

PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO
BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit yang menerapkan prinsip keselamatan pasien berkewajiban untuk mengidentifikasi dan mengendalikan seluruh risiko strategis dan operasional yang penting. Hal ini mencakup seluruh area baik manajerial maupun fungsional, termasuk area pelayanan, tempat pelayanan, juga area klinis. Rumah sakit perlu menjamin berjalannya sistem untuk mengendalikan dan mengurangi risiko. Pengendalian dan pengurangan risiko dilakukan dengan pengelolaan risiko dengan baik. Asesmen risiko merupakan bagian yang paling penting dan fundamental dalam proses pengelolaan risiko. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan asesmen risiko yang benar agar memperoleh laporan profil risiko yang tepat sehingga organisasi dapat secara cermat mengelola risikonya. Pengelolaan risiko yang baik jika manajemen risiko dapat diterapkan di rumah sakit.

Menurut Smith (1990) manajemen risiko didefinisikan sebagai proses identifikasi, pengukuran, dan kontrol keuangan dari sebuah risiko yang mengancam aset dan penghasilan dari sebuah perusahaan atau proyek yang dapat menimbulkan kerusakan atau kerugian pada perusahaan tersebut. Menurut Clough and Sears (1994) manajemen risiko didefinisikan sebagai suatu pendekatan yang komprehensif untuk menangani semua kejadian yang menimbulkan kerugian. Menurut William, et.al (1995) risiko juga merupakan suatu aplikasi dari manajemen umum yang mencoba untuk mengidentifikasi, mengukur, dan menangani sebab dan akibat dari pada sebuah organisasi.

Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan keselamatan pasien sakit dan berdampak kepada pencapaian sasaran mutu rumah sakit. Untuk mencapai peningkatan mutu maka perlu dibuat program kerja yang mendukung. Keberhasilan program dan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat oleh kemampuan dalam mengendalikan risiko. Mengetahui risiko penting lebih mengarahkan pengambil kebijakan dalam hal ini direktur dalam mengambil keputusan dan menentukan kebijakan di rumah sakit untuk meningkatkan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien.

Upaya peningkatan kualitas dikemas dalam manajemen risiko sebagai upaya untuk mencapai keberhasilan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RS Dharma Nugraha

Pedoman ini akan menjelaskan mekanisme dan tanggung jawab untuk identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko, pengendalian risiko/ mengelola risiko, dan mencatat risiko (*Risk Registers*).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengembangkan pelaksanaan manajemen risiko yang diintegrasikan dengan *Clinical Governance* sehingga memberi kepastian diberlakukannya *Corporate Governance* dengan baik.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan pedoman sistim manajemen risiko yang baku dan berlaku di rumah sakit
- b. Memastikan sistim manajemen risiko berjalan dengan baik agar proses identifikasi, analisa, dan pengelolaan risiko ini dapat memberikan manfaat bagi keselamatan pasien dan peningkatan mutu rumah sakit secara keseluruhan
- c. Membangun sistim monitoring dan komunikasi serta konsultasi yang efektif demi tercapainya tujuan di atas dan penerapan yang berkesinambungan.

C. Ruang Lingkup

Pedoman ini mencakup seluruh manajemen risiko di area pelayanan RS Dharma Nugraha termasuk risiko klinis yaitu semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu tinggi, aman dan efektif, dan risiko non klinis/ corporate risk yaitu semua isu yang dapat berdampak terhadap tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari rumah sakit sebagai korporasi. Manajemen risiko merupakan tanggung jawab semua komponen di rumah sakit. Tujuan manajemen risiko untuk identifikasi dan pengendalian risiko strategis dan operasional tidak akan tercapai bila semua perangkat yang ada di rumah sakit tidak bekerjasama dan berpartisipasi pada pelaksanaannya. Manajemen risiko meliputi identifikasi, Analisa, evaluasi, dan pengelolaan risiko

C. Kategori risiko yaitu :

1. Risiko yang berhubungan dengan perawatan pasien/patient care risk,

contoh :

- a. Pelayanan yang tidak sesuai SPO
- b. Akibat pengobatan yang tidak sesuai
- c. Inform Consent
- d. Diskriminasi pengobatan
- e. Kehilangan barang milik pasien
- f. Risiko lainnya yang berhubungan dengan pasien secara langsung

2. Risiko yang berhubungan dengan tenaga medis/medical staff-related risk

contoh :

- a. Kredensial staf medis tidak dilakukan sesuai dengan berlaku Prosedur yang berlaku

- b. Tindakan medis tidak kompetensi dan prosedur yang berlaku
 - c. Tidak dilakukan pendidikan dan pelatihan bagi staf medis maupun kesehatan lainnya untuk meningkatkan mutu profesionalisme, pasien tidak mendapatkan pelayanan yang sesuai standar
 - d. Tidak ada program perawatan pasien bagi setiap pasien yang
 - e. Dokumentasi medis tidak terisi dengan lengkap
3. Risiko yang berhubungan dengan karyawan/employee related risk :
- Risiko kesehatan dan keselamatan kerja dengan menjaga lingkungan yang aman.
- Kebijakan Kesehatan Karyawan :
- a. Mengurangi risiko penyakit akibat kerja dan cedera
 - b. Menyediakan untuk pengobatan dan kompensasi pekerja untuk atau cedera yang berhubungan dengan pekerjaan.
4. Risiko yang berhubungan dengan properti/property related risk :
- a. Perlindungan aset dari kenegian akibat kebakaran, banjir, gempa bumi, dll
 - b. Kertas dan atau elektronik catatan-pasien, bisnis dan keuangan terlindung dan kerusakan atau kehancuran
 - c. Prosedur penanganan uang tunai dan barang berharga dari kehilangan atau pencurian
 - d. Bonding dan asuransi untuk melindungi fasilitas dari kerugian
5. Risiko yang berhubungan dengan keuangan/financial related risk :
- a. Bad debt
 - b. Meningkatnya suku bunga
 - c. Global financial “tsunami”
6. Risiko barn/other risk:
- a. Manajemen bahaya material kimia, radioaktif, manajemen limbah biologis menular
 - b. Risiko hukum & regulasi
 - c. Risiko reputasi

C. 2. Dimensi Risiko



D. Batasan Operasional

- Risiko:** peluang / probabilitas timbulnya suatu insiden (menurut WHO), yang akan berdampak merugikan bagi pencapaian sasaran-sasaran keselamatan pasien dan menurunkan mutu pelayanan.
- Manajemen risiko rumah sakit:** merupakan upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negative seminimal mungkin bagi keselamatan pasien dan mutu rumah sakit.
- Risiko Sisa:** adalah sisa risiko tingkat terendah yang dapat dicapai setelah upaya pengendalian /tindakan dilakukan.
- Penilaian Risiko:** adalah upaya identifikasi dari risiko yang terjadi atau berpotensi terjadi dalam pelayanan di rumah sakit dengan mempertimbangkan klasifikasi dan derajat grading, kerugian yang mungkin terjadi sebagai akibat dari terpapar risiko tersebut.
- Penilai Risiko:** adalah anggota dari staf (manager atau yang lain) yang telah menghadiri

pelatihan penilaian risiko. Hal ini adalah tanggung jawab manajemen untuk memastikan bahwa tiap unit kerja memiliki paling sedikit satu penilai risiko yang terlatih.

