PANDUAN MANAJEMEN RISIKO

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN MANAJEMEN RISIKO

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN MANAJEMEN RISIKO

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  1.  2.  3.  4.  5. | bahwa manajemen risiko merupakan salah satu komponen penting dari *clinical governance*, yang terdiri dari proses mengenal, mengevaluasi, mengendalikan, meminimalkan risiko dalam suatu organisasi secara menyeluruh;  bahwa dalam upaya meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, setiap rumah sakit wajib menetapkan manajemen risiko terutama pada proses utama yang kritikal, risiko tinggi, cenderung bermasalah pada setiap bagian di rumah sakit;  bahwa untuk kepentingan sebagaimana tercantum pada huruf 2 di atas, maka perlu ditetapkan Panduan Manajemen Risiko di RSUD dr. Murjani Sampit.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 Tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA  KEEMPAT  KELIMA  KEENAM  KETUJUH  KEDELAPAN  KESEMBILAN  KESEPULUH | :  :  :  :  :  :  :  :  :  :  : | Memberlakukan Panduan Manajemen Risiko di RSUD dr. Murjani Sampit dalam upaya mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.  Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam melaksanakan program mutu dan keselamatan pasien.  Pimpinan rumah sakit menetapkan manajemen risiko dalam unit kerja di rumah sakit berdasarkan area klinis, area penunjang dan area non klinis dan non penunjang.  Metode pembuatan manajemen risiko dibuat dengan program majemen risiko yang meliputi :   1. Identifikasi risiko 2. Prioritas risiko 3. Pelaporan risiko 4. Manajemen risiko 5. Investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) 6. Manajemen terkait tuntutan (klaim)   Pimpinan rumah sakit memastikan bahwa tanggung jawab dan koordinasi dalam hal manajemen risiko dalam dokumen manajemen risiko dilaksanakan dengan baik.  Pelaporan manajemen risiko dilakukan setiap bulannya kepada Komite PMKP.  Pimpinan rumah sakit berkolaborasi dengan petugas yang berpengalaman, pengetahuan dan ketrampilan cukup dalam mengumpulkan dan menganalisa data secara sistematik.  Daftar identifikasi risiko dan manajemen risiko yang telah dilakukan dievaluasi, disepakati dan disetujui oleh pimpinan rumah sakit dikembalikan kepada kepala unit kerja masing-masing untuk diinformasikan dan diimplementasikan.  Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya serta dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun.  Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |

TEMBUSAN Yth :

1. Semua unit kerja RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 0000/PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : 33 JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Rumah sakit berkewajiban untuk mengidentifikasi dan mengendalikan seluruh risiko strategis dan operasional yang penting. Hal ini mencakup seluruh area rumah sakit termasuk seluruh area pekerjaan, tempat kerja dan area klinis. Rumah sakit memastikan adanya sistem yang kuat dan menjamin terdapatnya sistem untuk mengendalikan dan mengurangi risiko.

Hal ini meliputi dua hal :

1. Identifikasi risiko proaktif dan pengelolaan risiko-risiko utama adalah kegiatan identifikasi yang dilakukan dengan cara proaktif mencari risiko yang berpotensi menghalangi rumah sakit mencapai tujuan. Disebut mencari karena risikonya belum muncul.
2. Identifikasi risiko reaktif adalah kegiatan identifikasi yang dilakukan setelah risiko muncul dan bermanifestasi dalam bentuk insiden atau gangguan.
3. TUJUAN
4. Mengidentifikasi risiko yang ada di rumah sakit.
5. Mengukur dan mengembangkan strategi untuk mengelola risiko yang ada.
6. Meminimalisir risiko yang ada agar mencegah terjadinya kecelakaan kerja maupun kerugian.

