

RANCANGAN PROYEK PERUBAHAN

“SIPODEN dan PETA SIRI”



MARSELLA WAHYUNI OLII

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN KEPEMIMPINAN TINGKAT IV

BALAI BESAR PELATIHAN KESEHATAN (BBPK)

MAKASSAR

2016

LEMBAR PENGESAHAN RANCANGAN PROYEK PERUBAHAN

Nama : Marsella Wahyuni Oliy
NIP : 198106142009122001
Instansi : RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
Jabatan : Kepala Seksi Penunjang Medik
Proyek Perubahan : "Sipoden dan Peta Siri"

**TELAH DISEMINARKAN
PADA SEMINAR RANCANGAN PROYEK PERUBAHAN
DIKLAT KEPEMIMPINAN TINGKAT IV
TAHUN 2016**

Makassar, 31 Agustus 2016

MENYETUJUI

COACH

PENGUJI

Ns. Yulia Prihartini, S.Kep.M.Kep.

Andi Salviah, S.IP.,MM.

BAB I

PENDAHULUAN

I. Latar Belakang

Layanan kesehatan yang tidak aman dan memiliki potensi risiko yang mengancam nyawa menjadi penyebab utama kematian dan peningkatan angka mortalitas pada pasien yang dirawat di rumah sakit di berbagai Negara. Kejadian yang tidak diinginkan atau insiden yang terjadi di rumah sakit telah dianggap sebagai masalah yang sangat serius diberbagai belahan dunia, setiap tahunnya jumlah pasien yang meninggal dunia akibat masalah ini melebihi jumlah pasien yang meninggal akibat kanker payudara ataupun AIDS. Oleh karena itu maka penjaminan mutu layanan rumah sakit khususnya yang terkait dengan keselamatan pasien menjadi hal yang penting untuk dilakukan oleh rumah sakit, demikian pula halnya dengan RSK Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

Dalam proses penjaminan mutu tersebut maka pengelolaan manajemen risiko menjadi hal yang mutlak dilakukan sebagai tindakan preventif terhadap potensi risiko yang diharapkan akan berdampak pada penurunan insiden di lingkungan rumah sakit. Unsur terpenting dalam pengelolaan manajemen risiko adalah pelaporan insiden dan identifikasi potensi risiko. Pelaporan insiden sebagai langkah reatif diharapkan mampu memberikan pembelajaran bagi rumah sakit dengan cara melakukan analisa untuk mencari faktor penyebab terjadinya insiden tersebut. Sedangkan identifikasi potensi risiko merupakan langkah proaktif yang diharapkan mampu memetakan area-area di rumah sakit yang memiliki potensi untuk terjadinya kejadian yang tidak diharapkan, sehingga membantu dalam melakukan langkah-langkah pencegahan risiko.

Di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sendiri sistem pelaporan insiden belum berjalan dengan optimal. Pelaporan insiden masih dilakukan secara manual dan kepatuhan perawat untuk melaporkan insiden yang terjadi masih rendah. Masih terdapat insiden yang luput dari pelaporan, hal ini antara lain disebabkan oleh:

1. Tidak terpantaunya kejadian tersebut oleh perawat yang tidak *stand by* di bangsal.
2. Kurangnya kepedulian dari pasien untuk melaporkan insiden yang dirasa tidak fatal. Di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, pasien di Bangsal Rehabilitasi Kusta umumnya merupakan pasien lama dan sebagian besar mengalami kecacatan yang membuat mereka rawan akan risiko jatuh. Namun karena secara psikologis mereka sudah akrab dengan suasana dan lingkungan rumah sakit yang bahkan kadang mereka anggap sebagai rumah sendiri, insiden-insiden yang tidak berakibat fatal seperti terpeleset dan jatuh terkadang tidak dilaporkan kepada petugas.
3. Tidak tersedianya lembaran format sensus insiden di bangsal. Pelaporan insiden masih dilaksanakan secara manual dengan mengisi lembar format sensus mutu yang dibagikan oleh Komite Mutu ke setiap bangsal. Lembar format sensus ini terkadang habis di bangsal, namun petugas bangsal tidak berinisiatif untuk memintanya ke Komite Mutu. Demikian pula dari Komite Mutu yang tidak memiliki staf tetap mengalami kesulitan untuk memantau ketersediaan lembaran format sensus mutu di setiap bangsal.
4. Kurangnya kepatuhan dan kesadaran perawat untuk membuat dan menyerahkan laporan insiden. Kesadaran petugas dalam mendukung program manajemen risiko di rumah sakit memang masih perlu ditingkatkan dalam rangka mewujudkan *patient safety* sebagai budaya kerja. Selain itu keterbatasan SDM di Komite Mutu yang belum memiliki tenaga tetap menjadi hambatan dalam menjalankan fungsi pengawasan terhadap pembuatan laporan insiden.

Jika insiden yang terjadi tidak dilaporkan ke Komite Mutu maka tidak ada juga analisa yang dilakukan terhadap insiden yang terjadi, sehingga pengembangan program mutu rumah sakit tidak optimal dan rumah sakit tidak memiliki data insiden, hal ini menjadi poin negatif bagi pengembangan mutu pelayanan rumah sakit.

