merupakan data yang telah diolah atau diproses menjadi bentuk yang mengandung nilai dan makna yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dalam mendukung pembangunan kesehatan.

D. Kebijakan

1. Kebijakan Umum Rumah sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.
2. Kebijakan Khusus
 - a. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data PMKP yang terintegrasi meliputi data indikator mutu, indikator prioritas rumah sakit, data dari pelaporan insiden keselamatan, data hasil monitoring kinerja staf klinis, data hasil pengukuran budaya keselamatan pasien;
 - b. Integrasi seluruh data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi tidak terlepas dari fasilitas dan teknologi untuk menerapkan sistem manajemen data;
 - c. Untuk pengolahan data indikator mutu menggunakan sistem olah data sederhana yaitu dengan program Microsoft Excel
 - d. Publikasi informasi indikator mutu menggunakan teknologi internet melalui website

BAB II

RUANG LINGKUP

Adapun ruang lingkup panduan sistem manajemen data adalah sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data indikator
- b. Pelaporan
- c. Analisis data indikator
- d. Validasi
- e. Publikasi

Pengelolaan informasi Rumah Sakit meliputi :

- a. Mengidentifikasi kebutuhan informasi dan teknologi informasi
- b. Mengembangkan system informasi manajemen
- c. Menetapkan jenis informasi dan cara memperoleh data yang diperlukan
- d. Menganalisis data dan mengubahnya menjadi informasi
- e. Memaparkan dan melaporkan data serta informasi kepada public
- f. Melindungi kerahasiaan, keamanan dan integritas data dan informasi
- g. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja.

BAB III

TATA LAKSANA

A. Pengumpulan data

Indikator dilakukan oleh penanggung jawab pengumpul data ke dalam sensus harian atau menginputnya ke simrs.

B. Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan untuk mendokumentasikan dan melaporkan indikator mutu meliputi indikator area klinik, indikator area manajemen, indikator sasaran keselamatan pasien, pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP), laporan audit Clinical Pathway.

C. Validasi Data

Validasi data adalah suatu proses yang dilakukan untuk menjaga konsistensi data dengan cara dilakukan pengecekan data kembali oleh seorang validator (orang kedua) yang telah ditunjuk (bukan pengumpul data pertama). Tujuan validasi data adalah :

1. Memonitoring akurasi data yang dikumpulkan
2. Memverifikasi bahwa pengambilan data adalah konsisten dan reproducible
3. Verifikasi ekspektasi tentang volume data yang dikumpulkan Prinsip siapa yang melakukan validasi data adalah validator bukan pengumpul data atau tidak terlibat dalam proses pengumpulan data (orang kedua).

Validasi data dilakukan ketika :

1. Indikator baru diterapkan khususnya, indikator klinis yang dimaksudkan untuk membantu rumah sakit melakukan evaluasi dan meningkatkan proses atau hasil klinis yang penting Bila terjadi suatu perubahan terhadap indikator :
 - Cara pengumpulan data diubah
 - Proses pengambilan data
 - PIC (Person In Charge)/Pengumpulan data diganti
2. Sumber data telah diubah, seperti kalau sebagian dari rekam medis pasien digantikan dengan format elektronik sehingga sumber data sekarang berupa kertas maupun elektronik
3. Numerator, denominator, definisi operasional
4. Subjek pengumpulan data diubah, seperti perubahan umur rata-rata pasien, komorbiditas, perubahan protokol riset, penerapan pedoman praktek yang baru, atau teknologi baru dan metodologi baru pengobatan diperkenalkan/dilaksanakan.

D. Prosedur validasi data

1. Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya
2. Menggunakan sampel statistik sah dari catatan, kasus dan data lain. Sampel 100% dibutuhkan hanya jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
3. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang.
4. Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
5. Jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi.
6. Koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

E. Analisis Data

Indikator data yang dianalisis yaitu :

1. Data Indikator Kunci/Indikator Prioritas
 - a. Indikator 11 area klinis
 - b. Indikator 9 area manajemen
 - c. Indikator 6 sasaran keselamatan
 - d. Indikator International Library
 - e. Indikator unit kerja
2. Data Hasil Evaluasi Protokol Klinis
 - a. Data Surveillance PPI
 - b. Insiden Keselamatan Pasien: Sentinel, KTD, KNC
 - c. Data dari bab PKPO (KNC, KTD dan sentinel) Analisa data melalui grafik sangat membantu dalam memperlihatkan perubahan apakah menuju perbaikan sesuai yang diharapkan.
 - d. Analisis data dapat menggunakan alat statistic :
 - 1) Run Chart
 - 2) Bar Chart Control Chart
 - 3) Histogram
 - 4) Pareto Chart

Sasaran dari analisis data adalah agar dapat dilakukan perbandingan bagi rumah sakit melalui empat cara yaitu :

- a. Dengan diri sendiri dalam waktu tertentu, seperti dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun berikutnya.

- b. Dengan rumah sakit lain yang sama seperti menggunakan data base referensi
- c. Dengan standar, seperti ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional, atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam undangundang atau peraturan.
- d. Dengan praktek-praktek yang diakui di kepustakaan sebagai pedoman praktek yang lebih baik atau paling baik.