BAB I

DEFINISI

1. Risiko adalah peluang terjadinya ketidakpastian yang akan mempunyai dampak pada pencapaian tujuan.
2. Manajemen risiko adalah budaya, proses dan struktur yang diarahkan untuk mewujudkan peluang sambil mengelola efek yang tidak diharapkan.
3. Tim manajemen risiko adalah tim penilai risiko yang terdiri dari anggota masing-masing instalasi atau ruangan atau bagian yang bertugas untuk melakukan penilaian manajemen risiko keselamatan dan kesehatan kerja dalam bentuk identifikasi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko,
4. Analisis risiko adalah proses untuk memahami sifat risiko dan menentukan peringkat risiko.
5. Dampak merupakan gambaran tentang kerugian (*losses*) atau akibat yang ditimbukan pada pasien akibat adanya suatu kejadian (*events*), mulai dari tidak ada cidera sampai meninggal. Dampak juga menggambarkan konsekuensi negatif dari sebuah kejadian.
6. Probabilitas yaitu menggambarkan tingkat kemungkinan kejadian atau tingkat keseringan kejadian.

BAB II

RUANG LINGKUP

1. Ruang lingkup manajemen risiko di rumah sakit, meliputi :
2. Persiapan Tim Manajemen Risiko
3. Identifikasi Risiko
4. Analisis Risiko
5. Evaluasi Risiko
6. Penanganan Risiko
7. Pengawasan (Monitor) dan Tinjauan (Review)
8. Pemantauan Tindakan Pengendalian Risiko
9. Persiapan Tim Manajemen Risiko, meliputi :
10. Pemilihan anggota tim yang mewakili setiap ruangan
11. Persiapan materi dan bahan kegiatan manajemen risiko
12. Anggota tim sudah mendapatkan pelatihan manajemen risiko

BAB III

TATA LAKSANA

1. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah mengidentifikasikan situasi yang akan dapat menyebabkan cidera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi risiko merupakan proses menemukan, mengenal dan mendeskripsikan risiko yang bertujuan untuk melihat kejadian (*events*) yang ada dan mungkin terjadi di sebuah organisasi (rumah sakit), yang dapat menimbulkan kerugian dimasa yang akan datang. Identifikasi risiko dilakukan dengan melihat proses atau aktivitas utama di masing-masing area unit kerja atau unit pelayanan. Bahaya yang mungkin terjadi meliputi : fisika, kimia, biologi, ergonomic, psikososial. Dengan risiko : cedera ringan sampai dengan berat, penurunan kesehatan, disability / cacat tetap, fatality / kematian.

Identifikasi akan membantu manajemen mengambil langkap-langkah antisipasi terhadap risiko tersebut dan mengingatkan kepada manajemen bahwa ada risiko atau keadaan yang mengancam terjadinya klaim.

Identifikasi risiko dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut ;

1. Proaktif

Kegiatan identifikasi yang dilakukan dengan cara mencari risiko yang berpotensi menghalangi rumah sakit mencapai tujuannya, karena risikonya belum muncul 🡪 audit, inspeksi, brainstorming, pendapat ahli, benchmark, FMEA, analisis SWOT, survey dll.

1. Reaktif

Kegiatan identifikasi yang dilakukan setelah risiko mucul dalam bentuk insiden atau gangguan 🡪 pelaporan insiden.

Hal yang perlu diperhatikan dalam identifikasi risiko yaitu adanya ketersediaan data yang akurat, keterbukaan, kejujuran dan proporsional.

1. Menentukan Kategori Resiko Awal
2. Risiko muncul dalam bentuk insiden atau gangguan

Metode yang digunakan yaitu matriks grading risiko. Penilaian dengan matriks grading risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu kejadian (*event*) berdasarkan 2 hal yaitu dampak (*severity*) dan frekuensi (*probabilitas*)