- f. **Internal** : merujuk kepada aktivitas atau dokumen di dalam rumah sakit.
- g. **Eksternal** : merujuk kepada aktivitas atau dokumen yang bukan berasal dari rumah sakit.

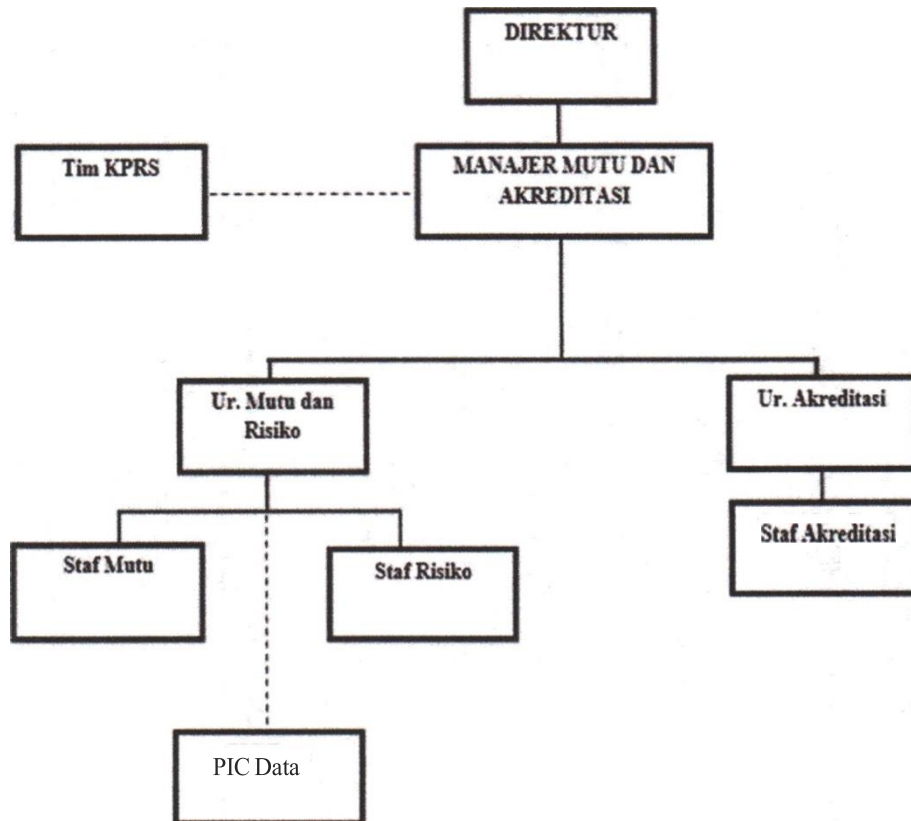
E. Landasan Hukum

Sebagai dasar hukum/kebijakan/peraturan yang mewajibkan RS melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

1. Peraturan Presiden no. 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi RS
2. Permenkes No 43 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan
3. Permenkes No. 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja
4. Permenkes No 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
5. Kepmenkes No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
6. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994
7. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), KKP-RS, 2015
8. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Kemenkes Edisi 3 Tahun 2015
9. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Depkes, 2005
10. Standar Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1999
11. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tahun 2008

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Struktur Organisasi



Direktur membentuk organisasi Bagian Mutu dan akreditasi Rumah Sakit, yang terdiri dari Manajer Mutu dan Akreditasi, Urusan Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien, Urusan Akreditasi, Staf Mutu, Staf Risiko, Staf Keselamatan Pasien, Staf Akreditasi dan PIC data

1) **DIREKTUR RS** Uraian Tugas:

1. Mengetahui dan memahami semua peraturan perundang- undangan terkait dengan rumah sakit

- 2) Menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada perundang- undangan
- 3) Menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan
- 4) Menetapkan regulasi rumah sakit
- 5) Menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua rumah sakit yang di tetapkan dan di sepakati bersama
- 6) Menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaaan eksternal
- 7) Menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang- undangan
- 8) Sebagai pimpinan rumah sakit:
 - a. Memelihara tata tertib, disiplin dan tegaknya peraturan rumah sakit
 - b. Mengendalikan semua usaha, pekerjaan dan kegiatan secara berhasil guna dan berdaya guna demi terselenggaranya fungsi-fungsi rumah sakit secara optimal
 - c. Memperhatikan, memelihara dan mengawasi kelancaran dukungan logistik dan administrasi
 - d. Memperhatikan dan memelihara kesejahteraan karyawan RS
 - e. Menerapkan misi dan kebijakan rumah sakit
 - f. Menilai kompetensi staf yang ada di bawahnya
- 9) Sebagai pembina rumah sakit:
 - a. Menyelenggarakan, membina dan mengendalikan perumah sakitan sesuai visi, misi , motto dan tujuan rumah sakit
 - b. Menjabarkan melaksanakan kebijakan Direksi PT.Digdaya Kencana Pratama dalam program rumah sakit
 - c. Sebagai pembina rumah sakit: erumuskan dan menerapkan kebijakan rumah sakit serta mengendalikan kegiatan rutin, program peningkatan mutu dan pengembangan dari masing-masing bidang/ bagian rumah sakit
 - d. Merencanakan, mengawasi dan mengendalikan pembinaan sumber daya manusia rumah sakit
 - e. Merencanakan, mengawasi dan menegendalikan kebutuhan sarana prasarana, fasilitas rumah sakit
 - f. Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya sistem dan prosedur kerja dalam rangka kegiatan perumahsakitan
 - g. Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan teknis dan administrasi pelayanan di semua bidang/ bagian rumah sakit

2) MANAJER MUTU DAN AKREDITASI

1. Menggerakkan, membuat, menyusun dan melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Melakukan monitoring dan memandu penempatan program PMKP di unit kerja
3. Membantu dan Melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/ indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian Indikator
4. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas Rumah Sakit secara keseluruhan.
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
7. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
9. Bertanggung jawab mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program
11. Merencanakan dan mengawasi kebutuhan tenaga, sarana, prasarana dan fasilitas bagian mutu & akreditasi.
12. Menyusun referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13. Membantu Direktur dalam merumuskan regulasi terkait dengan pengawasan dan penetapan program PMKP
14. Melakukan koordinasi rencana dan pelaksanaan kegiatan akreditasi meliputi kesiapan dokumen dan implementasi, bimbingan serta survei akreditasi
15. Melaksanakan pengendalian risiko meliputi identifikasi, analisa, penanganan risiko, implementasi dan monitoring
16. Melakukan analisa, evaluasi dan menyusun laporan kinerja bagian mutu & akreditasi RS sebagai masukan kepada Direksi
17. Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya sistem prosedur/ SPO dan kebijakan bagian mutu & akreditasi.
18. Membantu dalam pelaksanaan program Keselamatan Pasien, Komite Infeksi Nosokomial dan Panitia/ Tim lain yang terkait

3) KEPALA URUSAN MUTU, RISIKO DAN KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas:

