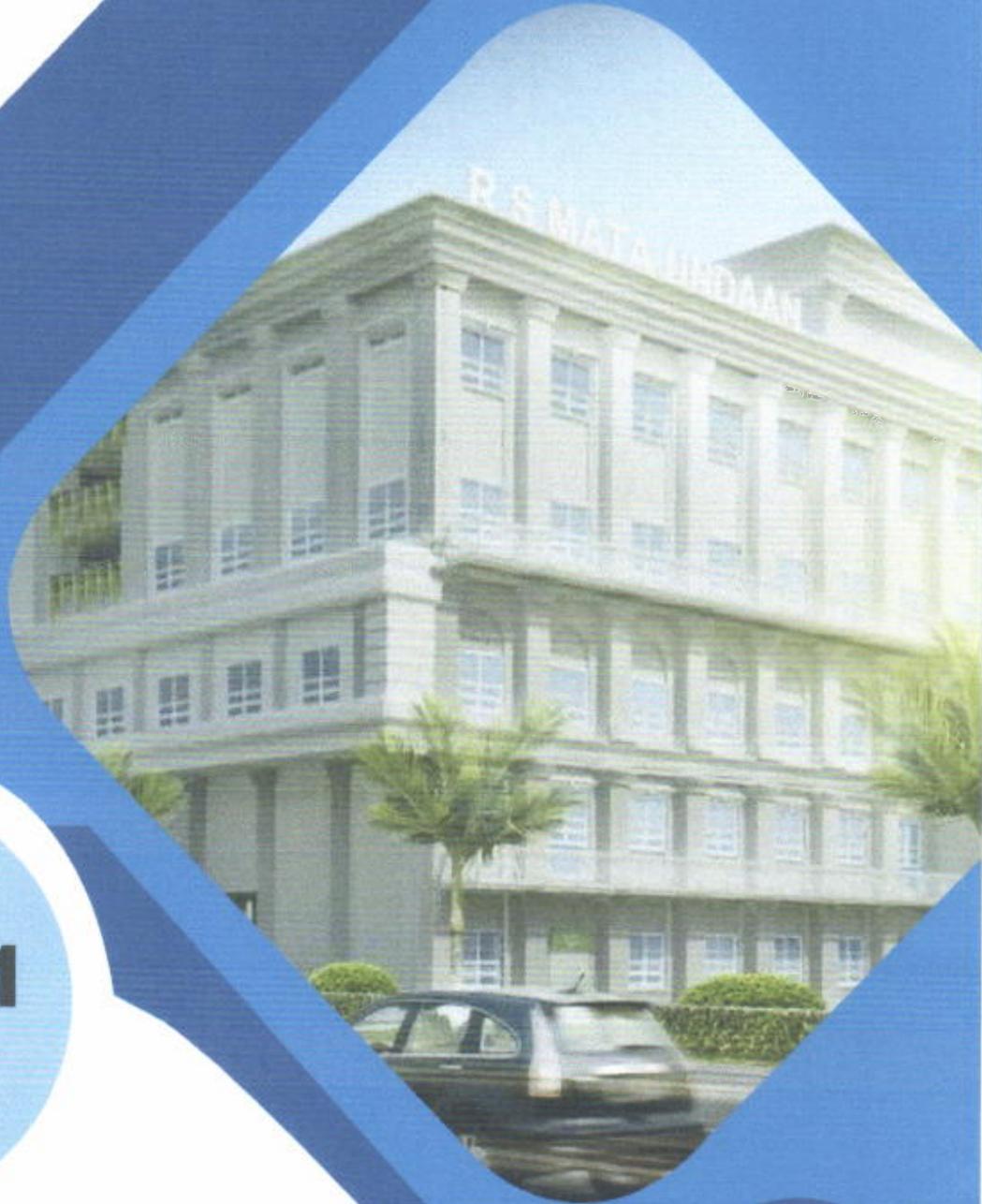




RS Mata Undaan  
Care and Smile



**Edisi 1**

Tahun 2019

# **PANDUAN MANAJEMEN DATA**

**RS. Mata Undaan Surabaya**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya  
Telp. 031 5343 806, 5319 619  
Fax. 031 - 5317 503**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 546/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 05 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN MANAJEMEN DATA RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 546/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 05 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN MANAJEMEN DATA RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA .....	1
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan .....	1
1.3 Definisi Operasional .....	1
BAB II RUANG LINGKUP .....	2
2.1 Kebijakan Rumah Sakit .....	2
2.2 Sistem Manajemen Data .....	3
BAB III TATA LAKSANA .....	4
3.1 Alur Pengumpulan Data .....	4
3.2 Pengumpulan Data Indikator .....	4
3.3 Pelaporan .....	5
3.4 Validasi Data .....	6
3.5 Analisa Data Indikator .....	7
3.6 Publikasi Data .....	7
BAB IV DOKUMENTASI .....	8



RS Mata Undaan  
Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 546/PER/DIR/RSMU/IV/2019  
TANGGAL : 05 APRIL 2019  
TENTANG  
PANDUAN MANAJEMEN DATA  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pengelolaan data di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu disusun Panduan Manajemen Data;  
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  
3. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;  
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan;  
5. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 432/PER/DIR/RSMU/III/2019 Tanggal 18 Maret 2019 tentang Pedoman Pelayanan Unit SIRS Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Manajemen Data di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua : Panduan Manajemen Data ini digunakan sebagai acuan dalam pengelolaan semua data di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga : Panduan Manajemen Data di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Kelima

- : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 05 April 2019  
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA  
NOMOR : 546/PER/DIR/RSMU/IV/2019  
TANGGAL : 05 APRIL 2019  
TENTANG  
PANDUAN MANAJEMEN DATA

## **BAB I DEFINISI**

### **1.1 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. 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; dan
4. Data hasil pengukuran budaya keselamatan.

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

### **1.2 Tujuan**

Sebagai panduan dalam pelaksanaan manajemen data di RS. Mata Undaan Surabaya.

### **1.3 Definisi Operasional**

1. *Input* merupakan sekumpulan data mentah dalam organisasi maupun di luar organisasi untuk di proses dalam suatu sistem ekonomi.