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa dalam pengelolaan manajemen risiko selain unsur pelaporan insiden, unsur identifikasi potensi risiko juga merupakan faktor kunci. Hal ini belum

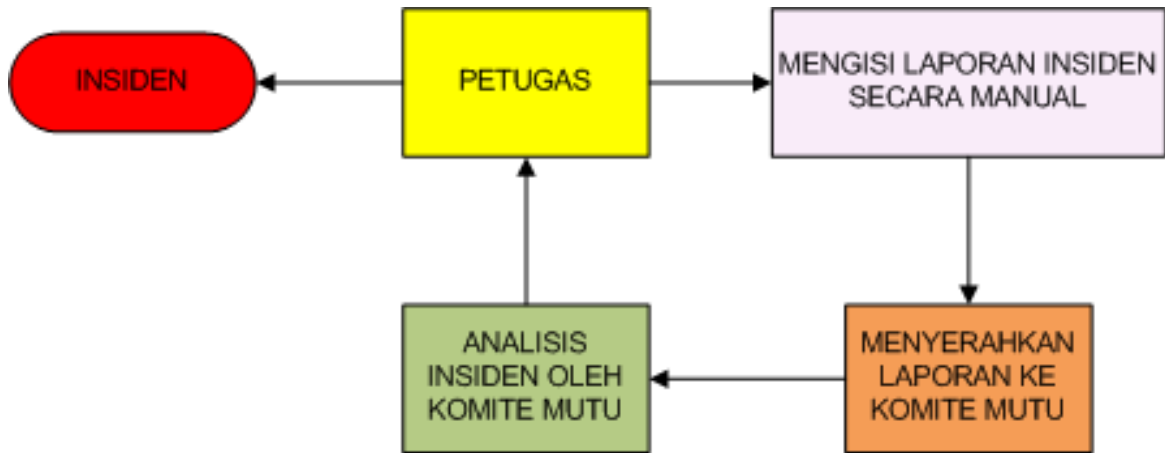
terlaksana di RSK Dr.Tadjuddin Chalid Makassar, sehingga belum ada pemetaan potensi risiko. Hal ini menyebabkan langkah pencegahan risiko belum dapat dilakukan secara efektif dan proaktif, hanya bersifat reaktif terhadap risiko yang dilaporkan.

Oleh karena itu maka reformer berencana untuk membuat suatu inovasi terkait pengintegrasian laporan insiden dengan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dan pemetaan potensi risiko yang terdapat di lingkungan rumah sakit. Sistem laporan insiden yang terintegrasi diharapkan mampu membuat pelaporan insiden menjadi lebih tertib dan tidak ada insiden yang luput dari pelaporan. Sedangkan dengan pemetaan potensi risiko diharapkan mampu memberikan data base untuk melakukan tindakan preventif terhadap kemungkinan-kemungkinan terjadinya risiko di lingkungan rumah sakit.

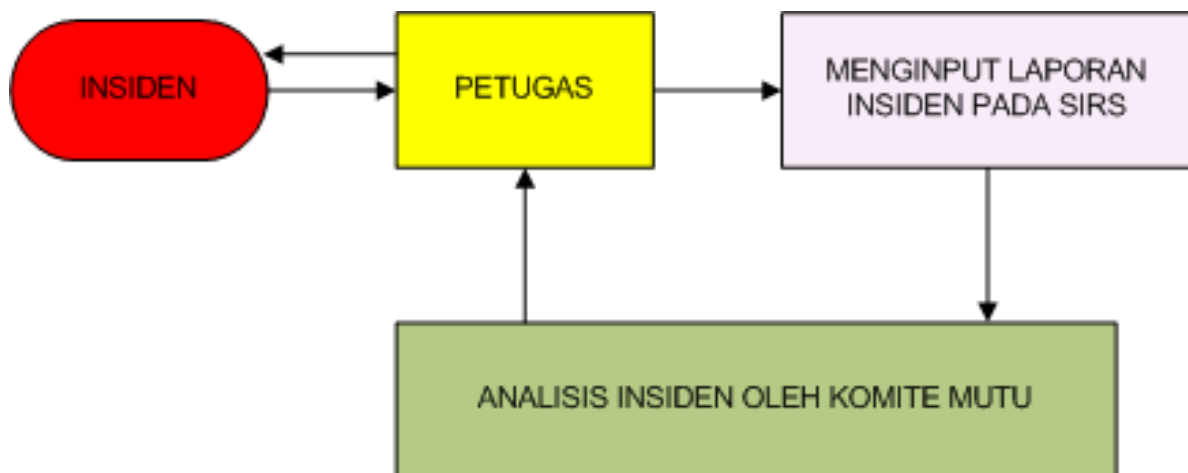
II. Dekripsi Inovasi

Proyek perubahan ini berjudul “SIPODEN dan PETA SIRI” yang merupakan akronim dari “Sistem Pelaporan Insiden dan Pemetaan Potensi Risiko”, dimana kedua hal ini merupakan faktor kunci dalam pengelolaan manajemen risiko. Inovasi yang dilakukan dalam SIPODEN adalah mengintegrasikan pelaporan insiden dengan SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit), dimana kondisi yang ada sekarang pelaporan insiden dilakukan secara manual dengan mengisi format sensus mutu yang dibagikan ke setiap bangsal. Hal ini tidak berjalan dengan efektif karena terkadang format tidak tersedia di bangsal atau format yang ada tidak diisi atau tidak dilaporkan kepada Komite Mutu. Pengawasan dari Komite Mutu sebagai penanggungjawab program mutu rumah sakit juga sulit berjalan dengan optimal karena keterbatasan SDM (tidak ada tenaga tetap di Komite Mutu), sehingga pelaporan insiden hanya bersifat pasif, menunggu laporan dari bangsal. Dengan sistem pelaporan insiden yang terintegrasi dengan SIRS, akan dibuatkan tambahan fitur pada SIRS tersebut untuk menginput data insiden yang terjadi. Perawat yang bertugas bisa langsung mengisi data