**Score Risk = Severity × Probability**

Tabel Penilaian Severity / Keparahan

|  |  |
| --- | --- |
| Tingkat Severity | Deskripsi |
| 1  Insignificant | Cidera pasien / staf : Tidak ada cidera |
| Pelayanan operasional : Pelayanan terhenti lebih dari 1 jam |
| Biaya / Keuangan : Kerugian kecil |
| Publikasi : Rumor tidak ada |
| Reputasi : Rumor |
| 2  Minor | Cidera pasien / staf : Dapat diatasi dengan pertolongan pertama |
| Pelayanan operasional : Pelayanan terhenti lebih dari 8 jam |
| Biaya / keuangan : Kerugian lebih dari 0,1 % anggaran |
| Publikasi : Media local, waktu sangat singkat |
| Reputasi : Dampak kecil terhadap moril karyawan dan kepercayaan masyarakat |
| 3  Moderate | Cidera pasien / staf : Berkurangnya fungsi motorik / sensorik. Setiap kasus yang memperpanjang perawatan |
| Pelayanan operasional : Terhenti lebih dari 1 hari |
| Biaya / Keuangan : Kerugian lebih dari 0,25% anggaran |
| Publikasi : Madia lokal, waktu lama |
| Reputasi : Dampak bermakna terhadap moril karyawan dan kepercayaan masyarakat |
| 4  Major | Cidera pasien / staf : Cidera luas / berat / cacat. Kehilangan fungsi permanen |
| Pelayanan operasional : Terhenti lebih dari 1 minggu. |
| Biaya / Keuangan : Kerugian lebih dari 0,5% anggaran |
| Publikasi : Media nasional. Kurang 3 hari |
| Reputasi : Dampak serius terhadap moril karyawan dan kepercayaan masyarakat |
| 5  Catastrophic | Cidera pasien / staf : Kematian |
| Pelayanan operasional : Terhenti permanen |
| Biaya / Keuangan : Kerugian lebih dari 1% anggaran |
| Publikasi : Media nasional, lebih dari 3 hari |
| Reputasi : Menjadi masalah berat bagi rumah sakit |

Tabel Penilaian Probabilitias / Frekuensi

|  |  |
| --- | --- |
| Tingkat Risiko | Deskripsi |
| 1  Very low | Sangat jarang terjadi ( > 5 tahun sekali ) |
| 2  Low | Jarang terjadi ( > 2-5 tahun sekali ) |
| 3  Medium | Mungkin terjadi ( 1 – 2 tahun sekali ) |
| 4  High | Sering terjadi (beberapa kali dalam setahun) |
| 5  Very High | Sangat sering terjadi (tiap minggu atau tiap bulan) |

Tabel Matrik Penilaian Risiko – Untuk Penilaian Kategori Resiko Awal

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROBILITAS | DAMPAK | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | **Moderate** | **Moderate** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| 4 | **Moderate** | **Moderate** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| 3 | **Rendah** | **Moderate** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| 2 | **Rendah** | **Rendah** | **Moderate** | **Tinggi** | **Ekstrim** |
| 1 | **Rendah** | **Rendah** | **Moderate** | **Tinggi** | **Ekstrim** |

1. Rencana tindak lanjut - Dilakukan kontrol terhadap risiko (exciting control), yaitu kontrol yang telah dilakukan atau diterapkan oleh organisasi untuk mengurangi kemungkinan dan keparahan risiko
2. Menghitung nilai Control / Kontrol

Tabel Nilai Kontrol

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrol | Deskripsi |
| 1 | Belum ada pengendalian khusus yang saat ini dilakukan untuk meminimalkan risiko |
| 2 | Pengendalian yang sudah dilakukan berupa kuratif dan atau remedial :   * Penyediaan APD * Visual management |
| 3 | Sudah ada upaya untuk meminimilkan risiko, mencakup :   * Penyediaan resource (mesin / alat / personel, dll) * Penyiapan kompetensi personel termasuk pelatihan yang diperlukan * Pembuatan prosedur * Tetapi belum ada konsistensi pengendalian dan maintenance |
| 4 | Kontrol dilakukan dengan baik dan konsisten (korektif dan preventif) dalam meminimalkan risiko, mencakup :   * Penyediaan resource (mesin / alat /personel, dll) * Kompetensi personel termasuk pelatihan yang diperlukan sudah dilakukan * Prosedur sudah dibuat dan disosialisasikan |
| 5 | Telah dilakukan program maintanance secara rutin / periodik yang menjamin konsistensi kontrol atau adanya upaya eliminasi / substitusi / re-engineering  Telah dilakukan monitoring terhadap aktifitas tersebut |