2. *Processing* merupakan konversi/pemindahan, manipulasi dan analisis input mentah menjadi bentuk yang lebih berarti bagi manusia.
3. *Output* merupakan distribusi informasi yang sudah di proses ke anggota organisasi dimana output tersebut akan digunakan.
4. Informasi merupakan data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang mempunyai arti dan bermanfaat bagi manusia. Informasi merupakan interpretasi data yang disajikan dengan cara yang berarti dan berguna.
5. Data merupakan merupakan fakta atau gambaran mentah (*business facts*) yang menunjukkan peristiwa yang terjadi dalam organisasi dan lingkungan fisik yang dikumpulkan melalui serangkaian prosedur.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Adapun ruang lingkup panduan sistem manajemen data adalah sebagai berikut:

#### **1.1 Kebijakan Rumah Sakit**

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang:

1. Rumah sakit menyediakan dan mengatur penggunaan teknologi informasi dan dukungan lain untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi.
2. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi yang meliputi data indikator mutu, indikator prioritas rumah sakit, data dari pelaporan insiden keselamatan, data hasil monitoring kinerja staf klinis, dan data hasil pengukuran budaya keselamatan pasien.
3. Integrasi seluruh data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi tidak terlepas dari fasilitas dan teknologi untuk menerapkan sistem manajemen data
4. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang:
  - a. Pengumpulan, pelaporan, analisis, feedback dan publikasi data
  - b. Menetapkan data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau untuk keperluan data base eksternal
  - c. Menjamin keamanan dan kerahasiaan data/informasi yang disampaikan kepada eksternal rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku
  - d. Tim PMKP melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data
  - e. Analisis data dilakukan oleh penanggungjawab data di unit kerja yang memiliki pengalaman/pengetahuan manajemen informasi dan mempunyai kompetensi penggunaan metode statistik untuk analisa data dengan melibatkan tim PMKP.
  - f. Hasil analisis harus dilaporkan kepada pimpinan untuk ditindaklanjuti dalam pengambilan keputusan sebagai upaya memperbaiki proses klinis maupun manajerial.
  - g. Metode analisis data dilakukan dengan membandingkan data rumah sakit terhadap:
    - 1) Capaian data rumah sakit dari waktu ke waktu
    - 2) Melalui database referensi rumah sakit sejenis (benchmark)
    - 3) Ketentuan standar badan/organisasi/undang-undang/ peraturan yang berlaku
    - 4) Praktik-praktik yang diperoleh dalam literatur sebagai best practice atau better practice atau practice guideline
  - h. Validasi Data