insiden, jika terjadi, pada saat mereka menginput data pelayanan harian yang diberikan pada pasien bersangkutan. Data ini kemudian bisa dilihat oleh staf tetap komite mutu yang *stand by* untuk dilakukan grading risiko dan penentuan tindak lanjut. Dengan demikian diharapkan bahwa setiap insiden yang terjadi dapat segera dilaporkan dan ditindaklanjuti. Alur pelaporan insiden yang selama ini berjalan di RSK Dr.Tdjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

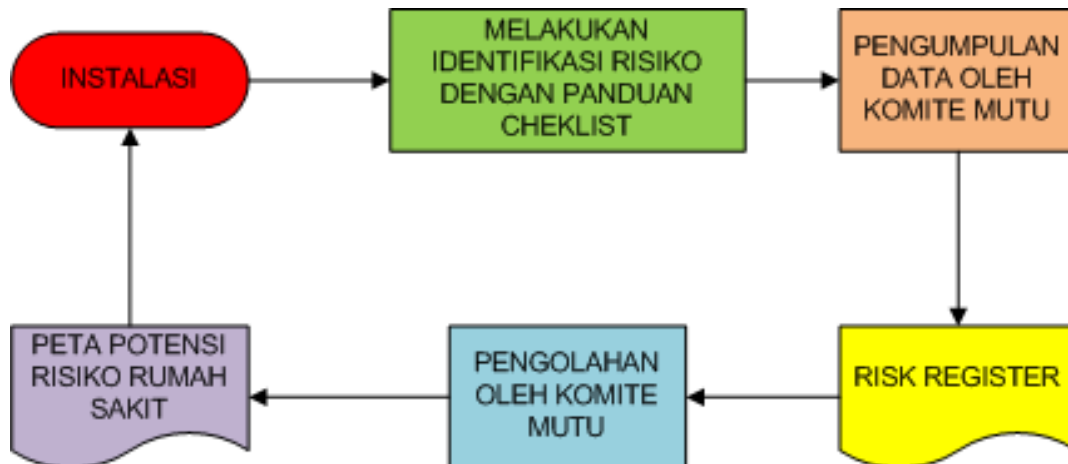


Diharapkan setelah penerapan laporan insiden yang terintegrasi dengan SIRS maka alur pelaporan akan berubah menjadi:



Adapun dengan program “Peta Siri” (Pemetaan Potensi Risiko) bertujuan untuk melakukan identifikasi area-area dan hal-hal yang memiliki potensi risiko dalam lingkungan rumah sakit. Setiap

unit/instalasi yang berhubungan langsung dengan pasien diminta untuk mengisi format potensi risiko yang dibagikan setiap bulan. Format ini kemudian akan dikumpulkan oleh staf Komite Mutu untuk dilakukan pengolahan data. Kegiatan ini memiliki output berupa *risk register* setiap unit/instalasi yang kemudian akan menjadi bahan untuk memetakan area di rumah sakit yang memiliki potensi tinggi terjadinya insiden. Area di rumah sakit akan dikategorikan menjadi area merah (potensi risiko tinggi), area kuning (potensi risiko sedang) dan area hijau (potensi risiko rendah). Hasil ini kemudian akan dikembalikan ke unit/instalasi masing-masing agar mereka dapat meningkatkan kewaspadaan akan potensi risiko yang ada, dan sekaligus menjadi bahan bagi komite mutu untuk menyusun program pencegahan risiko.



Kedua program ini memadukan pendekatan secara reaktif (laporan insiden) dan proaktif (pemetaan potensi risiko), dengan demikian diharapkan pengelolaan manajemen risiko bisa komprehensif dan lebih optimal.

III. Tujuan Perubahan

1. Tujuan Jangka Pendek

- a. Berjalannya sistem pelaporan insiden yang terintegrasi dengan SIRS
 - b. Berjalannya proses pemetaan potensi risiko dalam bentuk risk register di unit-unit pelayanan yang langsung bersentuhan dengan pasien
2. Tujuan Jangka Menengah
- a. Terintegrasinya SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) dengan semua komponen indikator mutu unit pelayanan pada Tahun 2017
 - b. Berjalannya proses pemetaan potensi risiko dalam bentuk risk register di semua unit pelayanan
 - c. Adanya proses perencanaan rumah sakit yang melibatkan dan memperhatikan masukan dari Komite Mutu dalam rangka perbaikan sarana dan prasarana untuk mengurangi potensi risiko.
3. Tujuan Jangka Panjang
- Terlaksananya pengelolaan manajemen risiko di RSK Dr.Tadjuddin Chalid Makassar