1. Menghitung nilai Awareness / Kepedulian

Tabel Nilai Kepedulian

|  |  |
| --- | --- |
| Kepedulian | Deskripsi |
| 1 | Belum ada kepedulian dari karyawan di area terkait :   * Karyawan belum mengerti bahaya dan risiko yang dapat terjadi |
| 2 | Karyawan di area terkait agak peduli :   * Karyawan mengerti bahaya dan risiko yang dapat terjadi * Karyawan melakukan pengendalian tetapi belum memenuhi standar yang ditetapkan |
| 3 | Sudah didapat kepedulian dari area terkait :   * Karyawan mengerti bahaya dan risiko yang dapat terjadi * Karyawan melakukan pengendalian sesuai hasil evaluasi bahaya |
| 4 | Didapat kondisi sangat peduli di area terkait :   * Karyawan mengerti risiko yang dapat terjadi * Karyawan mengerti dan telah melakukan pengendalianyang ditetapkan |
| 5 | Didapatkan komitmen dari karyawan, penanggung jawab area / manajemen dalam penyediaan sarana / fasilitas / tools yang telah yang telah memenuhi standar dan peraturan terkait dan melakukan periodik kontrol |

1. Menentukan Kategori Risiko Akhir

Total skor resiko akhir = (keparahan x kemungkinan) – (control x awareness)

Pengelolaan Dan Pengendalian Kategori Risiko Akhir

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TINGKAT RISIKO | POTENSI RISIKO | TINDAKAN PERBAIKAN |
| Ekstrim | 15-25 | Tidak Dapat Diterima (STOP)  Pekerjaan tidak boleh dilakukan sampai tingkat risiko diturunkan. Jika risiko tidak mungkin diturunkan sekalipun dengan sumber daya yang tidak terbatas, pekerjaan dihentikan dan tidak boleh dilakukan. |
| High | 7-14 | Harus dilakukan pengendalian tambahan untuk menurunkan tingkat risiko. Pengendalian tambahan harus diterapkan dalam periode waktu trtentu, namun pekerjaan masih bias terus dilakukan. |
| Moderat | 4-6 | Dapat dilakukan pengendalian tambahan untuk menurunkan tingkat risiko. Pengendalian tambahan harus diterapkan dalam periode waktu tertentu, namun pekerjaan masih bias untuk dilakukan. |
| Low | 1-3 | Tidak diperlukan pengendalian tambahan. Diperlukan pemantauan untuk memastikan pengendalian yang ada dipelihara dan dilaksanakan |

Strategi penatalaksanaan risiko :

1. Kontrol risiko (risk control)
2. Hindari (Risk avoid / preventif) : tidak melakukan aktifitas yang berisiko
3. Reduksi / Mitigation (Risk reduction / minimization) : mereduksi atau meminimalkan berulangnya atau dampak kejadian
4. Pembiyaan risiko (risk financing)
5. Transfer (Risk tranfer) membagi beban atau risiko ke asuransi, kontrak kerja sama, joint ventures, dll
6. Terima (Risk acceptance / retention) : beberapa risiko mungkin minimal dan dapat diterima
7. Penanganan Risiko

Bentuk-bentuk penanganan risiko diantaranya :

1. Menghindari risiko dengan memutuskan untuk tidak memulai atau melanjutkan aktivitas yang menimbulkan risiko
2. Mengambil atau meningkatkan risiko untuk mendapat peluang (lebih baik, lebih menguntungkan)
3. Menghilangkan sumber risiko
4. Mengubah kemungkinan
5. Mengubah konsekuensi
6. Berbagi risiko dengan pihak lain (termasuk kontrak dan pembiayaan risiko)
7. Mempertahankan risiko dengan informasi lain
8. Pengawasan (Monitor) dan Tinjauan (Review)

Alat bantu monitoring / review 🡪 Risk Register

Pusat informasi proses manajemen risiko

Alat manajemen yang memungkinkan suatu organisasi memahami profil risiko secara menyeluruh

Catatan segala jenis risiko yang mengancam keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dalam 1 tahun

Dokumen hidup yang dinamis, dikumpulkan melalui proses penilaian dan evaluasi risiko organisasi