Rumah sakit menetapkan tata cara validasi data sebagai berikut:

- 1) Data yang harus divalidasi
  - a) Pengukuran/indikator area klinis baru
  - b) Ada perubahan sistem pencatatan data
  - c) Data akan dipublikasikan
  - d) Ada perubahan cara pengukuran/indikator
  - e) Ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui penyebabnya
  - f) Ada perubahan subyek data
- 2) Proses validasi data mencakup:
  - a) Pengumpulan ulang data oleh orang lain yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya
  - b) Menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lain yang shahih secara statistik. Sampel 100% hanya jika jumlah pencatatan kasus/data lainnya sangat kecil
  - c) Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang

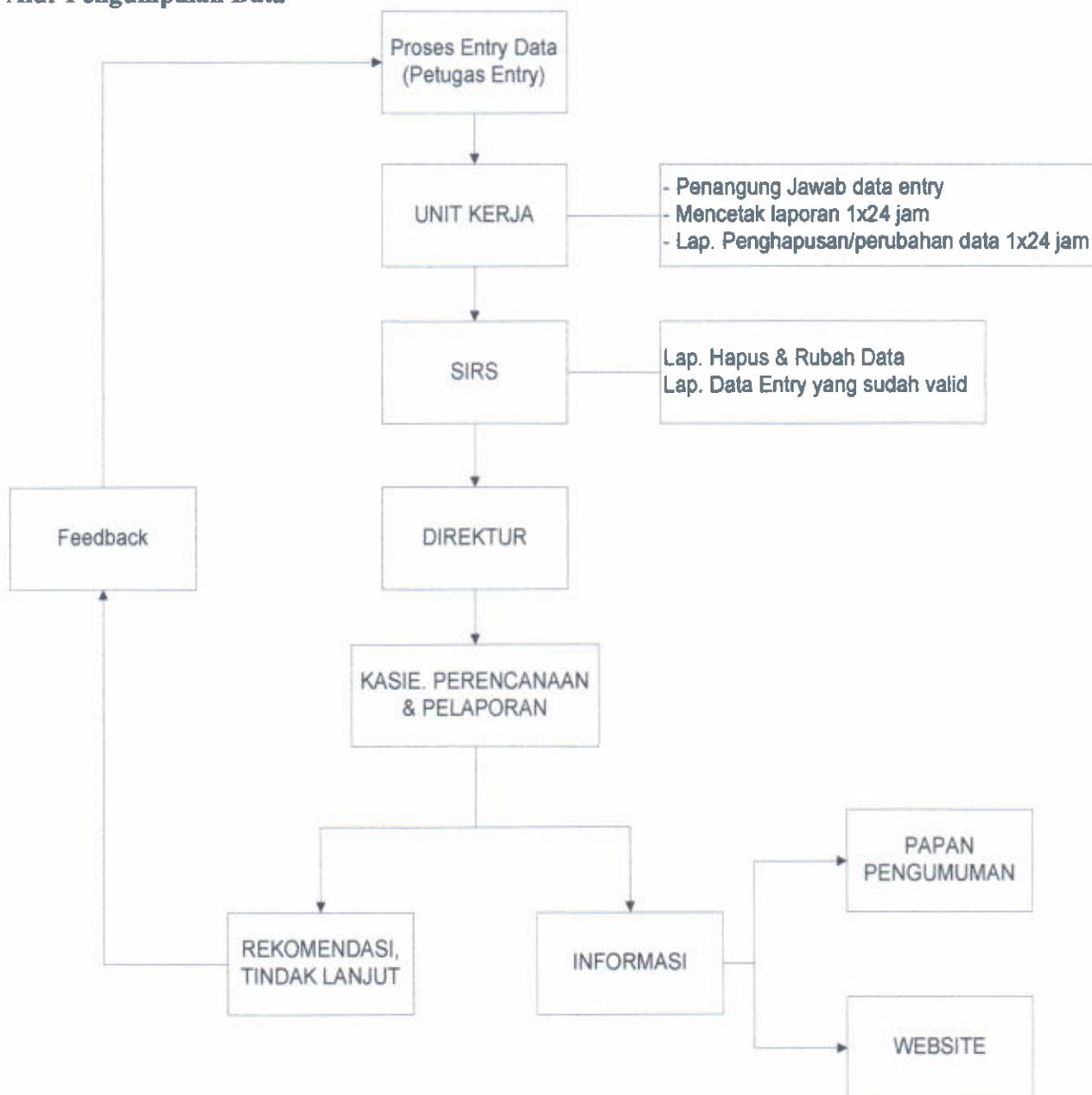
- d) Menghitung keakuratan dengan cara membagi jumlah elemen data asli terhadap total jumlah data dikali 100%. Dikatakan akurat jika tingkat akurasi > 90%.
  - e) Jika hasil penghitungan tidak akurat maka dilakukan tindakan koreksi
5. Pelaporan Kinerja dan Peningkatan Mutu
- a. Capaian kinerja dan indikator mutu unit disampaikan kepada staf melalui pertemuan unit melalui papan informasi setiap tiga bulan
  - b. Publikasi data capaian mutu di website atau media lain dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku yang dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