1. Membantu unit dalam penyusunan program PMKP di unit kedja.
2. Melakukan monitoring/survey nitin terkait penerapan program PMKP di Unit Kerja dan Program Manajemen Risiko di Unit Keijz
3. Melakukan koordinasi dengan pimpinali unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan turut memberikan saran tindaklanjuti atas hasil capaian indikator.
4. Melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam melakukan pemilihan risiko unit yang ada di unit keija.
5. Membantu manager Mutu dan Akreditasi dalam kooniinasi pemilihan prioritas program di tingkat unit kedja
6. Membantu dalam menyusun profil indikator mutu unit, metode analisis, dan validasi data dari data indicator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit.
7. Membantu menyusun formulir untuk mengumpulkan data
8. Menjalin komunikasi yang baik dengan seinua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
9. Melakukan koordinasi kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP yang telah disusun oleh Manager Mutu & Akreditasi dengan Urusan Diklat RS
10. Mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua pimpinan di unit kerja dan PJ. Mutu Unit Kerja.
11. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu.
12. Melakukan telusur/ supervisi sistem manajemen data mutu di Unit kerja
13. Melakukan pengolahan data hasil survey.
14. Melakukan verifikasi data indikator mutu RS sesuai dengan yang ditetapkan dalam kebijakan pengelolaan PMKP.
15. Melakukan validasi data indikator mutu area klinis sesuai dengan yang ditetapkan

4) KEPALA URUSAN AKREDITASI

Uraian Tugas:

1. Mengkoordinasikan program pengelolaan akreditasi (BAB Medis, Keperawatan dan Manajemen) dengan pimpinan unit dan pokja di Rumah Sakit.
2. Melakukan koordinasi dengan Tim Akreditasi RS dan KARS terkait jadwal bimbingan serta survei akreditasi di Rumah Sakit.

3. Melaksanakan koordinasi kegiatan akreditasi dengan Unit/Bagian/Bidang kelompok kerja akreditasi dan bidang/bagian dalam pengelolaan kegiatan akreditasi.
4. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan akreditasi
5. Membantu dalam penyusunan SPO yang diajukan oleh Bidang/Bagian/Unit kerja di RS.
6. Menjadwalkan dan memfasilitasi kegiatan telaah & sosialisasi SPO yang dilakukan oleh Bidang/Bagian/Unit Kerja.
7. Membuat update data base SPO yang ada di RS.
8. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu.
9. Memfasilitasi kegiatan self assessment yang dilakukan oleh Coordinator dan pokja serta unit terkait.
10. Membuat laporan kegiatan self aassesment

5) STAF MUTU

Uraian Tugas Staf Mutu:

1. Mengawasi dan mengatur kegiatan bagian mutu manajemen di Rumah Sakit
2. Merencanakan dan mengawasi kebutuhan tenaga, saiana, prasarana dan fasilitas bagian mutu
3. Melaksanakan pengelolaan dan pengendalian mutu meliputi kegiatan survey, analisa dan evaluasi mutu
4. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu
5. Meinbantu dalam menyusun program kegiatan serta rencana kerja bagian mutu dan akreditasi, khusus kegiatan urusan mutu
6. Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya sistem prosedur/ SPO dan kebijakan urusan mutu
7. Mengkoordinasikan kegiatan pengendalian dan pengelolaan mutu dan unit keija terkait
8. Melakukan analisa , evaluasi dan menyusun laporan kine;ja urusan mutu sebagai masukan kepada manajer mutu dan akreditasi

6) STAF RISIKO

Uraian Tugas Staf Risiko :

1. Mengkoordinasikan program Manajemen Risiko di nimah sakit.
2. Melaksanakanp pengelolaan dan pengendalian risiko meliputi
3. identifikasi, analisa, penanganan risiko, implementasi danmonitoring.
4. Mmgkoordinasikan peinbuatan FMEA
5. Melakukan asesmen risiko di setiap unit Bersama-sama dengan kaper dan kains
6. Membuat daftar risiko (risk register) Rumah Sakit yang di ambil dari risiko-risiko ruangan
7. Melakukan analisa risiko berdasarkan dampak dan frekuensi kegiatan selanjutnya mmijadi risk priority number (RPN)
8. Merekap dan menyusun laporan risiko dan IKP yang terjadi pada hari itu beserta pengelolaan yang di lakukan
9. Melakukan komunikasi dan koordinasi dalam pelaksanaan manajemen risiko dan Insiden Keselamatan Pasien

10. Mengkoordinasikan pembuatan FMEA
11. Mengkoordinasikan pembuatan Laporan IKP ke PT. Digdaya Kencana Pratama

7) STAF AKREDITASI

Uraian Tugas:

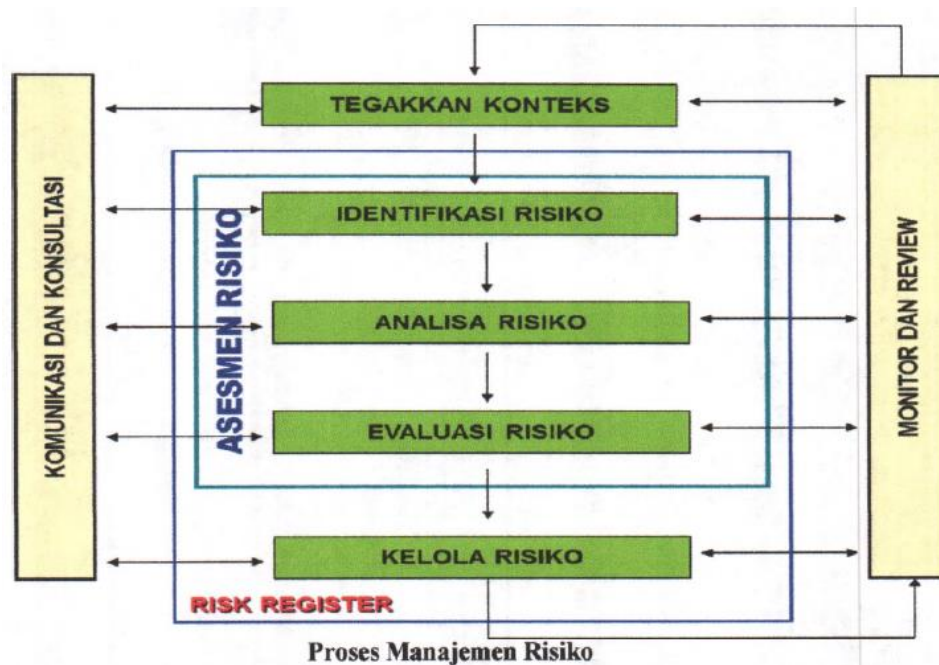
- 1 Melakukan persiapan kegiatan bimbingan DMA, bimbingan KARS dan *mock survey*
- 2 Melakukan persiapan telusur DMA
- 3 Mengkoordinasikan persiapan acara survei Akreditasi dan survei verifikasi dengan panitia RS (*Event Organizer/EO*)
- 4 Melakukan telusur ke seluruh unit di RS
- 5 Memberikan rekomendasi dan usulan kepada unit terkait temuan telusur
6. Membuat laporan hasil telusur Akreditasi

8) PIC DATA UNIT

Uraian Tugas:

