

# Program mutu dan Manajemen Risiko Unit/Instalasi Laboratorium dan Radiologi

dr. Luwiharsih, MSc

## ***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)***



## **SISTEMATIKA:**

1. Peningkatan mutu pelayanan
2. Program Mutu Laboratorium & Radiologi
3. Manajemen Risiko RS
4. Program Manajemen Risiko Laboratorium dan Radiologi
5. Penutup



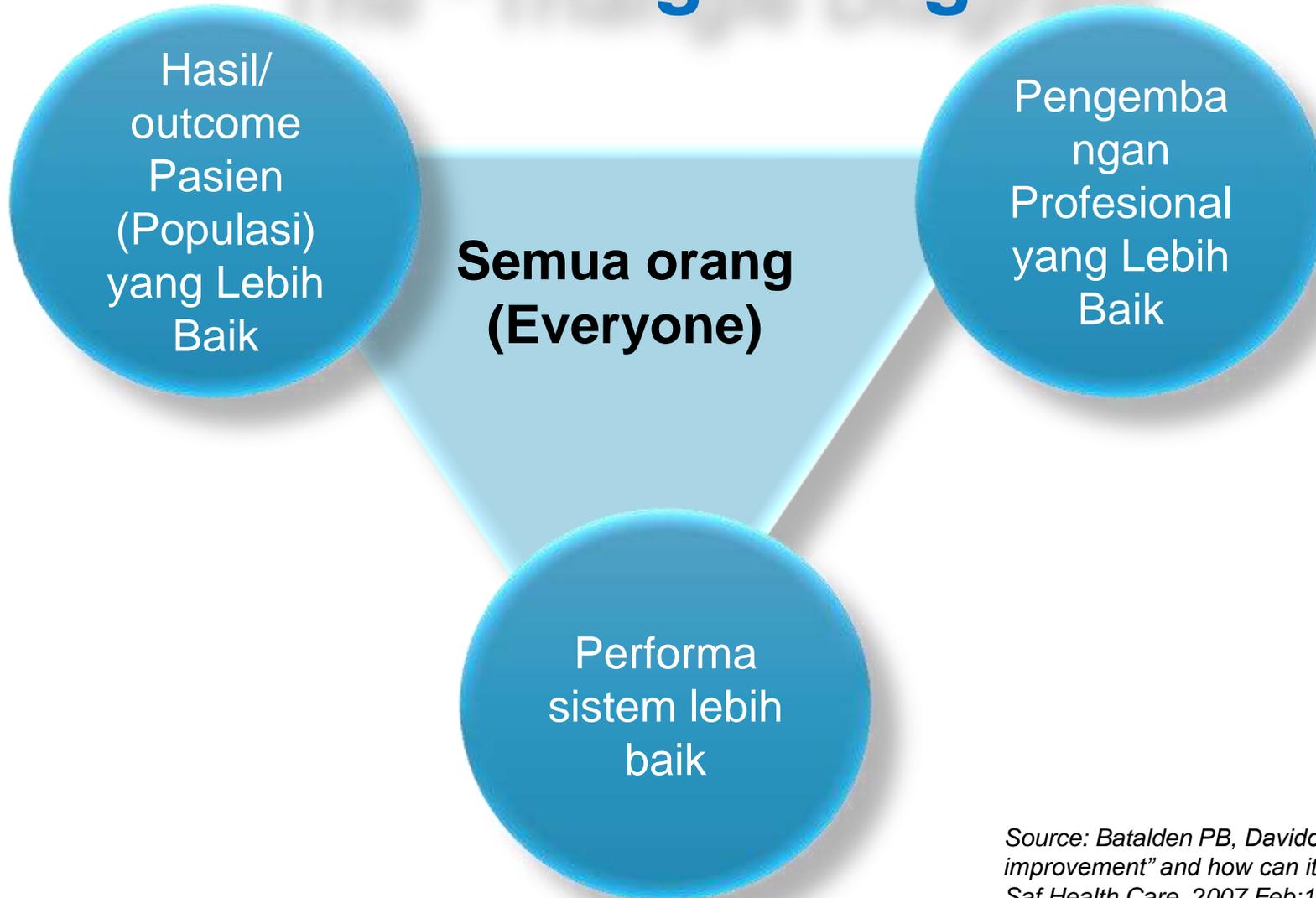


# Peningkatan mutu pelayanan

# Peningkatan mutu adalah:

- ❑ Upaya kerja sama yg terus menerus dilakukan dari setiap orang – PPA, staf klinis dan non klinis, pasien dan keluarga mereka, peneliti, pembayar, perencana dan pendidik — untuk **membuat perubahan** yang mengarah pada **hasil/** outcome pasien yang lebih baik (**kesehatan**), kinerja sistem (**pelayanan**) yang lebih baik, dan pengembangan profesional yang lebih baik ( **proses belajar**) →JCI
- ❑ Merupakan **TANGGUNG JAWAB BERSAMA** bagi semua orang yg bekerja di RS baik pimpinan, PPA, staf klinis, non klinis & staf lainnya, karena **peningkatan mutu sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari setiap orang** dalam memberikan pelayanan di RS. (SNARS edisi1.1)