**1.2 Sistem Manajemen Data meliputi:**

1. Pengumpulan Data Indikator
2. Pelaporan
3. Validasi
4. Analisis Data Indikator
5. Publikasi

## BAB III TATA LAKSANA

### 3.1 Alur Pengumpulan Data



Gambar 3.1 Alur Pengumpulan Data

### 3.2 Pengumpulan Data Indikator

Pengumpulan data indikator dilakukan oleh penanggung jawab pengumpul data ke dalam sensus harian atau menginputnya ke dalam sistem IT. Data yang harus dikumpulkan meliputi:

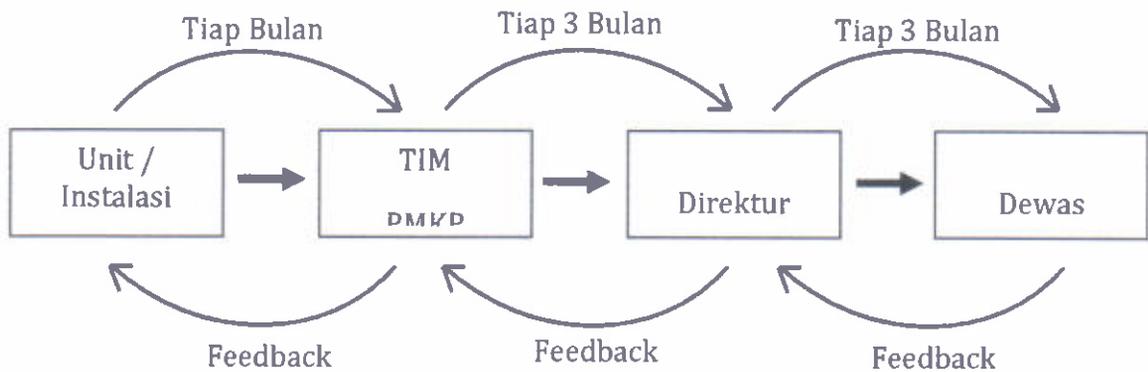
- A. Data Indikator Mutu Nasional
  1. Kepatuhan identifikasi pasien

2. Emergency respon time
  3. Waktu tunggu rawat jalan
  4. Penundaan operasi elektif
  5. Kepatuhan jam visite dokter
  6. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium
  7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
  8. Kepatuhan cuci tangan
  9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh
  10. Kepatuhan terhadap clinical pathway
  11. Kepuasan pasien dan keluarga
  12. Kecepatan respon terhadap komplain
- B. Data Indikator Mutu Prioritas RS
- C. Data Indikator Mutu Unit
- D. Data Indikator Mutu PONEK
1. Angka keterlambatan operasi section caesaria
  2. Angka keterlambatan penyediaan darah
  3. Angka kematian ibu dan bayi
  4. Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir
- E. Data Indikator Mutu PAB
1. Asesmen pra sedasi
  2. Proses monitoring status fisiologis selama anestesi
  3. Proses monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam
  4. Evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari local/regional ke general
- F. Data Indikator PPI
1. Indikator Ventilator Associated Pneumonia (IVAP)
  2. Indikator Infeksi Saluran Kencing (ISK)
  3. Indikator Infeksi Daerah Operasi (IDO)
  4. Indikator Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
  5. Indikator Infeksi Aliran Darah (IAD)
  6. Indikator Phlebitis
- G. Data Insiden Keselamatan Pasien
1. Kejadian sentinel
  2. Kejadian Tidak Diharapkan
  3. Kejadian Nyaris Cedera
  4. Kejadian Tidak Cedera
  5. Kejadian Potensial Cedera
- H. Data Insiden/Kejadian/Kecelakaan di RS
1. Tertusuk jarum/benda tajam
  2. Terpapar bahan kimia/bahan infeksius
  3. Kehilangan barang
  4. Insiden tindak kekerasan di RS
  5. Pengunjung/staf jatuh
  6. Dll