1. Melaksanakan program mutu dan melakukan monitoring dan survey terhadap pelaksanaan program mutu bersama - sanna dengan Pimpinan langsung di Unit Keija (Kaints/Kaper/Kaur).
2. Berkoordinasi dengan pimpinan unit (atasan langsung) sebagai PJ. langsung pelaksanaan program mutu di Unit kedja.
3. Berkoordinasi dengan Bagian Mutu dan Akreditasi terkait pelaksanaan program mutu di Unit Kerja.
4. Melakukan pengarsipan notulen dan informasi tertulis tentang Mutu, serta laporan Indikator Mutu Unit untuk disimpan di unit keijanya.
5. Melakukan pengumpulan data indikator mutu di Unit Keija yang masuk ke dalani laporan indikator mutu unit kerja
6. Melakukan penginputan data secara harian pada worksheet, dan data bulanan via Google sheet dengan menggunakan password masing-masing instalasi/unit keija.
7. Memastikan penginputan data pada setiap sheet telah terisi lengkap dan benar.
8. Memberikan laporan indikator mutu kepada Staf Bagian Mutu dan Akreditasi yang telah diverifikasi oleh Atasan Langsung, Manager Bidang/Bagian
9. Menerima feedback rekomendasi dari manajer mutu, setelah mendapat rekomendasi dari Direktur Rumah Sakit Direktur P

BAB III TATA LAKSANA



A. Asesmen Risiko

1. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah proses mengenal, menemukan dan mendeskripsikan risiko. Hal pertama yang dilakukan untuk mengenal risiko adalah dengan mengidentifikasinya.

Proses identifikasi risiko di rumah sakit melalui pendekatan proaktif dan reaktif:

- a. Proaktif: yaitu dengan cara mencari risiko yang akan muncul dan potensial akan menimbulkan kerugian pada RS. Teknik dan metoda Identifikasi Risiko :
 - 1) Risk Register/ Hospital Risk
 - 2) Diskusi
 - 3) Pengalaman pelanggan/pasien
- b. Reaktif: yaitu kegiatan identifikasi yang dilakukan setelah terjadi risiko, muncul dalam bentuk manifestasi berupa insiden/ gangguan. Metoda yang digunakan mempelajari berdasarkan laporan kejadian:
 - 1) Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - 2) Telaah/review morbiditas dan mortalitas
 - 3) Penggunaan Komplain dan feedback/umpan balik dari pasien serta staf secara efektif
 - 4) Pelaporan cedera

Identifikasi risiko secara terstruktur harus dilakukan di RS, yaitu setiap unit kerja bidang/ bagian

melakukan identifikasi risiko yang ada di unit kerja bidang/ bagian

masing-masing, data dikumpulkan/ dilaporkan ke Manajer mutu risiko untuk dilakukan grading kembali sehingga menjadi identifikasi risiko RS

Contoh Identifikasi Risiko:

a. Akses:

- 1) Pemulangan Pasien : tertunda/salah/tidak sesuai/penolakan/APS/tidak sesuai rencana/keputusan tertunda
- 2) Kegagalan membuat perjanjian untuk rujuk
- 3) Transfer - Keterlambatan / Kegagalan

b. Kecelakaan :

- 1) Tersengat Listrik
- 2) Paparan Terhadap Zat Berbahaya
- 3) Paparan Radiasi
- 4) Pasien
- 5) Kontak Dengan Panas / Dingin

c. Masalah Bangunan dan Fasilitas :

- 1) Kerusakan dinding / Lantai
- 2) Pipa air atau gas bocor
- 3) Bau Pembuangan
- 4) Pintu Terkunci / Tidak Berfungsi / Pintu Rusak
- 5) Peralatan pecah
- 6) Kegagalan sistem bleep
- 7) Kegagalan Perangkat / Peralatan
- 8) Keterlambatan / kegagalan menyediakan peralatan untuk pengguna
- 9) Kegagalan IT / Telekomunikasi
- 10) Kekurangan / Ketidaktersediaan Perangkat / Peralatan
- 11) Kesalahan pengguna perangkat / peralatan
- 12) Perangkat atau peralatan yang salah digunakan
- 13) Memeriksa peralatan / persediaan yang tidak memadai
- 14) Kegagalan / keterlambatan dalam sistem pengumpulan / pengiriman

15) Produk / persediaan rusak

16) Benda jatuh

d. Penilaian Klinis dan Pengobatan:

1) Keterlambatan / kesulitan dalam memperoleh bantuan klinis

2) Salah diagnosa

3) Perawatan - Keterlambatan / Kegagalan Memantau

a) Kegagalan pengobatan/ pengobatan yang tidak sesuai

b) Kegagalan untuk menghentikan pengobatan

4) Identifikasi pasien yang tidak benar (Reaksi transfusi darah

5) Kesalahan/ Kehilangan/ Tidak dibaca Hasil scan/ Hasil Radiologi dan Spesimen

6) Formulir permintaan pemeriksaan

a) Uji - kegagalan untuk melakukan pemeriksaan

b) Kesalahan diet

e. Lingkungan

1) Hewan peliharaan (Anjing, kucing, dll), tikus, kecoa, semut.

2) Lingkungan yang tidak bersih

3) Lingkungan yang tidak aman

f. Keuangan:

1) Kesalahan estimasi biaya

2) Transaksi 2 kali

3) Tarif berbeda antara yang di daftar tarif dan di sistem komputer

4) Kesalahan input bukti transaksi

5) Transaksi tidak di input

g. Kebakaran:

1) Terjadinya kebakaran

a) Bunyi alarm kebakaran palsu

b) Peralatan pemadam kebakaran rusak

h. Pencegahan dan pengendalian infeksi:

1) Kegagalan dalam dekontaminasi peralatan

a) Infeksi silang

b) Infeksi luka

- 2) Lingkungan klinis yang tidak aman
 - a) Masalah limbah Klinis di masyarakat
- 3) Tertusuk jarum
 - a) Tertusuk jarum yang terkontaminasi cairan tubuh pasien
 - b) Tertusuk jarum yang tidak terkontaminasi
- 4) Kegagalan Sterilisasi Atau Kontaminasi

i. Informasi

- 1) Kegagalan Untuk Memperoleh Persetujuan
- 2) Tidak Ada Akses ke Dokumentasi Medis
- 3) Pelanggaran Kerahasiaan
- 4) Catatan Undang-Undang Kesehatan Mental yang Salah
 - a) Catatan Kesehatan - Keterlambatan Dalam Mendapatkan
 - b) Rekam Kesehatan - Pengiriman Salah
 - c.) Referral - Hilang / Tidak Memadai / Tidak Terduga
 - d) Kesalahan Perekaman Penunjukan
 - e) Dokumentasi Misfiled
 - f) Catatan Kesehatan - Tidak Ditandatangani / Ditunjuk Oleh Staf

j. IT:

- 1) Serangan virus
- 2) Perangkat lunak ilegal
- 3) Kata sandi disusupi
- 4) Kehilangan data
- 5) Kehilangan / pencurian peralatan
- 6) E-mail kerahasiaan dilanggar
- 7) Penyalahgunaan internet
- 8) Anti virus kadaluwarsa

k. Kebidanan :

- 1) Penerimaan Neonatal yang Tidak Terduga ke NICU
- 2) Trauma Lahir (Lainnya)
- 3) Abnormalitas Bawaan Tidak Terdiagnosis

l. Obat:

- 1) Peresepan

- a) Resep Tak Berarti
- b) Resep Tidak Benar atau Tidak Pantas
- c) Tidak Ada Tanda Tangan
- d) Alergi Tidak Tercatat