# The “Triangle Diagram”



*Source: Batalden PB, Davidoff F. What is “quality improvement” and how can it transform health care? Qual Saf Health Care. 2007 Feb;16(1):2–3. Adapted with permission from BMJ Publishing Group Limited.*

# Peningkatan mutu adalah:

- ❑ Tindakan setiap orang yang bekerja untuk menerapkan perubahan yang berulang dan terukur, untuk membuat layanan kesehatan lebih efektif, aman, dan berfokus pada pasien. (WHO)
- ❑ Sejauh mana layanan kesehatan untuk individu & masyarakat meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yg diinginkan & konsisten dng pengetahuan profesional saat ini. Definisi ini menyiratkan bahwa mutu pelayanan dapat diukur, pada akhirnya ditujukan untuk peningkatan kesehatan daripada sekadar meningkatkan masukan layanan atau menyempurnakan proses sistem, dan harus mencerminkan keinginan pemangku kepentingan utama, termasuk pengguna layanan dan masyarakat. (WHO)

# What do we mean by quality?



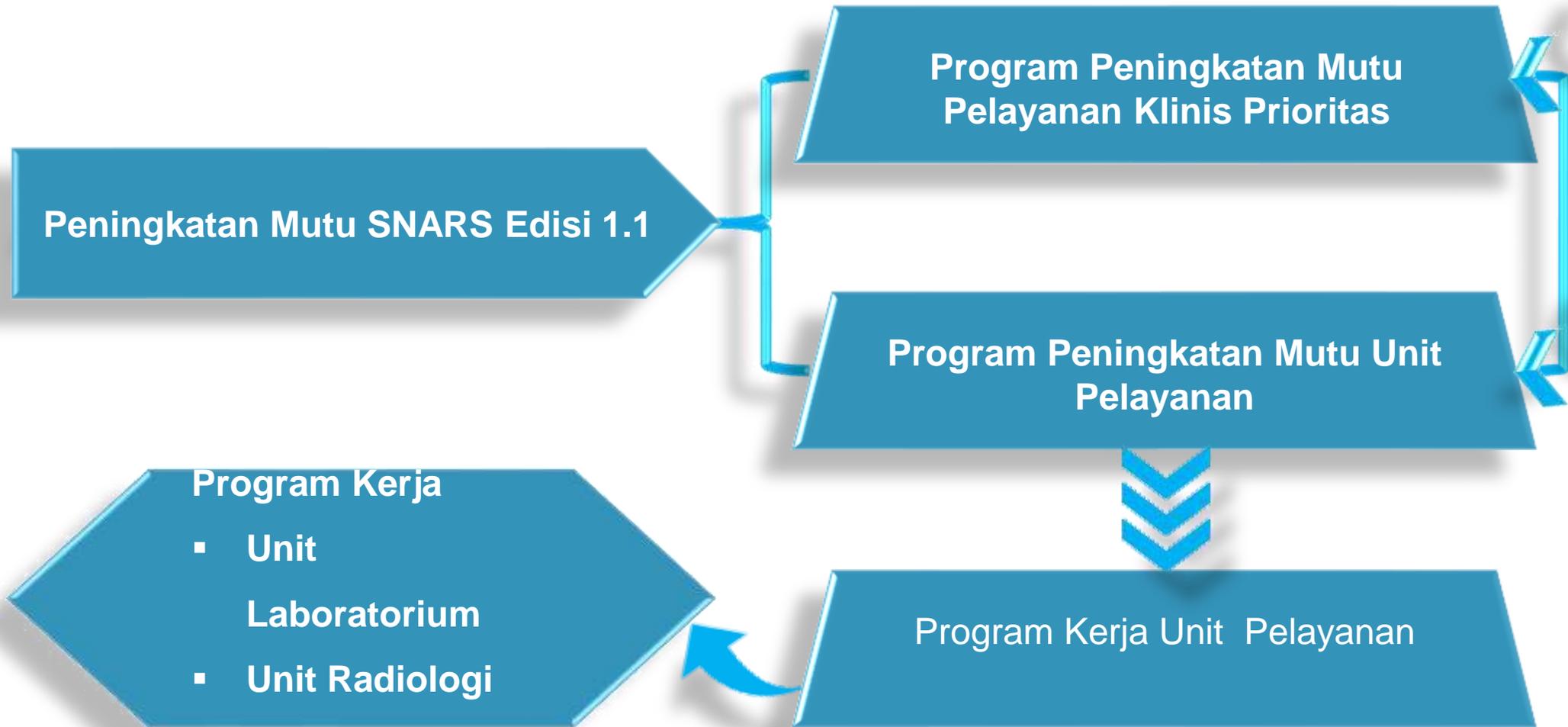
- Mutu adalah **MULTIDIMENSI**
- Meningkatkan mutu mengandung arti **PERUBAHAN**