IV. Manfaat Perubahan

1. Bagi Pasien

Meningkatnya keamanan pasien dengan upaya minimalisasi insiden melalui analisis laporan insiden dan identifikasi area-area yang memiliki potensi risiko
2. Bagi Rumah Sakit
 - a. Mendapatkan masukan dari hasil analisis insiden untuk memperbaiki kualitas layanan
 - b. Dapat melakukan tindakan pencegahan risiko berdasarkan data potensi risiko, sehingga rumah sakit terhindar dari kerugian yang lebih besar
 - c. Mengurangi kemungkinan tuntutan hukum yang diakibatkan oleh potensi risiko yang terdapat di rumah sakit
3. Bagi Komite Mutu

- a. Mendapatkan data insiden yang akurat sebagai bahan untuk melakukan analisis (FMEA dan RCA)
 - b. Mendapatkan masukan untuk penyusunan program mutu dan keselamatan pasien
4. Bagi Instalasi
- a. Memiliki rekam data insiden yang lebih akurat
 - b. Meningkatkan kewaspadaan dengan diidentifikasinya area-area yang berpotensi risiko
5. Bagi Ruang Perawatan/Bangsal
- a. Memiliki rekam data insiden yang lebih akurat
 - b. Meningkatkan kewaspadaan dengan diidentifikasinya area-area yang berpotensi risiko

V. Ruang Lingkup Perubahan

Ruang lingkup perubahan yang menjadi cakupan dalam proyek perubahan ini adalah:

1. Pengintegrasian sistem pelaporan insiden dengan SIRS
2. Pembenahan SDM di Komite Mutu
3. Identifikasi potensi risiko di unit-unit pelayanan yang berhubungan langsung dengan pasien
4. Peningkatan kesadaran petugas dan pasien tentang insiden dan potensi risiko

BAB II

RANCANGAN PROYEK PERUBAHAN

I. Milestone

A. Milestone Jangka Pendek

NO	MILESTONE	KEGIATAN	RINCIAN KEGIATAN	JADWAL
I	Terciptanya dukungan dari stakeholder	1. Audiensi dengan masing-masing stakeholder	1. Menghubungi stakeholder terkait untuk meminta waktu bertemu	5 -6 Sep 2016
			2. Pemaparan manfaat program bagi organisasi secara umum menggunakan pendekatan yang disesuaikan dengan posisi stakeholder	5-6 Sep 2016
			3. Penandatanganan pernyataan dukungan dari stakeholder	5-6 Sep 2016
		2. Pertemuan dengan semua stakeholder	Pemaparan manfaat program bagi organisasi secara umum	6 Sep 2016
II	Terbentuknya Tim Kerja	1. Memilih anggota tim kerja	1. Membuat daftar pegawai yang berpotensi dilibatkan sebagai tim kerja	7 Sep 2016
			2. Menjalinkan komunikasi dengan pegawai bersangkutan untuk meminta kesediaan secara informal	7-8 Sep 2016
		2. Membuat pernyataan kesediaan menjadi anggota tim kerja	1. Membuat surat pernyataan kesediaan	7 Sep 2016
			2. Membagikan surat pernyataan kesediaan kepada tim kerja untuk ditandatangani	8-9 Sep 2016
		3. Mengumpulkan dan mengarsipkan surat pernyataan kesediaan yang telah ditandatangani oleh anggota tim kerja	8-9 Sep 2016	
		3. Mengadakan pertemuan dengan tim kerja	1. Memaparkan detail program yang akan dilaksanakan	9 Sep 2016
			2. Membuat POA	9 Sep 2016

			3. Membuat uraian tugas masing-masing anggota tim	9 Sep 2016
		4. Membuat sarana komunikasi melalui grup media sosial	1. Membuat grup tim kerja menggunakan aplikasi Whatsapp	9 Sep 2016
III	Adanya dukungan dari Komite Mutu untuk melakukan perubahan pada sistem pelaporan insiden dan pembuatan peta potensi risiko	1. Mengadakan pertemuan dengan Komite Mutu	1. Memaparkan tentang rencana perubahan yang akan dilakukan 2. Penandatanganan surat dukungan dari Ketua Komite Mutu	12 Sep 2016 12 Sep 2016
IV	Tersedianya tenaga tetap di Komite Mutu	1. Mengajukan permohonan kepada Kabag SDM	1. Konsultasi dengan Kabag SDM untuk pengalokasian satu orang pegawai ke Komite Mutu sebagai staf tetap 2. Membuat surat permohonan tertulis tentang permintaan staf baru	12 Sep 2016 12 Sep 2016
		2. Mutasi staf ke Komite Mutu	1. Penerbitan SK penempatan/Surat Tugas kepada staf baru 2. Orientasi kepada staf baru	19 Sep 2016 20 Sep 2016
V	Tersebar nya informasi tentang sistem pelaporan insiden yang terintegrasi dengan SIRS dan pemetaan potensi risiko di unit-unit pelayanan yang langsung berhubungan dengan pasien	1. Sosialisasi kepada Kepala Instalasi dan Kepala ruangan tentang sistem pelaporan insiden yang terintegrasi dan pemetaan potensi risiko	1. Sosialisasi oleh Kepala Seksi Rawat Inap kepada Kepala Ruangan 2. Sosialisasi pada Rapat Kordinasi Rutin 3. Sosialisasi oleh Komite Mutu	12 Sep 2016 13 Sep 2016 14 Sep 2016
		2. Pemasangan Spanduk/Banner tentang sistem	Memasang spanduk/banner di area-area yang mudah terlihat	13-14 Sep 2016