### 3.3 Pelaporan

Pelaporan data indikator mutu dilakukan oleh PIC data unit setiap bulan kepada Tim Mutu RS. Kemudian data tersebut akan dilakukan analisis setiap 3 bulan oleh Tim Mutu RS dan hasilnya

dilaporkan kepada Direktur RS dan diteruskan kepada Pemilik RS. Berikut ini alur pelaporan mutu di RS Mata Undaan sebagai berikut:



### 3.4 Validasi Data

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (confidence level) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data, serta menggunakan data untuk peningkatan. Tujuan validasi data adalah:

- a. Memonitoring akurasi data yang dikumpulkan
- b. Memverifikasi bahwa pengambilan data adalah konsisten dan reproducible
- c. Verifikasi ekspektasi tentang volume data yang dikumpulkan

Keabsahan dan kepercayaan 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. Prinsip siapa yang melakukan validasi data adalah validator bukan pengumpul data atau tidak terlibat dalam proses pengumpulan data (orang kedua).

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik maka proses validasi perlu dilakukan. Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi :

1. Kebijakan data yang harus divalidasi, yaitu:
  - a. Merupakan pengukuran area klinik 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;
  - f. 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.
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 sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
  - c. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan 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 diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi;
  - f. Koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
3. Proses validasi data yang akan dipublikasi di web site atau media lainnya agar diatur tersendiri dan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

### 3.5 Analisis Data Indikator

Data yang dianalisis yaitu:

1. Data indikator kunci/indikator prioritas
2. Data hasil evaluasi protocol klinis
3. Data surveillance PPI
4. Insiden keselamatan pasien: sentinel, KTD, KNC
5. Data dari bab PKPO (KNC, KTD, dan sentinel)

Analisa data melalui grafik sangat membantu dalam memperlihatkan perubahan apakah menuju perbaikan sesuai yang diharapkan.

Analisa data dapat menggunakan alat statistik:

1. Run Chart
2. Bar Chart
3. Control Chart
4. Histogram
5. Pareto Chart

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

1. Dengan diri sendiri dalam waktu tertentu, seperti dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun berikutnya.
2. Dengan rumah sakit lain yang sama seperti menggunakan data base referensi
3. Dengan standar, seperti ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional, atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam undang-undang atau peraturan.
4. 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.

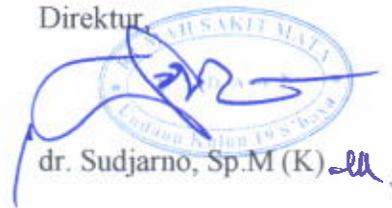
### 3.6 Publikasi Data

Publikasi data dilakukan oleh tim manajemen informasi rumah sakit melalui website RS Mata Undaan untuk dilakukan benchmark dengan capaian dari RS lain. Data yang dapat di publikasikan meliputi : mutu rumah sakit, jadwal pelayanan, profile rumah sakit dan informasi kesehatan. Sebelum data dan informasi di publish kedalam website, data terlebih dahulu di validasi oleh direksi untuk di periksa dan di setujui. Setelah itu data dan informasi dapat di publish kedalam website rumah sakit.

## BAB IV DOKUMENTASI

1. Form permintaan upload ke website
2. SPO upload informasi dan artikel kedalam website
3. SPO proses pengumpulan data dan informasi external

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 05 April 2019  
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)