2) Mengeluarkan obat

- a) Kesalahan Label
- b) Obat / Kekuatan yang Salah
- c) Kuantitas Salah
- d) Keterlambatan / Masalah Mendapatkan Obat
- e) Obat Kedaluwarsa / Rusak

3) Meresepkan

- a) Resep Tak Berarti
- b) Resep Tidak Benar atau Tidak Pantas
- c) Tidak Ada Tanda Tangan
- d) Alergi Tidak Tercatat

4) Administration

- a) Pasien Salah
- b) Keterlambatan Dokter Anak Tiba Dalam 15 Menit
- c) Pasien Salah

d) Obat yang Salah, Dosis yang Salah, Formulasi yang Salah, Frekuensi / Nilai / Waktu yang Salah

5) Obat-obatan Dihilangkan

- a) Obat kadaluarsa
- b) Alergi obat tetapi Perawatan Diberikan

m. Keamanan:

- 1) Penyusup
- 2) Pencurian
- 3) Pencurian Properti Staf
- 4) Pencurian Properti Kepercayaan
- 5) Pencurian Properti Pasien
- 6) Pencurian Dari / Dari Kendaraan Staf
- 7) Pencurian Dari / Dari Kepercayaan (Pinjaman) Kendaraan
- 8) Absconder / Orang Hilang

- 9) Vandalisme
- 10) Lingkungan Tidak Aman - (Inc Personal Safety)
- 11) Hilang atau Salah tempat properti
- 12) Kerusakan Tidak Sengaja
- 13) Penipuan Atau Penipuan
- 14) Masuk Paksa

n. Staf:

- 1) Tingkat Tidak Memadai
- 2) Keterampilan Keterampilan Tidak Memadai
- 3) Kekliawatiran Atas Kompetensi
- 4) Pengawasan yang Tidak Memadai
- 5) Bertindak di Luar Ruang Lingkup Praktek

o. Kekerasan/ Pelecehan:

- 1) Senjata Berbahaya
- 2) Verbal
 - a) oleh lainnya
 - b) oleh pasien
 - c) kepada staf oleh staf
- 3) Fisik
 - a) oleh lainnya
 - b) oleh pasien

2. Analisa Resiko

Analisa Risiko adalah proses untuk membantu organisasi menilai tentang luasnya risiko yang dihadapi, kemampuan mengontrol frekuensi dan dampak risiko. Penilaian risiko adalah tanggung jawab seluruh staf dan semua pihak yang terlibat termasuk pasien dan public dapat terlibat bila memungkinkan.

Setelah dilakukan identifikasi, risiko dianalisa dengan cara menilai seberapa sering peluang risiko tersebut muncul, serta berat ringannya dampak yang ditimbulkan.

Analisa risiko dilakukan menggunakan Matriks Grading Risiko/ Risk Grading Matrix :

| Tingkat Risiko | DESKRIPSI | |
|-----------------------|--|--|
| 1 Very low | 0–5% – extremely unlikely or virtually impossible HAMPIR TIDAK MUNGKIN TERJADI/ Sangat Jarang/ Rare (> 5 tahun/ kali) | |
| 2 Low | 6–20% – low but not impossible JARANG TAPI BUKAN TIDAK MUNGKIN TERJADI (2 – 5 tahun/ kali) | |
| 3 Medium | 21–50% – fairly likely to occur MUNGKIN TERJADI / BISA TERJADI (1 – 2 tahun/ kali) | |
| 4 High | 51–80% – more likely to occur than not SANGAT MUNGKIN/ Sering (beberapa kali/ tahun) | |
| 5 Very high | 81–100% – almost certainly will occur HAMPIR PASTI AKAN TERJADI/ SANGAT SERING (TIAP MINGGU/ BULAN) | |

Cara melakukan analisa risiko :

Risiko = Severity (Dampak)X Probability (dari suatu kejadian)

Matriks Grading Risiko/Risk Grading Matrix (RGM)

Risk Matrix digunakan untuk memetakan status risiko melalui probablity dan konsekuensi/dampak, untuk diketahui dari suatu kejadian yang tidak diinginkan, seberapa parah tingkat dan besarnya dampak dari suatu kejadian tersebut. Untuk dapat mengetahui posisi risiko dapat menggunakan tabel matriks grading risiko/table 5x5 (table terlampir) skor risiko dapat diketahui melalui perhitungan, dan nilai yang dihasilkan adalah Risk Probability Number (RPN).

Perhitungannya adalah sbb :

a. Probability (P)

| Level | Frekuensi | Kejadian Aktual |
|-------|---------------|---|
| 1 | Jarang | Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun |
| 2 | Tidak biasa | Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun |
| 3 | Kadang-kadang | Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun |
| 4 | Kemungkinan | Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun |
| 5 | Sering | Terjadi dalam minggu / bulan |

b. Severity/ Dampak/ Konsekuensi (S)

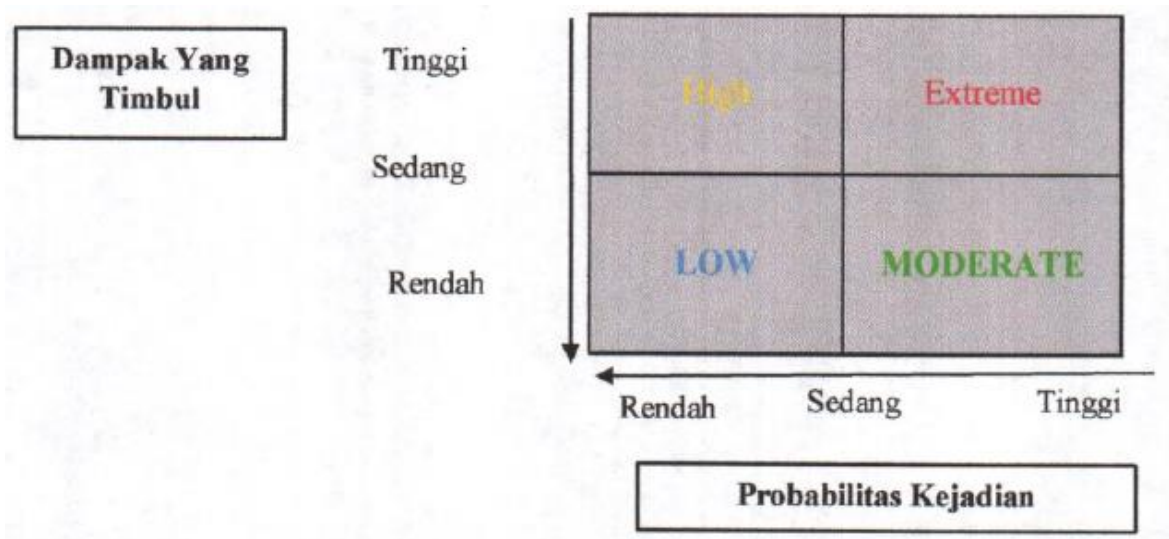
| Level | DESKRIPSI | CONTOH DESKRIPSI |
|-------|---------------|--|
| 1 | Insignificant | Tidak ada cedera, kerugian keuangan kecil |
| 2 | Minor | <ul style="list-style-type: none"> Dapat diatasi dengan pertolongan pertama, kerugian keuangan sedang |
| 3 | Moderate | <ul style="list-style-type: none"> Berkurangnya fungsi motorik / sensorik / psikologis atau intelektual secara permanent / tidak berhubungan dengan penyakit Setiap kasus yang memperpanjang perawatan |
| 4 | Major | <ul style="list-style-type: none"> Cedera luas Kehilangan fungsi utama permanent (motorik, sensorik, psikologis, intelektual), tidak berhubungan dengan penyakit Kerugian keuangan besar |
| 5 | Cathastropic | <ul style="list-style-type: none"> Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit. Kerugian keuangan sangat besar. |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|---------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| | SIGNIFICANT | MINOR | MODERATE | MAJOR | CATAS TROPHIC |
| Cedera Pasien | Tidak Ada Cedera | Dapat Diatasi Dengan Pertolongan Pertama | <ul style="list-style-type: none"> Berkurangnya Fungsi Motorik / Sensorik Setiap Kasus Yang Memperpanjang Perawatan | <ul style="list-style-type: none"> Cedera Luas Kehilangan Fungsi Utama Permanent | Kematian |
| Pelayanan/ Operasional | terhenti lebih dari 1 jam | terhenti lebih dari 8 jam | terhenti lebih dari 1 hari | terhenti lebih dari 1 minggu | terhenti permanen |
| Biaya / Keuangan | kerugian kecil | kerugian lebih dari 0,1% anggaran | kerugian lebih dari 0,25 % anggaran | kerugian lebih dari 0,5% anggaran | kerugian lebih dari 1% anggaran |
| Publikasi | rumor | - media lokal - waktu singkat | <ul style="list-style-type: none"> media lokal waktu lama | media nasional kurang dari 3 hari | media nasional lebih dari 3 hari |
| Reputasi | rumor | dampak kecil thd moril karyawan dan kepercayaan masyarakat | dampak bermakna thd moril karyawan dan kepercayaan masyarakat | dampak serius thd moril karyawan dan kepercayaan masyarakat | menjadi masalah berat bagi rs |