		pelaporan insiden yang terintegrasi dan pemetaan potensi risiko	oleh perawat dan pasien	
		3. Sosialisasi kepada Pasien tentang jenis-jenis insiden dan potensi risiko dan pentingnya untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi	1. Membuat rencana sosialisasi berkordinasi dengan Instalasi Promkes RS 2. Mengadakan sosialisasi pada pasien rawat inap	13 Sep 2016 15 & 29 Sep, 6 & 13 Okt
VI	Tersedianya fitur laporan insiden dalam SIRS	1. Pembuatan fitur laporan insiden dalam SIRS	1. Kordinasi dengan Bagian IT dan Komite Mutu untuk mempertemukan konsep pelaporan insiden dan melihat kemampuan bagian IT untuk membuat fitur dimaksud 2. Melibatkan pihak ketiga (programmer) untuk pembuatan fitur jika diperlukan	13 Sep 2016 16 Sep 2016
		2. Uji coba fitur laporan insiden	2. Pembuatan fitur laporan insiden dalam SIRS	16-23 Sep 2016
			1. Mencoba menginput laporan insiden pada fitur	26 Sep 2016
VII	Tersedianya format Potensi Risiko	1. Pertemuan dengan Komite Mutu/Sub Komite Manajemen Risiko	1. Menyusun format potensi risiko 2. Membuat panduan pengisian format	16 Sep 2016 16 Sep 2016
VIII	Berjalannya proses pemetaan potensi risiko di unit-unit pelayanan yang berhubungan langsung dengan pasien	1. Sosialisasi pengisian format potensi risiko	1. Pertemuan dengan Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan	19 Sep 2016
		2. Identifikasi potensi risiko di Instalasi pelayanan	1. Distribusi format potensi risiko ke Instalasi/Ruangan	19 Sep 2016

			2. Pengumpulan format yang telah diisi 3. Membuat risk register 4. Membuat peta potensi risiko 5. Memberikan umpan balik ke Instalasi terkait	30 Sep 2016 30 Sep 2016 3 Okt 2016 5 Oktober 2016
IX	Berjalannya sistem pelaporan insiden yang terintegrasi dengan SIRS	1. Sosialisasi penggunaan fitur laporan insiden	1. Pertemuan dengan Kepala Instalasi Dan Kepala Ruangan 2. Pendampingan oleh staf IT	28 Sep 2016 28-30 Sep 2016
		2. Penginputan laporan insiden	1. Menginput data insiden jika terjadi dalam fitur laporan insiden pada SIRS	28 Sep – 4 Nov 2016
		3. Monitoring penginputan oleh staf Komite Mutu	1. Cross check data insiden ke ruang perawatan	28 Sep – 4 Nov 2016
		4. Evaluasi	1. Pertemuan tim kerja	7 Nov 2016

B. Milestone Jangka Menengah

NO	MILESTONE	KEGIATAN	RINCIAN KEGIATAN	JADWAL
I	Adanya perencanaan pengembangan SIRS yang mencakup laporan indikator mutu unit pelayanan	1. Membuat proposal rencana pengembangan SIRS	1. Kordinasi dengan Komite Mutu tentang konsep laporan indikator mutu 2. Kordinasi dengan bagian IT untuk perencanaan teknis dan budgeting 3. Menyerahkan usulan pengembangan kepada Bagian Perencanaan	Desember 2016
		2. Pengusulan rencana pengembangan	1. Konsultasi dan pengajuan usulan ke	Desember 2016

			<p>Dirut</p> <p>2. Penyerahan usulan ke Bagian Perencanaan</p>	
II	Adanya rekomendasi dari Komite Mutu kepada Bagian Perencanaan tentang area-area berisiko yang harus mendapat pembenahan	1. Membuat rekomendasi berdasarkan hasil evaluasi laporan insiden dan peta potensi risiko	<p>1. Melakukan analisa laporan insiden dan peta potensi risiko</p> <p>2. Membuat rekomendasi terkait pembenahan sarana dan prasarana yang harus dilakukan</p> <p>3. Menyerahkan hasil rekomendasi kepada Bagian Perencanaan</p>	Januari 2017
III	Tersebarnya informasi tentang pemetaan potensi risiko di semua unit pelayanan	1. Sosialisasi kepada seluruh Kepala Instalasi dan Kepala ruangan tentang pemetaan potensi risiko	<p>1. Sosialisasi pada Rapat Koordinasi Rutin</p> <p>2. Sosialisasi oleh Komite Mutu</p>	Januari 2017
		2. Pemasangan Spanduk/Banner tentang pemetaan potensi risiko	Memasang spanduk/banner di area-area yang strategis	Januari 2017
IV	Berjalannya proses pemetaan potensi risiko di semua unit	1. Sosialisasi pengisian format potensi risiko	1. Pertemuan dengan seluruh Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan	Februari 2017
		2. Identifikasi potensi risiko di seluruh Instalasi	<p>1. Distribusi format potensi risiko ke Instalasi/Ruangan</p> <p>2. Pengumpulan format yang telah diisi</p> <p>3. Membuat risk register</p> <p>4. Membuat peta potensi risiko</p>	Februari 2017
V	Tersedianya fitur Indikator Mutu Unit pada SIRS	1. Pembuatan fitur Indikator Mutu Unit dalam SIRS	1. Koordinasi dengan Bagian IT dan Komite Mutu untuk mempertemukan konsep laporan indikator mutu unit	Juni 2017