Sementara berbagai elemen mutu telah dijelaskan selama beberapa dekade, ada pengakuan yang berkembang bahwa mutu layanan kesehatan di seluruh dunia harus **efektif, aman, dan berpusat pada pasien/orang**. Selain itu, untuk mewujudkan manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, yankes harus **tepat waktu, berkeadilan, terintegrasi & efisien**

Aman	<b>Meminimalisasi terjadinya kerugian</b> (harm), cedera & kesalahan medis yg bisa dicegah kepada mereka yg menerima pelayanan
Berorientasi pada pasien	Menyediakan pelayanan yang <b>terkoordinasi lintas fasyankes dan pemberi pelayanan, serta</b> menyediakan yankes untuk seluruh siklus kehidupan
Efektif	Menyediakan pelayanan kesehatan yang <b>berbasis bukti</b> kepada masyarakat
Tepat waktu	Mengurangi <b>waktu tunggu</b> dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan
Efisien	<b>Optimalkan sumberdaya</b> yang ada, tanpa pemborosan bahan
Kesetaraan/ Adil	<b>Optimalkan sumberdaya</b> yang ada, tanpa pemborosan bahan

# The Model for Improvement

- + **Donabedian** → Input/struktur – Proses – Output/outcome
- + **PDSA** → W. Edward Deming Theory → digunakan oleh IHI (The Institute for Healthcare Improvement) dan AHRQ (the Agency for Healthcare Research and Quality)
- + **Six Sigma** → Steps are to recognize, define, measure, analyze, improve, control, standardize, integrate
- + **Lean** → Key theory is to reduce waste and increase speed, Emphasis on work flow and customer orientation
- + **Lean Six Sigma** → Five-step problem-solving approach (DMAIC—Define, Measure, Analyze, Improve, Control)



## Standar PMKP 6

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

### Elemen Penilaian PMKP 6

1. RS mempunyai regulasi tentang pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja dan unit pelayanan yg antara lain meliputi a) s/d e) yg ada di maksud & tujuan (lihat juga TKRS 11 EP ). (R)
2. Setiap unit kerja & pelayanan melakukan telah memilih & menetapkan indicator mutu unit (lihat juga TKRS 11 EP 1). (D,W)
3. Setiap imut mutu unit kerja & unit yan telah dilengkapi profil indikator meliputi a) s/d s) yg ada di maksud & tujuan.
4. Setiap unit kerja dan unit pelayanan melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan (D,W)
5. Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu (D,W)