c. Risk Grading Matrix

| Frekuensi/ Likelihood | Potencial Consequences | | | | |
|---|------------------------|------------|---------------|------------|-------------------|
| | Insignificant 1 | Minor 2 | Moderate 3 | Major 4 | Catastrophic 5 |
| Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg /bln) 5 | Moderate | Moderate | High | Extreme | Extreme |
| | Moderate | Moderate | High | Extreme | Extreme |
| | Low | Moderate | High | Extreme | Extreme |
| | Low | Low | Moderate | High | Extreme |
| Sangat jarang sekali (>5 thn/x) | Low | Low | Moderate | High | Extreme |

d. Peta Risiko



3. Analisa Resiko

- Risiko atau insiden yang sudah dianalisis akan dievaluasi lebih lanjut sesuai skor dan grading yang di dapat dalam analisis

$$\text{Risk Priority Number (RPN)} = \text{Severity (S)} \times \text{Probability (P)} \times \text{Detectability (D)}$$

- Pemeringkatan memerlukan keterampilan dan pengetahuan yang sesuai, dan meliputi proses berikut:

- 1) Menilai secara obyektif beratnya / dampak / akibat dan menentukan suatu skor.
- 2) Menilai secara obyektif kemungkinan / peluang / frekuensi suatu peristiwa terjadi dan menentukan suatu skor.
- 3) Mengalikan dua parameter untuk memberi skor risiko.

c. Penilaian risiko akan dilaksanakan dalam dua tahap:

- 1) Tahap pertama akan diselesaikan oleh penilai risiko yang terlatih, yang akan mengidentifikasi bahaya, efek yang mungkin terjadi dan pemeringkatan risiko.
- 2) Tahap kedua dari penilaian akan dilakukan oleh Kepala Unit Kerja yang akan melakukan verifikasi tahap pertama dan membuat suatu rencana tindakan untuk mengatasi risiko.

Evaluasi risiko di RS Dharma Nugraha menggunakan metode:

- a. *Risk Ranking*.
- b. *Prioritize the risk*.
- c. *Cost Benefit Analysis* (Setelah diranking, biaya untuk mengurangi risiko dibandingkan dengan biaya kalau terjadi risiko).
- d. *Determine, is the risk to be accepted or not*.

Monitoring risiko dilakukan setiap 3 bulan sekali oleh unit terkait, evaluasi risiko dalam bentuk rapat evaluasi dilakukan setiap 1 tahun sekali oleh bidang mutu dan akreditasi RS

4. Pengelolaan Risiko

Hasil dari analisa dan evaluasi risiko menghasilkan suatu rekomendasi bagaimana penanganan dampak risiko terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit tersebut dapat dihindari, dikurangi, ditransfer atau dihilangkan, dan diterima.

| Klasifikasi | | Jenis Pengendalian |
|--------------------|---|--|
| Menghindari Risiko | 1 | Menghentikan kegiatan |
| | 2 | Tidak melakukan kegiatan |
| Mengurangi Risiko | 1 | Membuat Kebijakan/SPO (pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan check-list); |
| | 2 | Mengganti atau membeli alat; |
| | 3 | Mengembangkan sistem informasi (IT), pelatihan Penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus; |
| | 4 | Melaksanakan prosedur (pengadaan, perbaikan dan pemeliharaan bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan; pengadaan bahan habis pakai sesuai |

| | | |
|-----------------------|---|----------------------------------|
| | | dengan prosedur dan persyaratan. |
| Mentransfer Risiko | 1 | Asuransi |
| | 2 | Alih dayakan pekejaan |
| Menerima Risiko | | |

B. Risk Register

Risk Register/daftar risiko adalah pusat informasi proses manajemen risiko rumah sakit, catatan segala jenis risiko yang mengancam keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya dalam 1 tahun, dokumen hidup yang dinamis, dikumpulkan melalui proses penilaian dan evaluasi risiko organisasi.

Setelah identifikasi, penilaian, dan pengendalian awal suatu risiko, risiko dan rencana tindakan yang berhubungan dengannya akan dimasukkan ke dalam Risk Register.

Macam Risk Register:

1. Risk Register Unit
2. Risk Register RS

Untuk mengurangi administrasi, risiko "rendah" tidak perlu dimasukkan ke Risk Register. Risiko ekstrim yang dapat membahayakan sasaran-sasaran organisasi secara bermakna, juga akan dicatat dalam Risk Register RS. Salinan dari seluruh penilaian perlu untuk dipelihara

| L O K A S I | R E S I K O | S E B A B R E S I K O | D A M P A K | IDENTIFIKASI RISIKO | | | | PENGEL LAAN RISIKO | B I a y a (Rp) | Risk Owner / PIC | EVALUASI RISIKO | | |
|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| | | | | RISK NUMBER | | | Pering kat Resiko | | | | RISIKO SISA | | |
| | | | | Severity (S) | Probability (P) | Risk Skor (SxP) | | Pencegahan — Mitigasi | | | Severity (S) | Probability (P) | Risk Skor (SxP) |
| | | | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | | | (6) | (7) = (5) * (6) | (8) |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Unit / Ruang :

Tgl :

Halaman :

C. Failure Mode & Effect Analysis (FMEA)

Di dalam upaya mengurangi kemungkinan terjadinya suatu insiden, metode FMEA digunakan untuk mengidentifikasi modus kegagalan (kegagalan proses) yang berpotensi terjadi kemudian mengidentifikasi dampak yang mungkin timbul diikuti analisis akar masalah, sebelum melakukan redesign proses untuk meminimalisir risiko modus kegagalan / dampaknya kepada pasien.