			2. Pembuatan fitur Indikator Mutu Unit dalam SIRS oleh bagian IT/programmer	
		2. Uji coba fitur laporan insiden	1. Mencoba menginput Indikator Mutu Unit pada fitur	Juni 2017
VI	Berjalannya fitur Indikator Mutu Unit di SIRS	1. Sosialisasi penggunaan fitur Indikator Mutu Unit	1. Pertemuan dengan Kepala Instalasi Dan Kepala Ruangan 2. Pendampingan oleh staf IT	Juli 2017
		2. Penginputan capaian Indikator Mutu Unit	1. Menginput data capaian Indikator Mutu Unit dalam fitur pada SIRS	Juli 2017
		3. Monitoring dan Evaluasi	1. Cross check dengan data dukung di unit masing-masing 2. Verifikasi data oleh Komite Mutu	Juli 2017

C. Milestone Jangka Panjang

NO	MILESTONE	KEGIATAN	RINCIAN KEGIATAN	JADWAL
I	Berjalannya program evaluasi insiden sebagai langkah reaktif dalam pengelolaan manajemen risiko	1. Menyediakan data mutu pelayanan rumah sakit yang lengkap dan akurat	1. Maintenance sistem pelaporan mutu yang terintegrasi dengan SIRS 2. Re-sosialisasi pelaporan insiden dan indikator mutu unit	2018
		2. Melakukan analisa insiden secara cepat dan tepat	1. Risk Grading 2. FMEA/RCA	2018
II	Berjalannya program pencegahan risiko sebagai langkah proaktif dalam pengelolaan manajemen risiko	1. Membuat peta potensi risiko secara konsisten	1. Re-sosialisasi pemetaan potensi risiko 2. Pengembangan format potensi risiko	2018
		2. Membuat perencanaan rumah	1. Menyusun Rekomendasi untuk	2018

		sakit yang selalu konsisten mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Mutu	<p>perencanaan rumah sakit terkait pembenahan sarana dan prasarana yang terkait mutu, setiap tahun.</p> <p>2. Menyerahkan rekomendasi kepada Bagian Perencanaan</p> <p>3. Melakukan evaluasi realisasi perencanaan</p>	
--	--	---	--	--

II. Stakeholder

A. Identifikasi Stakeholder

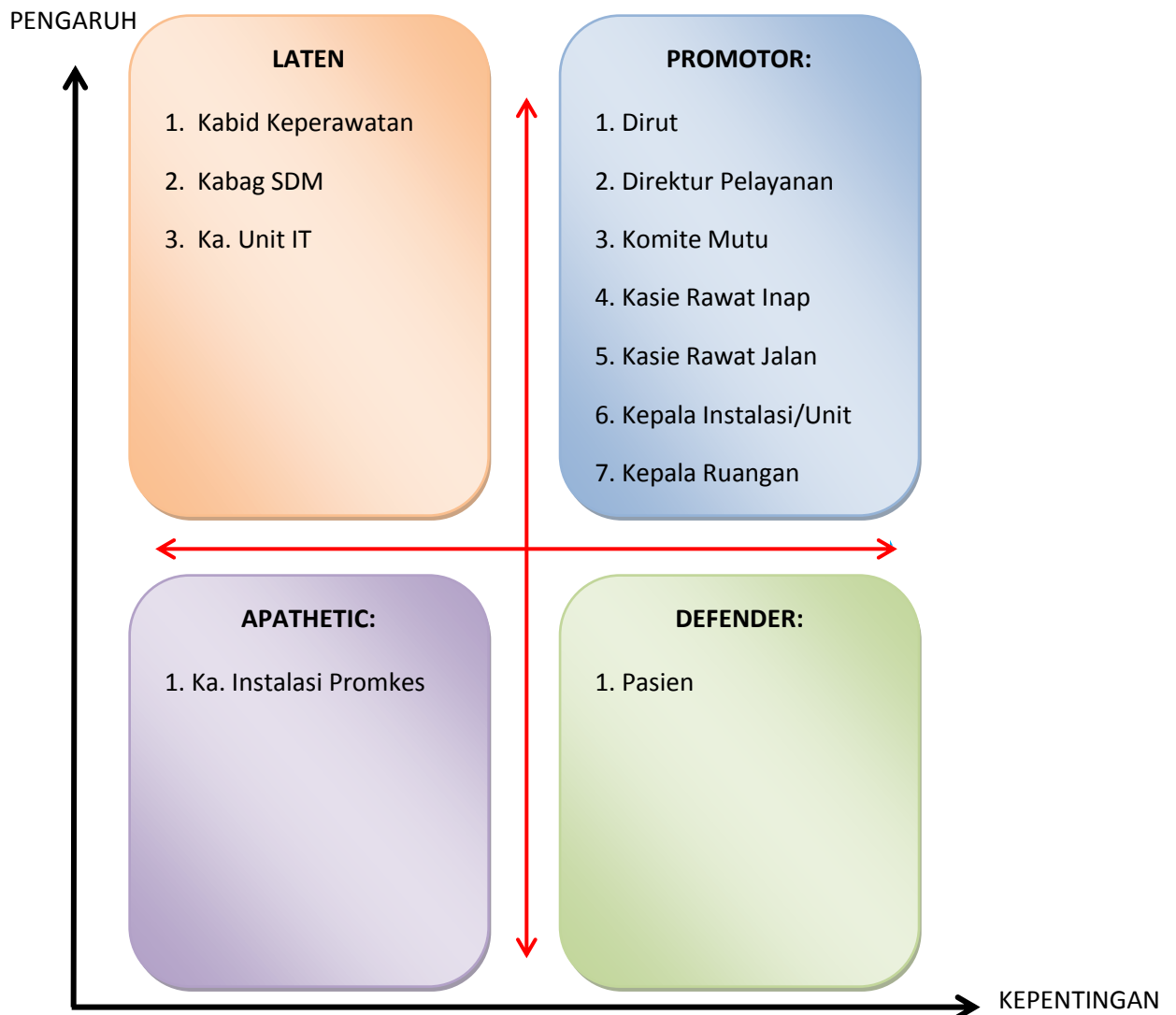
NO	STAKEHOLDER	PERANAN
STAKEHOLDER INTERNAL		
1	Direktur Utama	Memberikan dukungan kebijakan untuk implementasi program, khususnya dalam penandatanganan SK mutasi staf ke Komite Mutu, persetujuan penambahan fitur dalam SIRS
2	Direktur Pelayanan	Memberikan dukungan kebijakan berupa instruksi penginputan laporan insiden melalui SIRS dan pengisian format potensi risiko di instalasi-instalasi pelayanan
3	Ketua Komite Mutu	Berperan sebagai penanggungjawab program mutu di RS, Memanfaatkan data laporan insiden dan peta potensi risiko untuk evaluasi.
4	Kabag SDM	Mengalokasikan SDM untuk ditempatkan sebagai staf tetap di Komite Mutu
5	Kabid Keperawatan	Memberikan dukungan terkait peranan perawat dalam pelaporan insiden
6	Kepala Seksi Rawat Inap	Mengkordinir perawat di ruangan/bangsul untuk penginputan laporan insiden dan pengisian format