Implementasi program manajemen risiko :

1. Dukungan dan komitmen top manajemen

Mengembangkan filosofi First, Do No Harm, Safety First dan Fair of Blame

1. Mengembangkan kebijakan manajemen risiko
2. Membuat kebijakan manajemen risiko : sasaran, tujuan, ruang lingkupnya, parameter kegiatan dan sumber daya yang diperlukan
3. Kriteria penerimaan risiko atau perlunya pengalihan risiko
4. Komunikasikan kebijakan
5. Sosialisasikan ke semua level
6. Mengembangkan pendidikan dan pelatihan manajemen risiko
7. Infastruktur manajemen risiko menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari proses dan budaya organisasi, termasuk didalamnya :
8. Membentuk tim
9. Meningkatkan kewaspdaan tentang manajemen risiko
10. Berdialog dengan organisasi tentang manajemen risiko
11. Meningkatkan keterampilan staf tentang manejemen risiko
12. Memastikan semua level memahami dan menerapkan manajemen risiko
13. Pengelolaan risiko di tingkat organisasi
14. Proses manajemen risiko harus diintegrasikan dengan rencana strategi dan proses manajemen organisasi
15. Rencana strategi manajemn risiko :
16. Definisi, maksud dan tujuan
17. Pengorganisasian
18. Kebijakan
19. Prosedur / SPO / Alur
20. Akuntabilitas dan tanggung jawab
21. Proses risiko manajemen
22. Pelatihan dan dukungan manajemen risiko
23. Indikator
24. Monitoring, review dan audit
25. POA
26. Kelola risiko ditingkat tim

Mengembangkan dan membentuk program untuk mengelola risiko pada tiap area sub organisasi, program dan tim.

1. Monitor dan kajian
2. Mengembangkan mekanismen kajian risiko
3. Memastikan bahwa pelaksanaan dan kebijakan relevan dalm kondisi yang terus berubah dari waktu ke waktu (risiko tidak statik)
4. Efektifitas proses manajemen risiko harus dievaluasi dan dikaji tiap waktu