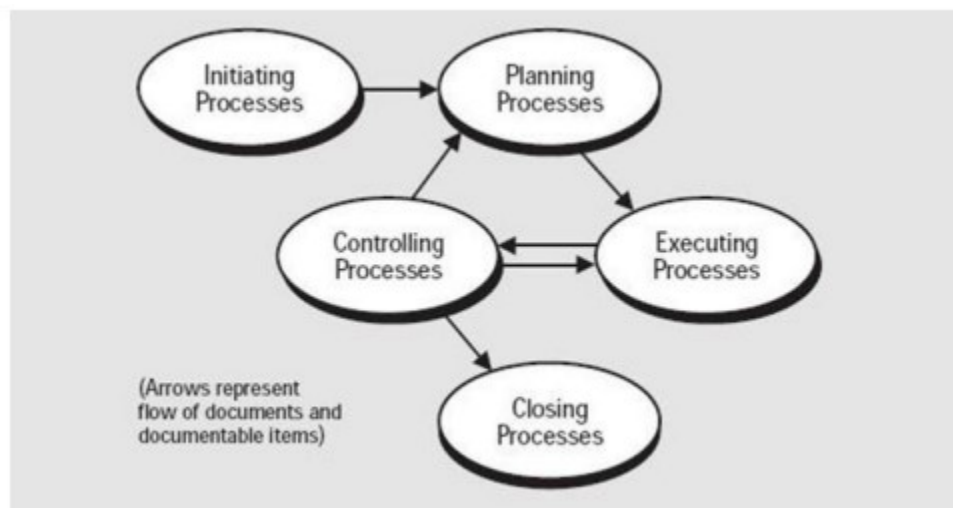
Perbandingan ini membantu rumah sakit memahami sumber dan sifat perubahan yang tidak dikehendaki serta membantu fokus pada upaya perbaikan.

3. Publikasi Data

Publikasi adalah proses penerbitan laporan dengan media publikasi secara internal dan eksternal ke luar RS setelah mendapatkan persetujuan dari Direktur RS. Dengan prosedur publikasi sebagai berikut :

1. Publikasi laporan dilakukan secara internal dan eksternal sesuai kebutuhan.
2. Publikasi internal dilakukan dengan presentasi hasil laporan data tiap triwulan sesuai kebutuhan dan disosialisasikan ke unit kerja.
3. Publikasi eksternal dilakukan dengan kerjasama untuk mempublikasikan data ke media masyarakat sesuai dengan persetujuan direktur RS dan kesiapan data.

Dalam rangka mengembangkan dan memilih aplikasi pengelolaan data secara elektronik perlu partisipasi pihak-pihak terkait yang ada di rumah sakit, diantaranya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan para Kepala Bidang/Divisi serta para Kepala Unit Pelayanan dalam memilih, mengintegrasikan dan menggunakan teknologi manajemen informasi. Agar hal tersebut dapat terlaksana maka dibuatlah beberapa tahapan sebagai berikut :



1. Initiating processes

Menetapkan kapan project management dimulai, hal ini biasanya ditandai dengan pertemuan awal.

2. Planning processes

Menyusun project management plan sampai dengan satuan aktifitas terkecil yang dapat dieksekusi oleh unit terkecil di dalam project organization. Dalam merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi rumah sakit ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu :

- a) Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan unit terkait dan pengguna. Adapun yang dimaksud pengguna meliputi :
 - ✓ Profesional pemberi asuhan (PPA)
 - ✓ Kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan.
 - ✓ Badan/pihak lain diluar rumah sakit yang membutuhkan data dan informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit
- b) Proses perencanaan kebutuhan informasi mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c) Perencanaan disesuaikan dengan besar dan kompleksitas rumah sakit.

3. Executing processes Mengkoordinasikan sumber daya untuk mengeksekusi project plan.

a. Controlling Process

Melakukan pengendalian terhadap eksekusi pekerjaan, yaitu dengan memantau dan mengambil tindakan perbaikan jika terjadi ketidaksesuaian serta melakukan change request management jika memang diperlukan perubahan kearah yang lebih positif terhadap rencana proyek. Dalam proses ini dilibatkan PPA dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan dalam memilih, mengintegrasikan dan menggunakan teknologi manajemen informasi. Pelibatan ini untuk memastikan pengelolaan data dan informasi pengelolaan data dan informasi dan informasi rumah sakit yang dibuat dapat menyediakan kumpulan data serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (regular dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan pengguna data.

b. Closing processes

Pada saat akhir project melakukan penutupan setelah semua sasaran dari pekerjaan telah terpenuhi

BAB IV

DOKUMENTASI

Panduan ini disusun untuk menjadi acuan dalam manajemen data terintegrasi.

Pendokumentasiannya berupa :

1. Laporan validasi data
2. Data pencatatan dan pelaporan mutu prioritas
3. Analisis data
4. Publikasi data secara internal dan eksterna

BAB V

PENUTUP

Pedoman Manajemen Data diharapkan berjalan secara berkesinambungan dan berkelanjutan untuk menunjang pelayanan rumah sakit yang aman dan bermutu.