		potensi risiko
7	Kepala Seksi Rawat jalan	Mengkordinir perawat di poliklinik untuk penginputan laporan insiden dan pengisian format potensi risiko
8	Kepala unit IT	Penanggungjawab SIRS, dan melakukan pekerjaan teknis pembuatan fitur laporan insiden pada SIRS
9	Kepala Instalasi Promkes	Melakukan sosialisasi tentang insiden dan potensi risiko kepada pasien di rumah sakit
10	Kepala Instalasi Laboratorium	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
11	Kepala Instalasi Radiologi	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
12	Kepala Instalasi Farmasi	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
13	Kepala Instalasi Bedah/OK	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
14	Kepala Instalasi ICU	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
15	Kepala IGD	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
16	Kepala Instalasi Rawat Inap	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
17	Kepala Instalasi Rawat Jalan	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
18	Kepala Unit Luka	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di instalasi kerja masing-masing
19	Kepala Bangsal A-B	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
20	Kepala Bangsal C-E	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
21	Kepala Bangsal D-H	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan

		pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
22	Kepala Bangsal F-G	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
23	Kepala Bangsal Anak	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
24	Kepala Bangsal Umum	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
25	Kepala Unit KIA	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
26	Kepala Ruang Poliklinik Spesialis	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
27	Kepala Ruang Poliklinik Rehabilitasi Kusta	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
28	Kepala Ruang Poliklinik Rehabilitasi	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
29	Kepala Unit Protesa	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
30	Kepala Unit Fisioterapi	Bertanggungjawab terhadap pelaporan insiden dan pengisian potensi risiko di ruangan masing-masing
STAKEHOLDER EKSTERNAL		
1	Pasien	Berkepentingan akan pelayanan yang aman, melaporkan jika terjadi insiden.

B. Peta Stakeholder

Dari semua stakeholder yang telah diidentifikasi, kemudian dilakukan pemetaan stakeholder berdasarkan pengaruh dan kepentingan mereka, digunakan 4 (empat) kuadran untuk mengategorikan stakeholder sebagai berikut:



Dari keempat kategori stakeholder ini tentunya harus dilakukan pendekatan yang berbeda sesuai dengan posisi mereka. Strategi komunikasi yang digunakan adalah:

1. Promotor

Strategi komunikasi yang digunakan untuk para stakeholder yang berada pada posisi promotor adalah dengan menjaga minat mereka terhadap program yang dilakukan. Hal ini

dapat dilakukan dengan menjalin komunikasi secara intens melalui konsultasi, melaporkan perkembangan program secara rutin, melakukan diskusi-diskusi untuk menerima masukan.

2. Laten

Untuk menghadapi stakeholder pada kategori laten, dimana mereka memiliki pengaruh yang besar namun kurang berkepentingan dengan perubahan yang akan dilakukan, maka strategi komunikasi yang dilakukan adalah dengan mengintensifkan konsultasi yang penguatannya pada paparan manfaat perubahan bagi organisasi secara umum yaitu peningkatan mutu layanan, sehingga mereka kemudian akan merasa berkepentingan dengan program yang akan dilakukan.