FMEA merupakan proses pro-aktif untuk memperbaiki kinerja dengan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi sehingga akhirnya meningkatkan keselamatan pasien. Pada prinsipnya hasil rangking dari Risk register yang paling tinggilah yang dilakukan FMEA.

Istilah dalam FMEA:

- F = failure, yaitu saat sistim tidak bekerja sesuai yang diharapkan;
- M = mode, yaitu cara/perilaku yang dapat menimbulkan kegagalan tersebut;
- E = effect, yaitu dampak/ konsekuensi dari modus kegagalan tadi;
- A = analysis, yaitu upaya investigasi terhadap proses secara detail.
- Failure = hilangnya fungsi karena suatu kondisi.
- Failure Mode = cara failure muncul.
- Failure Cause = penyebab mendasar yang mempengaruhi proses sehingga terjadi failure
- Failure Effect = konsekuensi segera dari failure

Langkah penyusunan FMEA :

1. Bentuk Tim FMEA

Langkah 1: TIM INVESTIGASI

- Komposisi dan prosedurnya mirip seperti RCA, terdiri dari orang-orang multidisiplin yang tidak lebih dari 10 orang (idealnya 4-8 orang), memahami proses yang akan dianalisa, mewakili unit yang akan dianalisa, dan memiliki kemampuan berpikir kritis.
- Tim melakukan pertemuan berkala untuk melakukan pembahasan dengan agenda sebagai berikut:

| Pertemuan Tim | Bahasan pertemuan | Waktu |
|-----------------------|--|-------|
| Pra Pertemuan | Identifikasi topik dan motivasi pada tim | |
| Pertemuan 1 | Gambarkan proses, identifikasi sub proses, verifikasi ruang lingkup | |
| Pertemuan 2 | Kunjungi unit kerja utk observasi proses, verifikasi semua langkah & sub proses apakah sudah benar sesuai langkah 3) | |
| Pertemuan 3 | Identifikasi modus kegagalan , tugaskan anggota tim utk berdiskusi dg petugas yg terlibat dalam proses (Langkah 3) | |
| Pertemuan 4 | Identifikasi penyebab modus kegagalan, tugaskan anggota tim utk berdiskusi dg petugas yg terlibat dalam proses untuk informasi tambahan (Langkah 3) | |
| Pertemuan 5 | Tuangkan modus kegagalan dan penyebabnya pada lembar kerja HFMEA (Langkah 3). Lakukan analisa hazard (Langkah 4) Identifikasi tindakan perbaikan dan tindaklanjuti tanggung jawabnya (langkah 5) | |
| Pertemuan 6- 8 plus 1 | Tugaskan anggota tim menindaklanjuti. Tunjuk PIC utk setiap tindakan perbaikan | |
| Pertemuan plus 2 | Tindakan perbaikan berbasis umpan balik | |
| Pertemuan plus 3 | Uji perubahan yang diajukan | |
| Pertemuan plus 4 | Pertemuan dg pimpinan utk persetujuan semua tindakan perbaikan | |
| Post pertemuan | Konsultan menindaklanjuti sampai pebaikan lengkap | |

2. Menggambarkan Diagram Dari Proses Tersebut (DIAGRAM PROCESS)

Langkah 2: GAMBARKAN ALUR PROSES

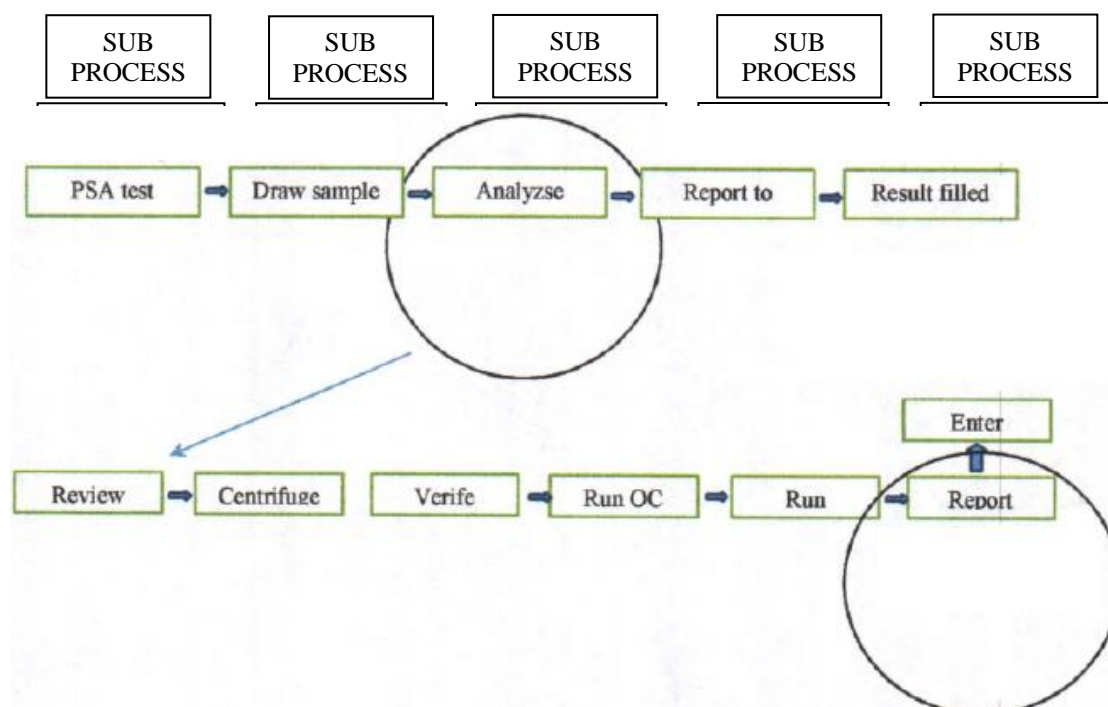
Gambarkan seluruh tahapan dalam alur proses beserta dengan sub-proses dari masing- masing tahapan proses:

Kemudian uraikan modulus kegagalan (dalam sub proses) dari masing-masing tahapan dalam alur proses tersebut.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LANGKAH 2A GAMBARKAN ALUR PROSES | | | | | |
| <u>Tahapan proses:</u> | | | | | |
| <u>Jelaskan proses setiap kegiatan sesuai kebijakan dan prosedur yang berlaku</u> | | | | | |
| Jika proses berlaku kompleks, anda dapat memilih satu proses atau sub proses untuk ditindak lanjuti | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cantumkan beberapa sub proses untuk setiap tahapan proses | | | | | |
| HFMEA: Healthcare Failure Mode Effectand Analysis | | | | | |

Contoh diagram alur proses:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LANGKAH 3B GAMBARKAN ALUR SUBPROSES | | | | | |
| <u>Jelaskan sub proses kegiatan yang dipilih</u> | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cantumkan beberapa sub proses untuk setiap tahapan proses | | | | | |
| HFMEA: Healthcare Failure Mode Effectand Analysis | | | | | |



| FAILURE MODE | FAILURE MODE | FAILURE MODE | FAILURE MODE | FAILURE MODE |
|--|--|--|---|--|
| A. Wrong test ordered B. Order not received | A. Equipment broken B. Wrong speed C. Specimen not clotted D. No power E. No wrong test tube | A. Instrument not calibrated B. Bad calibrated stored C. QC result unacceptable | A. Mechanical error B. Technical error | A. Computer crashed B. Result entered for wrong points C. computer interface error D. result not entered |

3. Brainstorming Potensial Failure Modes dan akibat-akibat yang ditimbulkan (BRAINSTORMING)

Langkah 3: BRAINSTORMING

1) Menetapkan bagaimana setiap tahapan proses dapat mengalami kegagalan Setelah Tim FMEA berhasil menyusun diagram proses, selanjutnya dilakukan identifikasi failure modes. Tahapan identifikasi ini dilakukan melalui brainstorming dimana anggota tim dituntut untuk berpikir “diluar kotak”, berpikir diluar cakupan praktik dan visi yang biasa dilakukan setiap hari. Hasil brainstorming tersebut kemudian didokumentasikan pada lembar kerja.