BAB IV

DOKUMENTASI

1. SPO Manajemen Risiko
2. Lembar Asesmen Risiko Rumah Sakit
3. Risk Register

Lampiran 1. Lembar Asesmen Risiko Rumah Sakit

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Katagori resiko | Dampak | | | | | | | | Probabilitas | | | | | Skor resiko | Rangking Resiko (untuk Tindakan) | PIC |
| Sgt Ringan | | Ringan | | Sedang | Berat | | Sgt Berat | Sgt Jarang | Jarang | Kadang | Sering | Sgt Sering |
| 1 | | 2 | | 3 | 4 | | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1-25 |
| I | PELAYANAN (Patient care – related risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Insiden kesalahan identifikasi pasien |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Insiden kesalahan peresepan obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Insiden kesalahan persiapan obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Insiden kesalahan pemberian obat dari farmasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Insiden kesalahan pasien dalam pemberian obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Insiden kesalahan dosis obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Insiden kesalahan formulasi/pressentasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Insiden kesalahan rute pemberian obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Insiden kesalahan jumlah pemberian obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Insiden kesalahan dispensing label/instruksi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Kontraindikasi obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Obat kadaluarsa |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Reaksi efek samping obat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Insiden kesalahan pengambilan sampel untuk transfusi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Insiden kesalahan pemesanan darah/produk darah |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Insiden kesalahan pasien transfusi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Insiden kesalahan darah/produk darah |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Reaksi transfuse |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Insiden kesalahan permintaan diet |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Insiden kesalahan persiapan/proses memasak |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Insiden kesalahan dispensing/alokasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Insiden kesalahan pemberian diet |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Insiden kesalahan pasien dalam pemberian diet |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Insiden kesalahan jumlah pemberian diet |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Insiden kesalahan konsistensi pemberian diet |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Insiden kesalahan pasien dalam pemberian oksigen |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Insiden kesalahan gas |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Insiden kesalahan rate/flow/konsentrasi gas |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Pasien sengaja menciderai diri sendiri/bunuh diri |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Pasien jatuh |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Insiden kesalahan lokasi operasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Insiden kesalahan prosedur operasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Insiden kesalahan pasien operasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Terjadi penularan penyakit (nosokomial) |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Insiden kesalahan advis |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Insiden kesalahan komunikasi dalam serah terima pasien |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Tersengat Listrik |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Tidak steril/kontaminasi |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Insiden kesulitan mengevakuasi pasien di lantai II dan III saat terjadi bencana |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Insiden tidak siapnya petugas penanggulangan bencana |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Alat penanggulangan bencana / kedaruratan tidak tersedia |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Alat medis tidak siap digunakan |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Keresediaan alat terbatas |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Kesalahan operasional alat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Petugas tidak bisa mengoperasikan alat |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Insiden kesalahan setting ventilator |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Resiko infeksi akibat pemakaian ventilator > 2 minggu |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Resiko aspirasi pada pasien yang di suction |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | ASET (Property-related risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Berkas RM rusak karena tempat penyimpanan bocor |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Terjadi kehilangan atau pasien kabur karena banyak pintu penghubung |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kebakaran karena penyimpanan gas LPG, Kortsleting Listrik, AC Bocor, penyimpanan bahan mudah terbakar |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Bahan makanan tidak beku dan rusak |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ruangan lembab dan tumbuh jamur karena sirkulasi udara kurang baik |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Bahan makanan terkontaminasi / kotor karena banyak debu |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Kerusakan barang dan terkontaminasi karena tikus dan kecoa |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Persediaan barang kosong |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Kehilangan barang/rusak karena ruangan yang mudah dimasuki/bocor |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Inventarisasi tidak up date |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Adanya barang Farmasi kadaluwarsa |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Insiden kesalahan penyimpanan obat |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Insiden kesalahan penyimpanan darah/produk darah |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Darah kadaluarsa |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Kehilangan data SDM (File) |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Komputer tidak dapat masuk jaringan |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Mesin server mati dan SIRS error |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Server semakin berat / penuh |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Kehilangan data dari server bila terjadi kebakaran /korslet listrik |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Alat pemeriksaan di laboratorium error |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Lingkungan kerja di laboratorium tidak sehat |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Specimen / hasil rusak karena tetesan air |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Alat cepat rusak karena listrik sering mati, UPS tak berfungsi |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Banjir/Air menggenang/Becek karena infrastruktur yang kurang baik |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Kaca pecah karena bening tanpa peringatan / cidera |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Insiden kesalahan penyimpanan gas |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Insiden kesalahan pengantaran gas |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Listrik Padam |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Pencemaran Air |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Penurunan kualitas air |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Kebisingan akibat pemakaian genset |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Peningkatan suhu udara karena kurang ventilasi |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Kebocoran septic tank |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| III | MEDIS (Medical staff-related risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pengelolaan bukan oleh Komite Medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tidak memberikan informed consent |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Tidak mencatat tindakan di rekam medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Tertunda mencatat rekam medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Insiden kesalahan mencatat rekam medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Tidak mentandatangani rekam medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV | KARYAWAN (Employe-related risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kejadian terpeleset dan jatuh |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Luka bakar pada petugas karena penggunaan alat listrik, kabel/stop kontak yang tidak sesuai ketentuan |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Terpapar obat kemoterapi |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Petugas terkena aliran listrik (kesetrum), jatuh karena terkait kabel yang tidak rapih |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Tertusuk benda tajam / terkena cairan tubuh pasien karena prosedur APD atau penempatan sampah medis tidak pada tempatnya |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Gangguan muskulo skeletal / HNP akibat posisi saat bekerja |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Kelelahan / dehidrasi karena suhu ruangan tempat kerja yang panas |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Iritasi pada kulit, mata dan edema paru akibat terhirup bahan bahan kimia |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Tertimpa barang yang ditumpuk digudang |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Terpapar / terkontaminasi bahan berbahaya |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Terjadi paparan dari limbah medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Tidak tertanganinya bahan dan limbah B3 dengan baik |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Bahaya radiasi penggunaan computer |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Terpapar preparat kuman di laboratorium |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Kepala terantuk tembok / pembatas tangga yang rendah |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Pengunjung / karyawan cidera karena kontur halaman yang tidak rata. |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Tangan cidera / lecet karena keramik/tembok kamar mandi yang pecah |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Pasien tidak kooperatif |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Pasien beresiko/berbahaya |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | agresi verbal pasien |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Terjadi penularan penyakit |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Insiden tidak siapnya petugas penanggulangan bencana |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Alat penanggulangan bencana / kedaruratan tidak tersedia |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Stress Kerja |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Tidak tersedianya APD di tiap unit kerja |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Tidak tepatnya pemakaian APD |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Kerusakan alat sterilisasi |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Kesalahan dalam melakukan desinfeksi alat medis |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Perawatan luka post op tidak menggunakan teknik aseptic |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Tidak melaksanakan persiapan pre operasi |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Instrumen operasi tidak steril |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Tidak melaksanakan time out |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Tidak memberikan edukasi terhadap pasien post op saat pulang |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Ketidak patuhan petugas cuci tangan |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V | KEUANGAN (Financial Risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Membayar konfirmasi pemeriksaan penunjang ke luar RS |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tuntutan dari pasien |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Tagihan ke pasien yang tidak terbayar |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Mengganti billing yang tidak terbayar termasuk biaya perbaikan pada pasien akibat kesalahan pihak RS |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Penundaan pembayaran pasien |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VI | LAIN - LAIN (Other risk) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Tuntutan hokum |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tidak teradopsinya kepentingan RS dalam pembuatan PKS |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Wan prestasi / ingkar janji dari PKS |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | PKS tidak seimbang antara vendor dan RS |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Laporan keuangan melampaui batas waktu karena keterlambatan pengolahan data |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VII | KOMPLAIN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pendaftaran lama, Judes, kurang ramah dan penulisan nama yang salah |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fasilitas kurang memadai / perlu perbaikan |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Staf Medis datang tidak tepat waktu, penjelasan kurang, tindakan medis dilakukan oleh perawat |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Pelayanan Farmasi lama, petugas judes dan tidak ramah, penghitungan harga resep lama |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pelayanan penyediaan alat bedah berbelit, prosedur UGD perlu diperbaiki. |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Penyelesaian rekening / Administrasi lama, informasi biaya tak jelas, prosedur pembayaran bolak-balik, pembayaran di kasir lama. |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Pemeriksaan CT- scan/MRI terlalu lama |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Petugas /perawat kurang ramah, sok tegas, yang senior/tua judes |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lampiran 2. Lembar Risk Register Rumah Sakit