3. Defender

Untuk stakeholder yang berada pada posisi defender, dimana mereka memiliki kepentingan yang besar dengan perubahan yang akan dilaksanakan namun kurang memiliki pengaruh dalam menjalankan perubahan, maka strategi komunikasi yang dilakukan adalah dengan menjalin komunikasi untuk mendapatkan masukan tentang hal-hal apa yang paling mereka butuhkan dari perubahan yang direncanakan.

4. Apathetic

Strategi komunikasi yang dilakukan dalam menghadapi stakeholder yang berada pada posisi apathetic dimana mereka kurang memiliki pengaruh maupun kepentingan dengan perubahan yang akan dilaksanakan adalah dengan membuat mereka selalu terpapar dengan informasi mengenai manfaat perubahan, sehingga meskipun mereka tidak berkepentingan secara langsung namun mereka bisa memberikan dukungan semampunya demi keberhasilan program perubahan dan tidak menjadi penghambat.

Selain memetakan stakeholder berdasarkan posisi menurut pengaruh dan kepentingannya, stakeholder juga dipetakan menurut dukungan yang mereka berikan, mendukung, abstain atau menolak.

NO	STAKEHOLDER	POSISI	KETERANGAN
STAKEHOLDER INTERNAL			
1	Direktur Utama	Mendukung	Berjalannya program ini akan membantu meningkatkan mutu layanan rumah sakit
2	Direktur Pelayanan	Mendukung	Berjalannya program ini akan membantu meningkatkan mutu layanan rumah sakit
3	Ketua Komite Mutu	Mendukung	Program ini akan membantu Komite mutu untuk melakukan evaluasi dan pengembangan program mutu rumah sakit
4	Kabag SDM	Abstain	Program ini tidak berdampak langsung terhadap tupoksi di bagian SDM, sehingga tidak ada dukungan yang jelas.
5	Kabid Keperawatan	Mendukung	Banyaknya keterlibatan perawat dalam program ini akan memberikan sumbangsih positif terhadap peningkatan mutu layanan rumah sakit
6	Kepala Seksi Rawat Inap	Mendukung	Banyaknya keterlibatan perawat dalam program ini akan memberikan sumbangsih positif terhadap peningkatan mutu layanan rumah sakit
7	Kepala Seksi Rawat jalan	Mendukung	Banyaknya keterlibatan perawat dalam program ini akan memberikan sumbangsih positif terhadap peningkatan mutu layanan rumah sakit
8	Kepala unit IT	Mendukung	Meskipun tidak secara langsung mendapatkan manfaat dari program ini, namun Kepala unit IT sangat kooperatif dan mendukung setiap upaya

			pengembangan rumah sakit
9	Kepala Instalasi Promkes	Abstain	Program ini tidak memberikan manfaat secara langsung kepada Instalasi Promkes, dan kegiatan sosialisasi yang dilakukan memang sudah menjadi tupoksi mereka.
10	Kepala-kepala Instalasi/Unit yang terkait langsung dengan pasien	Menolak	Alasan pekerjaan yang banyak membuat Instalasi resisten jika ada program yang terkesan menambah beban pekerjaan. Biasanya ada penolakan untuk terlibat.
11	Kepala-Kepala Ruang	Menolak	Alasan pekerjaan yang banyak membuat kepala ruangan resisten jika ada program yang terkesan menambah beban pekerjaan. Biasanya ada penolakan untuk terlibat.
STAKEHOLDER EKSTERNAL			
1	Pasien	Mendukung	Pasien adalah pihak yang akan merasakan manfaat dari peningkatan mutu layanan jika program ini berjalan

III. Potensi Penghambat

NO	POTENSI PENGHAMBAT	RISIKO	STRATEGI
1	Keterbatasan kemampuan tenaga IT rumah sakit untuk membuat fitur tambahan dalam SIRS	Tidak tercapainya tujuan pengintegrasian laporan insiden pada SIRS	Melibatkan pihak ketiga (programmer) untuk bantuan teknis
2	Ti m kerja yang tersebar di unit-unit yang berbeda dengan	Sulitnya dilakukan kordinasi antar anggota tim	Menjalin komunikasi dengan menggunakan

	kesibukan pada tupoksi masing-masing		fasilitas smartphone (WA, Line)
3	Sulitnya memasuki wilayah Instalasi untuk melakukan perubahan	Tidak berjalannya pemetaan potensi risiko	Melibatkan Pimpinan (Direktur Pelayanan) untuk memberikan instruksi langsung
4	Rendahnya kepatuhan perawat untuk membuat laporan insiden	Tidak berjalannya laporan insiden	Melibatkan Kepala Instalasi Rawat Inap untuk memasukkan pembuatan laporan insiden sebagai salah satu indikator penilaian kinerja
5	Jaringan internet dalam RS yang sering bermasalah	Proses penginputan laporan insiden tidak dapat dilaksanakan pada saat jaringan internet bermasalah	Jika terjadi masalah jaringan internet pada saat akan dilakukan penginputan, maka laporan insiden terlebih dahulu dicatat di buku laporan petugas jaga, penginputan akan dilakukan segera jika

			jaringan telah baik
--	--	--	---------------------