2) Menetapkan akibat-akibat dari setiap failure mode

Akibat dari failure mode adalah hal-hal apa saja yang dapat terjadi bila failure mode benar-benar terjadi. Setiap failure mode dapat mempunyai satu atau lebih akibat. Akibat dari failure mode dapat bersifat langsung atau tidak langsung, jangka panjang atau jangka pendek, serta kemungkinan besar atau kemungkinan kecil terjadi.

Berikut ini contoh akibat-akibat dari setiap failure mode pada pelayanan obat:

| FAILURE MODE | AKIBAT |
|--|--|
| Tulisan tidak dapat dibaca | Salah obat, dosis, frekuensi, dan cara pemberian |
| Permintaan obat tidak lengkap | Salah dosis, frekuensi, dan cara pemberian |
| Bukan obat yang ada dalam formularium | Biaya lebih mahal |
| Penggunaan singkatan yang tidak lazim | Salah dosis |
| Nama obat yang mirip | Salah obat |
| Tidak mengikuti prosedur klinis yang telah disetujui | Salah obat, dosis, frekuensi, dan cara pemberian |

4. Brainstorming Potensial Failure Modes dan akibat-akibat yang ditimbulkan

Langkah 4: PRIORITAS FAILURE MODES

1) Menentukan nilai keparahan (severity) untuk setiap kegagalan menggunakan Skala Nilai
Keparahan Tingkat keparahan dari setiap failure mode harus ditetapkan. Pada konteks ini, keparahan berkaitan dengan tingkat keseriusan dari cedera atau dampak yang dapat ditimbulkan bila suatu akibat dari failure mode terjadi.

Berikut ini skala nilai yang dapat digunakan oleh tim FMEA dalam menentukan tingkat keparahan suatu failure mode.

Skala Nilai Keparahannya

| | | |
|----|--------------------------|---|
| 10 | Tinggi yang membahayakan | Kegagalan dapat mengakibatkan cedera bagi pegawai atau klien/pasien |
| 9 | Ekstrem Tinggi | Kegagalan menyebabkan ketidakpatuhan pada regulasi pemerintah/menteri |
| 8 | Sangat Tinggi | Kegagalan menyebabkan suatu unit tidak dapat bekerja atau tidak sesuai |
| 7 | Tinggi | Kegagalan menyebabkan pelanggan sangat tidak puas |
| 6 | Sedang | Kegagalan menyebabkan tidak berfungsinya suatu produk pada tingkat subsistem atau sebagian |
| 5 | Rendah | Kegagalan menyebabkan berkurangnya kinerja sehingga mengakibatkan keluhan klien/pasien |
| 4 | Sangat Rendah | Kegagalan dapat diatasi dengan modifikasi proses dan produk pelanggan akan tetapi terdapat sedikit pengurangan kinerja |
| 3 | Sedikit | Kegagalan dapat sedikit menyulitkan klien/pasien tetapi dapat sedikit berakibat terhadap proses yang dilalui pasien |
| 2 | Sangat Sedikit | Kegagalan mungkin tidak secara nyata berpengaruh terhadap klien/pasien tetapi dapat sedikit berakibat terhadap proses yang dilalui pasien |
| 1 | Tidak Ada | Kegagalan tidak dirasakan/diketahui oleh klien/pasien dan tidak menimbulkan akibat pada proses yang dilalui pasien |

Langkah 5: HAZARD ANALYSIS

Failure Mode (Kegagalan Proses) yang dipilih dijabarkan lebih lanjut dan lebih detail dalam tabel berikut:

| AMKD Langkah 4 - Analisis Hazard | | | | | | AMKD Langkah 5 - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | |
|--|------------------|-----------|--------------|--------------|--------------------------|--|---------------------------|----------|--|--|------------------------------------|----------------|----------------------|--------------------|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, terima, Eliminasi) | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Ukuran Outcome | Yang Berdampak Jarak | Dukungan Manajemen |
| | | Kegawatan | Probabilitas | Nilai Hazard | Poin Tunggai Kematihan ? | Adakah kontrol-pengendalian ? | Apakah mudah di deteksi ? | Proses ? | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Untuk setiap hazard dengan score ≥ 8 , dianalisa lebih lanjut dengan pohon keputusan (Decision Tree)

Bila dari analisa Pohon Keputusan berakhir pada STOP, maka tidak perlu lagi meneruskan pencarian akar masalah untuk hazard ini karena berarti hazard tersebut tidak prioritas. Sedangkan hazard yang berakhir pada titik hijau sebagaimana gambar di atas, perlu

ditindaklanjuti sebagai langkah ke-5

6. Implementasi dan monitoring hasil dari redesign proses tersebut (ACTION & OUTCOME MEASURE)

Langkah 6. ACTION & OUTCOME MEASURE

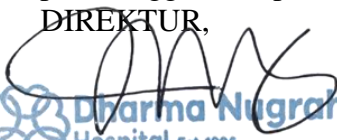

- 1) Tentukan apakah potensial penyebab modus kegagalan dapat dikontrol, eliminasi, terima
- 2) Jelaskan tindakan untuk setiap potensial modus kegagalan yang akan di eliminasi atau di kontrol
- 3) Identifikasi Ukuran Outcome yang digunakan analisa dan uji redesign proses
- 4) Identifikasi penanggung jawab untuk melaksanakan tindakan tersebut
- 5) Tentukan apakah diperlukan dukungan manajemen puncak untuk melaksanakan rekomendasi

BAB IV PENUTUP

Demikian Pedoman Manajemen Risiko di RS Dharma Nugraha untuk dapat dipergunakan dan dijalankan oleh RS Dharma Nugraha melalui program manajemen risiko secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Buku pedoman ini akan di review secara berkala paling lambat 3 (tiga) tahun sekali.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 April 2023

DIREKTUR,


The logo of Dharma Nugraha Hospital, featuring a stylized blue flower-like emblem to the left of the text "Dharma Nugraha Hospital Est. 1996".

dr. Agung Darmanto, Sp.A

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Presiden no. 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi RS
2. Permenkes N0. 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja
3. Permeates No 43 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
4. Permenkes No 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
Kepmenkes No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
6. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994
7. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), KKP-RS, 2015
8. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Kemenkes Edisi 3
Tahun 2015
9. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Depkes, 2005
 - i. Standar Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1999
 - ii. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tahun 2008

PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**