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Area :…………….. | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  |  |  | |  |  |  |
| **No** | **Proses dan Aktifitas** | **Bahaya** | | | | | | | | | | **Risiko** | **Scoring (1)** | | | | | **Kategori Risiko Awal** | | **Kontrol Existing** | | | | | | **Scoring (2)** | | | | | **Risiko Signifikan?** | **Kategori Risiko Akhir** | **Upaya Pengendalian (Eliminasi / Substitusi / Eng. Control / Kontrol Adm. / APD)** | | **Outcome** | **PIC** | **Persetujuan dari Management (Y/N)** | | | |
| **Fisika** | **Kimia** | | **Biologi** | | **Ergonomik** | | **Psikososial** | | | **Severity** | **Probability** | | **Nilai Risiko** | | **Infrastruktur** | | | **Administrasi** | | **Personel** | **Control** | | **Awareness** | | **Total** |
| **1** | **2** | **3** | | | | | | | | | | **4** | **5** | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | | | | | | **10** | | **11** | | **12** | **13** | **14** | **15** | | **16** | **17** | **18** | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |

PENUTUP

Demikianlah panduan ini disusun sebagai pedoman dalam menjalankan layanan pasien yang aman, khususnya dalam rangka penyusunan manajemen risiko. Panduan ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu panduan akan ditinjau kembali setiap 3 tahun sesuai dengan tuntutan layanan dan standar akreditasi, baik Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Tahun 2017 maupun standar Internasional.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |