

Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan manajemen risiko

dr. Luwiharsih, MSc



JABATAN :

- Direktur WIA Training
- Surveior akreditasi, sejak 1995 - sekarang
- Pembimbing akreditasi, sejak 1995 - sekarang
- Dewan Penilai, sejak 2015 - sekarang

PENDIDIKAN

- S-I Fakultas Kedokteran Unair
- S-II Pasca Sarjana UI, Manajemen RS

PENGALAMAN KERJA

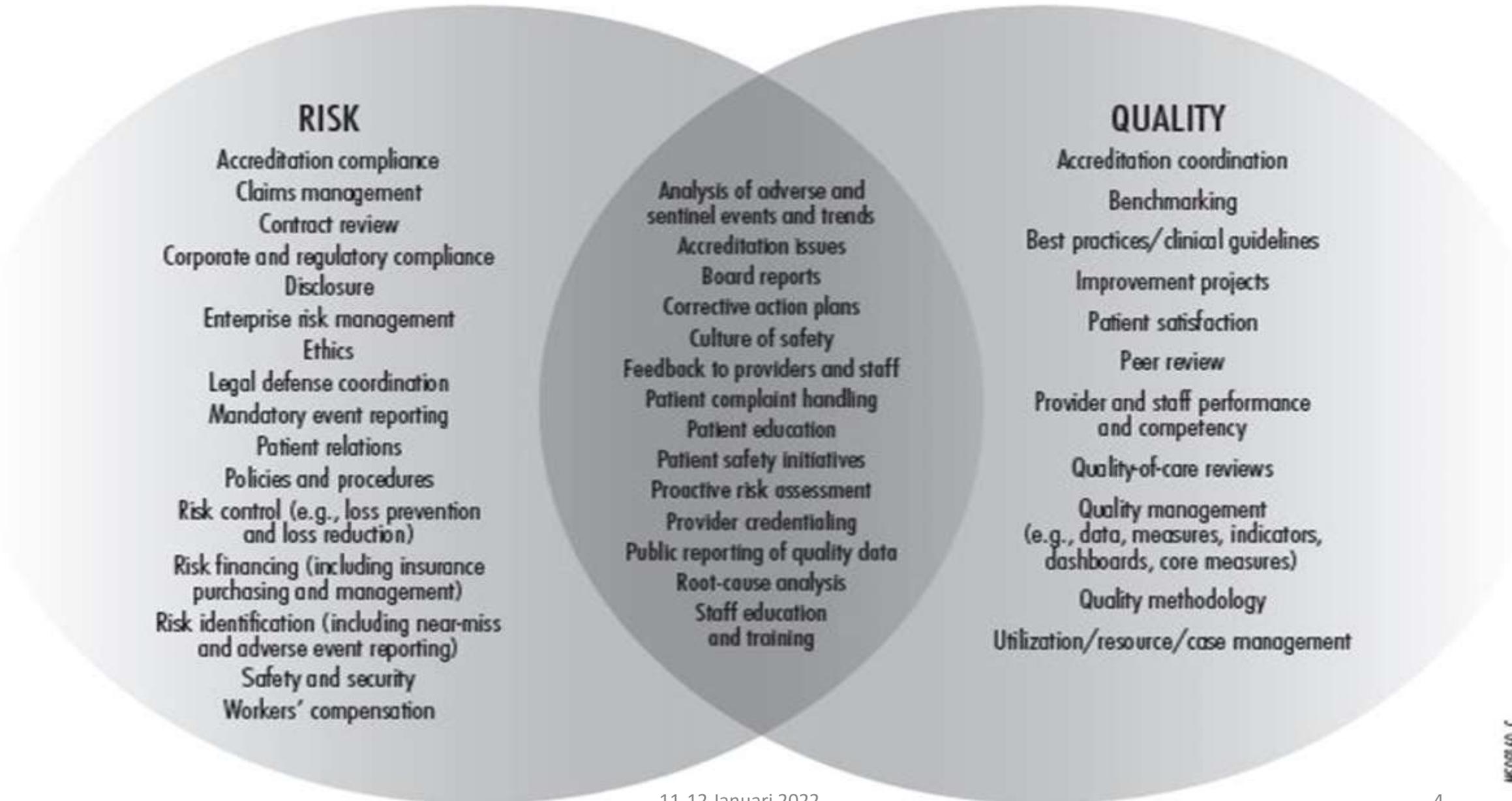
- Direktur RSK Sitanala Tangerang (2007 – 2010)
- Ka Sub Dit RS Pendidikan, Kemkes (2005 – 2007)
- Ka Sub Dit RS Swasta, Kemkes (2001 – 2005)
- Ka Sub Dit Akreditasi RS, Kemkes (1995 – 2001)

PENDAHULUAN

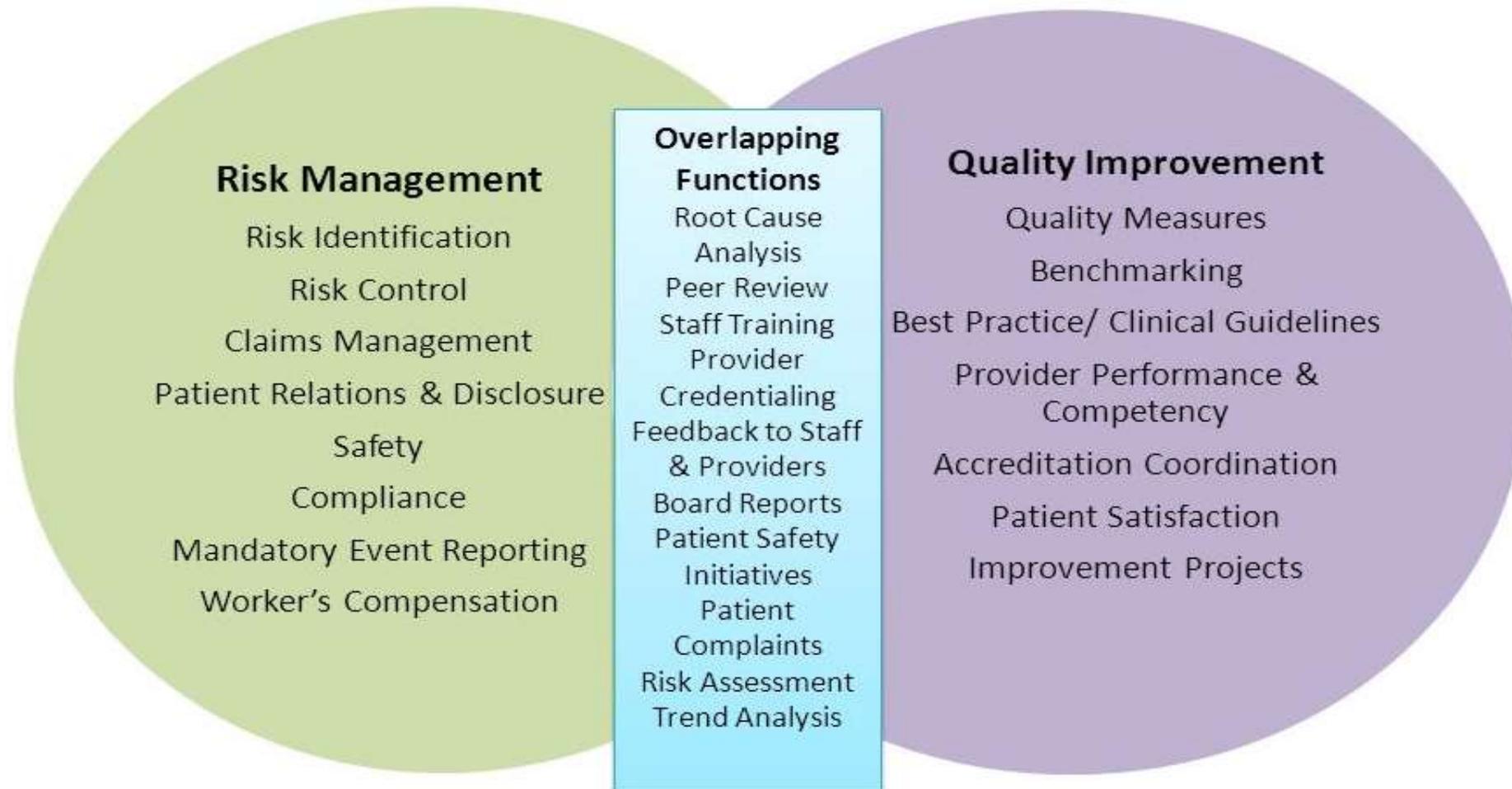
30 Oktober 2021



Figure. Risk and Quality Functions Overlap in Patient Safety



Overlapping Functions



Adapted from ECRI Institute

11-12 Januari 2022

RISK MANAJEMEN & QUALITY IMPROVEMENT

DAHULU

- *Fungsi risk manajemen & quality improvement di RS sering kali dilaksanakan secara terpisah dan ada penanggung jawabnya di masing-masing fungsi*
- *Mempunyai jalur pelaporan yang berbeda*
- *Struktur risk manajemen dan quality improvement terpisah*

SEKARANG

- *Upaya risk manajemen dan quality improvement di RS adalah untuk mendukung keselamatan pasien dan mencari jalan untuk bekerja sama lebih efektif dan efisien, untuk menjamin asuhan pasien yg diberikannya aman dan bermutu tinggi.*
- *Struktur risk manajemen & quality improvement pada Komite Mutu*

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pengurangan risiko yang sedang berlangsung pada pasien, staf dan lingkungan merupakan **bagian integral** dari **peningkatan mutu** secara keseluruhan.

*Risk
Assessment*

Risk Register

*Strategi
pengurangan
risiko*

*Program
peningkatan
mutu*

*Pencapaian
& mempertahankan hasil
peningkatan
mutu*



DRAFT STANDAR AKREDITASI RS KEMENKES

11-12 Januari 2022

PMKP 1	Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko (PMKPMR)
PMKP 2-3	Pemilihan dan Pengumpulan data Indikator Mutu
PMKP 4-5	Analisis dan Validasi Data
PMKP 6-7	Pencapaian dan mempertahankan perbaikan
PMKP 8 -9	Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS
PMKP 10	Pengukuran dan Evaluasi Budaya Mutu
PMKP 11	Penerapan Manajemen Risiko

Pengelolaan Kegiatan
Peningkatan Mutu Keselamatan
Pasien dan Manajemen Risiko
(PMKPMR)



RS mempunyai Komite / Tim penyelenggara Mutu yang kompeten untuk mengelola kegiatan PMKP sesuai dengan peraturan perUU

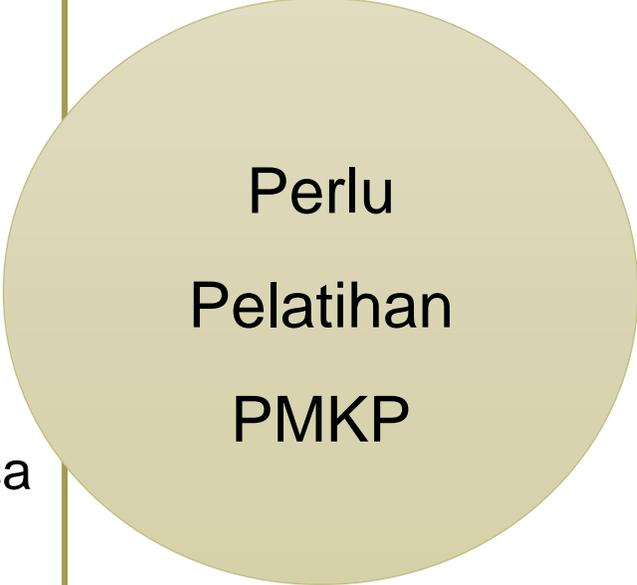
1. Regulasi PMKP dan Manajemen Risiko → Pedoman PMKP, Pedoman Manajemen Risiko, Pedoman Kerja (Pedoman Pengorganisasian) Komite Mutu, Rencana Kerja (Program Kerja) Komite Mutu
2. Komite Mutu/Tim Mutu (Lihat PMK 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu), PJ PMKP unit (Ka unit), Staf Pengumpul data dan validator data
3. Program PMKP
4. Evaluasi program PMKP

1. REGULASI PMKP DAN MANAJEMEN RISIKO

- Pedoman Peningkatan Mutu
- Pedoman Keselamatan Pasien
- Pedoman Manajemen Risiko
- Pedoman Pengorganisasian/Pedoman Kerja Komite/Tim Mutu
- Program Kerja (Rencana Kegiatan) Komite/Tim Mutu

2. Komite/Tim Mutu

- Komite/Tim Mutu (Lihat PMK 80 tahun 2020), Lengkapi dengan uraian tugas
- Lengkapi dengan penetapan :
 - Kepala unit sebagai PJ PMKP di tingkat unit
 - Staf pengumpul data
 - Staf yang akan melakukan validasi data (Validator) → bisa dirangkap oleh Ka unit



Perlu
Pelatihan
PMKP

3. Program PMKP RS (meliputi tapi tidak terbatas)

- a) Pengukuran mutu indikator termasuk Indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit).
- b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK / Algoritme / Protokol dan melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*.
- d) Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya mis. SDM.
- e) Pelaporan dan Analisa Insiden Keselamatan pasien
- f) Penerapan Sasaran keselamatan pasien.
- g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program PMKP.
- i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

Program PMKP dievaluasi dalam **Rapat koordinasi** melibatkan Komite- komite, Pimpinan RS dan Kepala unit **setiap triwulan** untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan.

Program ditetapkan oleh Direktur RS dan disahkan oleh representasi pemilik/Dewas RS

Pemilihan dan Pengumpulan Data Indikator



Komite Mutu

Terlibat dalam pemilihan indikator mutu prioritas baik ditingkat RS maupun tingkat unit layanan.

Koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran serta melakukan **supervisi ke unit layanan.**

Mengintegrasikan laporan IKP, pengukuran budaya keselamatan, dan lainnya untuk mendapatkan solusi dan perbaikan terintegrasi

Pengumpulan data indikator mutu

- a) INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran, sebagai informasi mutu secara nasional.

- b) INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS) mencakup:
 - (1) Indikator Sasaran Keselamatan pasien minimal 1 indikator setiap sasaran.
 - (2) Indikator pelayanan klinis prioritas minimal 1 indikator.
 - (3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) minimal 1 indikator.
 - (4) Indikator terkait perbaikan sistem minimal 1 indikator.
 - (5) Indikator terkait manajemen risiko minimal 1 indikator.
 - (6) Indikator terkait Penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran minimal 1 indikator. (apabila ada)

- c) INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-Unit) adalah indikator prioritas yang khusus dipilih kepala unit terdiri dari minimal 1 indikator.



Dilengkapi
dengan profil
indikator

Analisis dan Validasi Data Indikator Mutu



Agregasi dan analisis data dilakukan untuk mendukung Program PMKP serta mendukung partisipasi dalam pengumpulan *database* eksternal.

1. Agregasi dan Analisa data menggunakan metode dan teknik statistik terhadap semua indikator mutu

2. Hasil analisa digunakan untuk membuat rekomendasi tindakan perbaikan dan serta menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya.

3. bukti analisis data dilaporkan kepada Direktur dan Reprerentasi pemilik / Dewas sebagai bagian dari Program PMKP.

4. bukti hasil Analisa berupa informasi INM dan e-report IKP diwajibkan lapor kepada Kemkes sesuai peraturan yang berlaku..

Agregasi dan analisis data dilakukan untuk mendukung Program PMKP serta mendukung partisipasi dalam pengumpulan *database* eksternal.

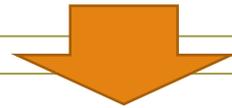
5. Terdapat **proses pembelajaran dari *database* eksternal** utk:

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu, perbandingan dng RS setara
- Perbandingan dng **praktik terbaik (*best practices*)**, dan
- Perbandingan dng sumber ilmiah professional yg obyektif

6. **Keamanan dan kerahasiaan tetap dijaga saat berkontribusi pada *database* eksternal.**

7. Telah menganalisa **efisiensi berdasarkan biaya dan jenis sumber daya yang digunakan** (sebelum dan sesudah perbaikan) terhadap **satu proyek prioritas perbaikan yang dipilih setiap tahun.**

Staf dengan pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang bertugas mengumpulkan dan menganalisis data RS secara sistematis.



- **Data dikumpulkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi untuk mengidentifikasi peluang-peluang untuk perbaikan.**
- **Staf yang kompeten melakukan proses pengukuran menggunakan alat dan teknik statistik.**
- **Hasil analisis data dilaporkan kepada penanggung jawab indikator mutu yang akan melakukan perbaikan.**

RS melakukan proses validasi data terhadap indikator mutu yang diukur.

- RS telah melakukan validasi yang berbasis bukti meliputi a) – g) yang ada pada maksud dan tujuan.
- Pimpinan RS bertanggung jawab atas validitas dan kualitas data serta hasil yang dipublikasikan

Data yang harus divalidasi

- a. Pengukuran **Indikator mutu baru**;
- b. Bila data akan **dipublikasi ke masyarakat** baik melalui web site RS atau media lain
- c. Ada **perubahan pada pengukuran yg selama ini sudah dilakukan**, mis. perubahan profil indikator, instrumen pengumpulan data, proses agregasi data, atau perubahan staf pengumpul data atau validator
- d. Bila terdapat **perubahan hasil pengukuran tanpa diketahui sebabnya**
- e. Bila terdapat **perubahan sumber data**, mis. terdapat perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik;
- f. Bila terdapat **perubahan subyek data** seperti perubahan umur rata2 pasien, perubahan protokol riset, PPK baru diberlakukan, serta adanya teknologi dan metodologi pengobatan baru.
- g. Bila **data akan dilaporkan ke Direktur dan Dewas secara regular setiap tiga bulan.**

Mencapai dan
mempertahankan
perbaikan



RS mencapai perbaikan mutu dan dipertahankan

- a. RS telah membuat **rencana perbaikan dan melakukan uji coba** menggunakan **metode yang telah teruji dan menerapkannya** untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Tersedia **kesinambungan data** mulai dari **pengumpulan data sampai perbaikan** yang dilakukan dan dapat dipertahankan.
- c. Memiliki **bukti perubahan regulasi dan perubahan proses** yang diperlukan untuk mempertahankan perbaikan.
- d. **Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP.**

Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di RS untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas.

- a. RS melakukan **evaluasi *clinical pathway*** sesuai yang tercantum dalam maksud dan tujuan.
- b. **Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di RS.**
- c. RS telah melaksanakan **audit klinis dan atau audit medis** pada **penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di RS**

Penjelasan : Pengukuran prioritas perbaikan pelayanan klinis

- Penerapan standar pelayanan kedokteran berdasarkan PPK **dievaluasi dengan alur klinik / *clinical pathway* (CP).**
- **Pengukuran prioritas perbaikan pelayanan klinis** ditetapkan Direktur, Bersama pimpinan medis, ketua Komite medik dan KSM menetapkan **paling sedikit 5 (lima) evaluasi pelayanan prioritas standar pelayanan kedokteran.**
- **Evaluasi** pelayanan prioritas standard pelayanan kedokteran dilakukan **sampai terjadi pengurangan variasi dari data awal ke target yang ditentukan** ketentuan RS.

Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS



RS mengembangkan Sistem pelaporan & pembelajaran keselamatan pasien di RS (SP2KP)

- a. Direktur menetapkan **Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS (SP2KP-RS)** termasuk **definisi, jenis IKP** meliputi kejadian sentinel (a – o) dalam bagian maksud dan tujuan), KTD, KNC, KTC dan KPCS, **mekanisme pelaporan dan analisisnya serta pembelajarannya,**
- b. Komite mutu membentuk **tim investigator** sesegera mungkin utk melakukan **investigasi komprehensif / analisa akar masalah (*root cause analysis*)** pada **semua kejadian sentinel** dlm kurun waktu tdk melebihi **45 hari.**
- c. Pimpinan RS melakukan **tindakan perbaikan korektif dan memantaunya efektivitasnya** untuk mencegah atau mengurangi berulangnya kejadian sentinel tersebut.
- d. Pimpinan RS menetapkan **proses untuk menganalisa KTD, KNC, KTC, KPCS** dengan melakukan **investigasi sederhana** dengan kurun waktu **Grading biru tidak melebihi 7 hari, grading hijau tidak melebihi 14 hari.**
- e. Pimpinan RS melakukan **tindakan perbaikan korektif dan memantaunya efektivitasnya** untuk mencegah atau mengurangi berulangnya KTD, KNC, KTC, KPCS tersebut.

PENJELASAN

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) : kejadian yang tidak disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien (*care management problem (CMP)*) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di RS termasuk infrastruktur, sarana prasarana (*service delivery problem (SDP)*), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien.

Definisi kejadian sentinel meliputi (a- o) dan dapat meliputi kejadian lainnya seperti yang disyaratkan dalam peraturan atau dianggap sesuai oleh RS untuk ditambahkan ke dalam daftar kejadian sentinel.

Tidak semua kesalahan menyebabkan kejadian sentinel, dan tidak semua kejadian sentinel akibat suatu kesalahan.

KEJADIAN SENTINEL

- **Kejadian Sentinel** suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien.
- Kejadian sentinel, salah satu jenis IKP yang harus dilaporkan yg menyebabkan terjadinya hal2 berikut ini: a) Kematian, b) Cedera Permanen c) Cedera berat yg bersifat sementara/reversibel
- **Cedera permanen**: dampak yang dialami pasien yang bersifat **ireversibel** akibat insiden yang dialaminya mis. kecacadan, kelumpuhan, kebutaan, tuli dsb.
- **Cedera berat yang bersifat sementara** : **cedera yang bersifat kritis** dan dapat
- **mengancam nyawa** yang berlangsung dalam suatu kurun waktu **tanpa terjadi**
- **cedera permanen / gejala sisa**, namun kondisi tersebut mengharuskan
- pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi /pengawasan pasien
- untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, Tindakan atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tsb

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- a) **Bunuh diri** oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari UGD rumah sakit;
- b) **Kematian atas bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi;**
- c) **Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah;**
- d) **Penculikan pasien** yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan;
- e) **Pasien kabur** (atau, pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut;
- f) **Reaksi transfusi hemolitik** yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya);

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- g) Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan RS
- h) Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf , praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor Ketika berada dalam lingkungan RS
- i) Tindakan invasif, termasuk operasi, yang dilakukan pada pasien yang salah, di sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
- j) Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi;

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- k) Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin > 30 mg/dL);
- l) Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif > 1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi > 25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan;
- m) Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien;
- n) Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan);
- o) Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.

DEFINISI JENIS INSIDEN

- a. **Kejadian tidak diharapkan (KTD)** adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan **cedera** pada pasien.
- b. **Kejadian tidak cedera (KTC)** adalah insiden keselamatan pasien yang **sudah terpapar** pada pasien namun **tidak menyebabkan cedera**.
- c. **Kejadian nyaris cedera (KNC)** insiden keselamatan pasien yang **belum terpapar** pada pasien.
- d. **Kondisi potensial cedera signifikan (KPCS)** adalah **kondisi** (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang **berpotensi menyebabkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) → cedera signifikan**

Data laporan insiden keselamatan pasien selalu dianalisis setiap tiga bulan untuk memantau ketika muncul tren atau variasi yang tidak diinginkan

- a) Proses pengumpulan data** sesuai (a-h) di maksud dan tujuan, analisis, dan pelaporan diterapkan untuk memastikan akurasi data.
- b) Analisis data mendalam** dilakukan **ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan** yang digunakan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- c) Data luaran (*outcome*) dilaporkan kepada Direktur** dan Representatif pemilik/ **Dewas** sebagai bagian dari program PMKP.

Penjelasan

Komite mutu menganalisa dan memantau IKP **setiap triwulan untuk mendeteksi pola, tren serta variasi berdasarkan frekuensi pelayanan** dan/atau risiko terhadap pasien.

Laporan insiden dan hasil **Investigasi komprehensif (RCA)** maupun **investigasi sederhana (*simple RCA*)** harus dilakukan untuk setidaknya hal2 berikut ini:

- a) Semua **reaksi transfusi** yang sudah dikonfirmasi,
- b) Semua **kejadian serius akibat reaksi obat (*adverse drug reaction*)** yang serius sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit
- c) Semua **kesalahan pengobatan (*medication error*)** yang signifikan sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit

Penjelasan

- d) Semua **perbedaan besar antara diagnosis pra- dan diagnosis pascaoperasi**; misalnya diagnosis praoperasi adalah obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi adalah *ruptur aneurisme aorta abdominalis (AAA)*
- e) KTD atau pola kejadian tak diharapkan selama **sedasi prosedural** tanpa memandang cara pemberian
- f) KTD atau pola kejadian tak diharapkan selama **anestesi** tanpa memandang cara pemberian
- g) KTD yang berkaitan dengan **identifikasi pasien**
- h) Kejadian2 lain; misalnya **infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan atau wabah penyakit menular**

RS melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

- a. Rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan pasien secara regular setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti**
- b. Hasil pengukuran budaya sebagai acuan dalam menyusun program peningkatan budaya keselamatan di RS.**

Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

- a) Komite mutu telah menyusun **Program manajemen risiko** tingkat RS untuk ditetapkan Direktur
- b) Komite mutu **memandu penerapan program manajemen risiko** yang di tetapkan oleh Direktur
- c) Komite mutu telah membuat **daftar risiko RS** berdasarkan daftar risiko unit2 di RS.
- d) Komite mutu telah membuat **profil risiko** dan **rencana penanganan**
- e) Komite mutu telah membuat **pemantauan terhadap rencana penanganan** dan **melaporkan** kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewas **setiap 6 bulan**
- f) Komite mutu telah memandu **pemilihan minimal satu Analisa secara proaktif** terhadap proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan Analisa **FMEA setiap tahun**

PROGRAM PMKP DAN PROGRAM MANAJEMEN RISIKO



Program PMKP

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Skedul (Jadwal) pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan



4. KEGIATAN POKOK

- a) Pengukuran mutu indikator termasuk Indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit).
- b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK / Algoritme / Protokol dan melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*.
- d) Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya mis. SDM.
- e) Pelaporan dan Analisa Insiden Keselamatan pasien
- f) Penerapan Sasaran keselamatan pasien.
- g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program PMKP.
- i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

Program PMKP dievaluasi

dalam **Rapat koordinasi** melibatkan Komite- komite, Pimpinan RS dan Kepala unit **setiap triwulan** untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan.

Program ditetapkan oleh Direktur RS dan disahkan oleh representasi pemilik/Dewas RS

PROGRAM

MANAJEMEN RISIKO RS



MANAJEMEN RISIKO

Transformasi : REAKTIF - □ PROAKTIF
TRADISIONAL □ ERM (Enterpriseriskmanagement)

Manajemen Risiko Terintegrasi : proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua **Risiko yang potensial** dan diterapkan terhadap **semua unit/bagian/program/kegiatan** mulai dari penyusunan RENSTRA, penyusunan dan pelaksanaan program dan anggaran, pertanggungjawaban dan monitoring dan evaluasi serta pelaporan

RISIKO YG SIGNIFIKAN berdampak pada pencapaian tujuan / sasaran → **PENGENDALIAN**

PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

- a. Proses manajemen risiko (a-g).**
- b. Integrasi manajemen risiko di rumah sakit**
- c. Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.**
- d. Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan pada RS.**



IDENTIFIKASI RISIKO RS DAN KEGIATAN BERDASARKAN KATEGORI

- a. **Operasional** adalah risiko yang terjadi saat rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis.
 - **Risiko klinis** yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (**keselamatan pasien**) meliputi risiko yang berhubungan dengan perawatan klinis dan pelayanan penunjang seperti kesalahan diagnostik, bedah atau pengobatan.
 - **Risiko non klinis** yang juga termasuk risiko operasional adalah risiko PPI mis sterilisasi, laundry, gizi, kamar jenazah dll); risiko MFK (terkait fasilitas dan lingkungan, kondisi bangunan yang membahayakan; risiko yang terkait dengan ketersediaan sumber air dan listrik, dll;
- b. **Risiko Keuangan**; risiko kepatuhan (terhadap hukum dan peraturan yang berlaku);
- c. **Risiko Reputasi** (citra rumah sakit yang dirasakan oleh masyarakat),
- d. **Strategis** (terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis rumah sakit);
- e. **Risiko Kepatuhan** terhadap hukum dan regulasi

PENUTUP

- Jml standar dan EP Draft Standar Akreditasi Kemenkes berkurang
- Kalimat standar dan elemen penilaian berbeda narasinya tetapi maksudnya sama
- Peningkatan Mutu RS → INM, Peningkatan mutu prioritas RS dan Peningkatan Mutu Unit, Analisis data dan pelaporan mutu → KONSEP TIDAK BERUBAH SAMA DNG SNARS EDISI 1.1
- Keselamatan Pasien → Sentinel, KTD, Pengukuran budaya keselamatan → KONSEP TIDAK BERUBAH
- Manajemen Risiko → KONSEP TIDAK BERUBAH
- Regulasi PMKP yang sudah bapak ibu susun mengacu SNARS edisi 1.1 semuanya bisa dipergunakan untuk standar akreditasi Kemenkes



TERIMA KASIH