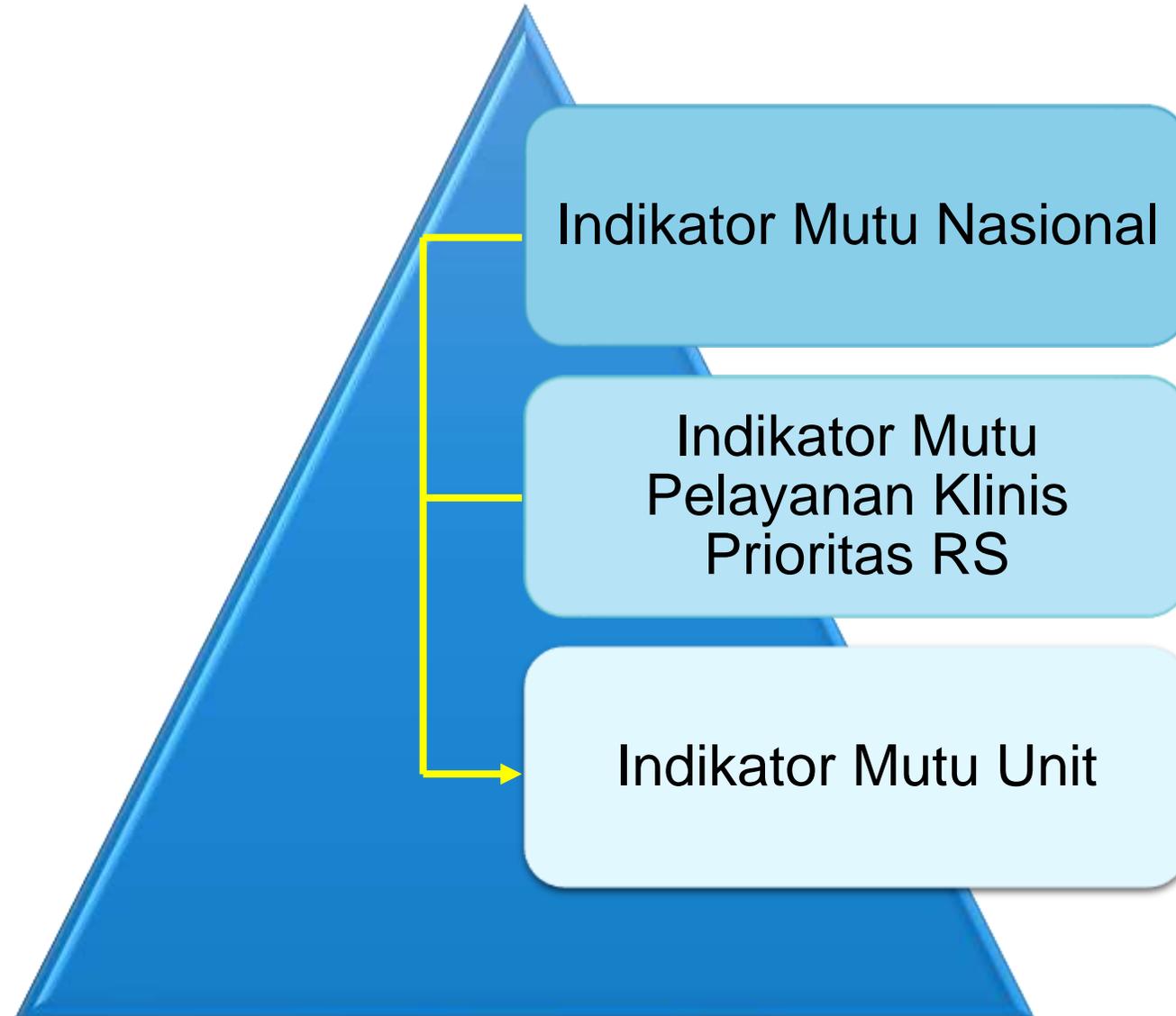
## Standar TKRS 11

Kepala Unit pelayanan meningkatkan mutu & keselamatan pasien dng berpartisipasi dalam program PMKP RS, melakukan monitoring, meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

### Elemen Penilaian TKRS 11

1. RS mempunyai regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit pelayanan seperti di a) sampai dengan c), yang ada di maksud dan tujuan (Lihat juga PMKP 6 EP 1). (R)
2. Kepala unit pelayanan mengusulkan indikator mutu untuk setiap unit pelayanan sesuai dengan a) sampai dengan c) yang ada di maksud dan tujuan (lihat juga PMKP 4 EP 1 dan PAB 8.1). (D,W)
3. Kepala unit pelayanan telah melakukan pengumpulan data dan membuat laporan terintegrasi secara berkala. (D,W)

# INDIKATOR MUTU



## INDIKATOR MUTU UNIT

Indikator mutu nasional

Indikator mutu prioritas RS

Indikator mutu prioritas unit

Indikator mutu yan yg dikontrakan

Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap  
PPK

Data untuk OPPE –PPA

Imut tsb akan  
menjadi imut Unit  
bila sumber data  
ada di unit tsb/  
kegiatan yg diukur  
ada di unit tsb



# **Program Mutu Laboratorium**

(PMKP 6, TKRS 11, AP 5.1 EP  
4, AP 5.9; 5.9.1)

## Standar AP 5.1

RS menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium

Elemen Penilaian AP 5.1	Telusur		Skor	
4. Ada bukti pelaksanaan <b>program kendali mutu</b> (liha juga TKRS 11 dan PMKP 6). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan UTW tentang pelaksanaan program kendali mutu	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kepala unit laboratorium</li><li>• Staf unit laboratorium</li></ul>		

## Standar AP 5.9

RS menetapkan regulasi untuk melaksanakan prosedur kendali mutu pelayanan laboratorium, di evaluasi dan dicatat sebagai dokumen.

### Maksud dan Tujuan AP 5.9

Kendali mutu yang baik sangat esensial bagi pelayanan laboratorium agar laboratorium dapat memberikan layanan prima.

Program kendali mutu (pemantapan mutu internal – PMI) mencakup tahapan Pra-analitik, Analitik dan Pasca analitik yang memuat antara lain

- a) Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
- b) Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
- c) Reagensia di tes (lihat juga, AP 5.6)
- d) Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
- e) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

### Elemen Penilaian AP 5.9

	Telusur		Skor		
	R				
1. RS menetapkan program mutu lab. klinik meliputi a) sampai dengan e) di Maksud dan tujuan (lihat juga TKRS 11 EP 2, PMKP 6 EP 2 dan AP 5.9.1). (R)	R	Program mutu laboratorium klinik	10	TL	
				5	TS
				0	TT

2. Ada bukti pelaksanaan validasi metoda tes. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan validasi metoda tes	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit laboratorium</li> <li>• Staf unit laboratorium</li> </ul>	5 0	TS TT
3. Ada bukti pelaksanaan surveilans harian dan pencatatan hasil pemeriksaan.(D,W)	D	Bukti pelaksanaan surveilans harian dan pencatatan hasil pemeriksaan	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit laboratorium</li> <li>• Staf unit laboratorium</li> </ul>	5 0	TS TT
4. Ada bukti pelaksanaan audit reagen (lihat juga AP 5.6 EP 3). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan audit reagen	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit laboratorium</li> <li>• Staf unit laboratorium</li> </ul>	5 0	TS TT
5. Ada bukti pelaksanaan tindakan koreksi cepat dan dokumentasinya terhadap masalah yang timbul. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tindakan koreksi cepat	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit laboratorium</li> <li>• Staf I unit aboratorium</li> </ul>	5 0	TS TT

### Standar AP 5.9.1

Ada proses untuk pemantapan mutu eksternal sebagai tes pembandingan mutu.

### Maksud dan Tujuan AP 5.9.1

Pemantapan Mutu Eksternal (PME) sebagai tes pembandingan mutu adalah proses membandingkan seberapa baik kinerja (hasil) sebuah laboratorium dibandingkan dengan hasil sebuah laboratorium lain. Tes ini dapat menemukan masalah kinerja yang tidak dapat diketahui melalui mekanisme internal. RS dapat mengikuti program PME nasional dan atau internasional. Untuk kepentingan ini, unit laboratorium ikut program PME. Laboratorium harus mengumpulkan sertifikat tentang partisipasinya di dalam program (lihat juga, AP 5.10).

### Elemen Penilaian AP 5.9.1

Elemen Penilaian AP 5.9.1	Telusur		Skor	
	Ada bukti pelaksanaan PME (D)	D	Bukti pelaksanaan PME	10
			5	TS
			0	TT
Ada bukti tindak lanjut dari hasil PME (D)	D	Bukti tindak lanjut dari hasil PME	10	TL
			5	TS
			0	TT

# Sistematika Program Kerja Unit Pelayanan

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. **KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\***
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

#### 4. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\*

##### A. SDM

- Kebutuhan SDM
- Orientasi
- Pendidikan dan Pelatihan
- Evaluasi kinerja SDM

##### B. FASILITAS

- Pemeliharaan
- Penggantian/penambahan/investasi

##### C. MUTU → Program Mutu Unit Laboratorium

##### D. UPAYA KESELAMATAN

##### E. PENGEMBANGAN PELAYANAN

##### F. MONITORING DAN EVALUASI

##### G. RAPAT

##### H. LAPORAN

## Contoh: Rincian Kegiatan Unit Laboratorium

- + SDM → Jumlah dan kualifikasi (termasuk kualifikasi pimpinan), diklat
- + Peralatan (AP 5.5; TKRS 6.1, MFK 8 dan 8.1) → termasuk alat yg KSO
  - Uji fungsi
  - Inspeksi berkala
  - Pemeliharaan berkala
  - Kalibrasi berkala
  - Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium
  - Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
  - Proses penarikan (*recall*) oleh pabrik / vendor
  - Pendokumentasian

+ MUTU PELAYANAN

## Contoh: Rincian Mutu

- + Mutu Reagensia → Manajemen rantai distribusi (TKRS 7.1), Penyimpanan, ketersediaan, dll
- + Mutu Pelayanan → Kendali Mutu (AP 5.9) → (pemantapan mutu internal – PMI) mencakup tahapan Pra-analitik, Analitik dan Pasca analitik yang memuat antara lain
  - Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
  - Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
  - Reagensia di tes (lihat juga, AP 5.6) → audit reagen
  - Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
  - Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi
- + Program Pemantapan Mutu Eksternal (nasional dan atau internasional)
- + **Monitoring alat yg KSO (TKRS 6.1)**
- + Pengukuran mutu/Indikator mutu → waktu tunggu, nilai kritis, monitoring mutu alat KSO, dll

# Indikator mutu nasional

- a. Kepatuhan kebersihan tangan
- b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- c. Kepatuhan identifikasi pasien;
- d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi
- e. Waktu tunggu rawat jalan;
- f. Penundaan operasi elektif;
- g. Kepatuhan waktu visite dokter penanggung jawab pelayanan

- h. Pelaporan hasil kritis laboratorium;
- i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
- j. Kepatuhan terhadap clinical pathway;
- k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
- l. Kecepatan waktu tanggap terhadap complain; dan
- m. Kepuasan pasien dan keluarga;

# PELAYANAN LABORATORIUM

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	$\leq 140$ menit Kimia darah & darah rutin.
2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100 %
4.	Waktu tunggu pem. lab cito	

# PELAYANAN LABORATORIUM

No	INDIKATOR	STANDAR
5.	Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan	
6.	Angka kerusakan sampel darah	
7.	Angka kesalahan pengambilan sampel	
8.	Angka kesalahan pasien	
9.	Pelaporan nilai kritis laboratorium	

# Program mutu Pelayanan Radiologi



# **Pelayanan radiologi**

- a) pelayanan radiodiagnostik**
- b) pelayanan diagnostik Imaging**
- c) pelayanan radiologi intervensional**

# Sistematika Program Kerja Unit Pelayanan

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. **KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\***
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

#### 4. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\*

##### A. SDM

- Kebutuhan SDM
- Orientasi
- Pendidikan dan Pelatihan
- Evaluasi kinerja SDM

##### B. FASILITAS

- Pemeliharaan
- Penggantian/penambahan/investasi

##### C. MUTU → Program Mutu Unit Laboratorium

##### D. UPAYA KESELAMATAN

##### E. PENGEMBANGAN PELAYANAN

##### F. MONITORING DAN EVALUASI

##### G. RAPAT

##### H. LAPORAN

## Standar AP 6.1

RS menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung-jawab mengelola pelayanan RIR

Elemen Penilaian AP 6.1	Telusur		Skor	
	4. Ada bukti pelaksanaan program kendali mutu (lihat juga TKRS 11 dan PMKP 6). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan UTW tentang pelaksanaan program kendali mutu	10
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kepala unit RIR</li><li>• Staf unit RIR</li></ul>		

## Standar AP 6.8

RS bekerja sama dengan Pelayanan Radiodiagnostik Imajing Radiologi intervensional rujukan yang sudah terakreditasi.

### Maksud dan Tujuan AP 6.8

Untuk pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rujukan maka RS secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

Elemen Penilaian AP 6.8	Telusur		Skor	
1. Ada bukti izin atau sertifikasi RIR rujukan (lihat juga AP 6 EP 4). (D,W)	D	Bukti izin dan sertifikasi RIR rujukan	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>RS tempat/unit RIR rujukan</li><li>Kepala unit RIR</li></ul>	0	TT
2. Ada bukti pelaksanaan kontrol mutu pelayanan RIR rujukan. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan kontrol mutu pelayanan RIR rujukan	10	TL
			5	TS
	W	Kepala/staf unit RIR	0	TT

## Standar AP 6.8

RS bekerja sama dengan Pelayanan Radiodiagnostik Imajing Radiologi intervensional rujukan yang sudah terakreditasi.

### Maksud dan Tujuan AP 6.8

Untuk pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rujukan maka RS secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

Elemen Penilaian AP 6.8	Telusur		Skor	
3. Ada Staf yang bertanggung-jawab mereview dan menindaklanjuti atas hasil kontrol mutu dari pelayanan RIR rujukan, dan mereview hasil kontrol mutu (D,W)	D	Bukti penetapan staf yang bertanggung jawab mereview dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari RIR rujukan	10	TL
	W	Kepala/staf unit RIR	5	TS
4. Laporan tahunan hasil kontrol mutu pelayanan RIR rujukan diserahkan kepada pimpinan RS untuk evaluasi kontrak klinis tahunan (D)	D	Bukti laporan tahunan hasil kontrol mutu pelayanan RIR rujukan	0	TT
			5	TS
			10	TL

## Contoh: Rencana Kegiatan Unit Radiologi

- + SDM → Jumlah dan kualifikasi termasuk pimpinan unit, diklat
- + Peralatan (TKRS 6.1, MFK 8 dan 8.1) → termasuk alat yg KSO
  - Uji fungsi
  - Inspeksi berkala
  - Pemeliharaan berkala
  - Kalibrasi berkala
  - Identifikasi dan inventarisasi peralatan radiologi
  - Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
  - Proses penarikan (*recall*) oleh pabrik / vendor
  - Pendokumentasian
- + Mutu Pelayanan → Program Kendali Mutu, Monitoring mutu alat KSO

# Indikator mutu nasional

- a. Kepatuhan kebersihan tangan
- b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- c. Kepatuhan identifikasi pasien;
- d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi
- e. Waktu tunggu rawat jalan;
- f. Penundaan operasi elektif;
- g. Kepatuhan waktu visite dokter penanggung jawab pelayanan

- h. Pelaporan hasil kritis laboratorium;
- i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
- j. Kepatuhan terhadap clinical pathway;
- k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
- l. Kecepatan waktu tanggap terhadap complain; dan
- m. Kepuasan pasien dan keluarga;

# PELAYANAN RADIOLOGI

No.	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.	≤ 3 jam
2.	Pelaksana ekspertisi	Dr Spes Ro
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen (utk alat yang belum digital)	Kerusakan foto ≤ 2%
4.	Waktu tunggu pemeriksaan Radiologi cito	-
5.	Angka pemeriksaan ulang	
6.	Angka penolakan expertise	

# PELAYANAN RADIOLOGI (IAK 3)

No.	INDIKATOR	STANDAR
7.	Angka keterlambatan penyerahan hasil	
8.	Angka kesalahan posisi pemeriksaan	
9.	Angka reaksi obat kontras	
10.	Penyampaian hasil radiologis kristis kepada dokter pengirim	
11.	Respon time pemeriksaan cito dari IGD	
12.	Respon time USG cito dari IGD non obsgyn	
13.	Respon time thorax foto konvensional	

# PROGRAM MANAJEMEN RISIKO



## **MANAJEMEN RISIKO ADALAH**

proses yg proaktif & kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.

## **MANAJEMEN RISIKO TERINTEGRASI ADALAH**

proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua risiko yg potensial & diterapkan terhadap semua unit/ bagian/program/kegiatan mulai dari penyusunan renstra, penyusunan & pelaksanaan program & anggaran, pertanggungjawaban & monitoring & evaluasi serta pelaporan.

# RISIKO



DAMPAK

DARI

KETIDAKPASTIAN

SEBUAH

TUJUAN

Penyimpangan  
terhadap tujuan

Peristiwa  
ketidakpastian,  
kemungkinan atau  
konsekuensi

Tujuan organisasi  
dalam setiap aspek,  
biaya, pelayanan,  
kualitas, keberlanjutan

# Risiko - efek ketidakpastian pada tujuan

Clinical -- risiko yg terkait dengan fungsi klinis dalam pemberian pelayanan



Corporate -- risiko yg terkait dng fungsi Corporate dalam penyediaan

## Strategic

- Risiko terkait dengan arah organisasi RS secara menyeluruh
- Biasanya diidentifikasi dan dikelola di tingkat eksekutif dan bagian dari proses perencanaan strategis

## Operasional

- Risiko terkait dengan pemberian layanan / aktivitas sehari-hari dalam organisasi
- Biasanya diidentifikasi dan dikelola di area divisi/unit tertentu

## Project/ Program

- Risiko yang terkait dengan aktivitas dalam siklus hidup proyek/program
- Biasanya diidentifikasi dan dikelola dalam tim proyek/program

# SIAPA PEMILIK RISIKO?

Pemilik risiko adalah **bagian dari organisasi** yang memiliki akuntabilitas dan tanggung jawab dalam tujuan organisasi → Unit/Divisi/Departemen

**Enterprise Risk Manajemen(ERM): Everybody is Risk Manager**

**Semua orang sebagai penanggung jawab dari Risiko**





## Standar PMKP 12

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

Elemen Penilaian PMKP 12	Telusur		Skor	
1. RS mempunyai regulasi dan program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi a) sampai dengan f) yang ada di Maksud dan Tujuan (R)	R	Regulasi dan Program tentang manajemen risiko RS → Pasien, Staf medis, Tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit, Fasilitas rumah sakit, Lingkungan rumah sakit, Bisnis rumah sakit	10	TL
			5	TS
			0	TT
2. RS mempunyai daftar risiko di tingkat rumah sakit yang sekurang-kurangnya meliputi risiko yang ada di a) sampai f) di Maksud dan Tujuan (D,W)	D	Bukti daftar risiko di tingkat RS	10	TL
	W	Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko/Kepala unit	5	TS
			0	TT
3. Rumah sakit telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada di a) sampai dengan f). (D,W)	D	Bukti tentang strategi pengurangan risiko di tingkat rumah sakit	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko		

## Standar PMKP 12

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

Elemen Penilaian PMKP 12	Telusur		Skor	
4. Ada bukti RS telah melakukan <i>failure mode effect analysis</i> (analisis efek modus kegagalan/ FMEA /AEMK) setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang di prioritaskan. (D,W)	D	Bukti tentang hasil FMEA/AEMK rumah sakit	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>• Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko</li><li>• Tim FMEA</li></ul>	5	TS
			0	TT
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA). (D,W)	D	Bukti tindaklanjut dari hasil analisis FMEA /AEMK rumah sakit, penerapan redisain (desain baru) dan monitoringnya	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direktur RS</li><li>• Kepala bidang/divisi</li><li>• Kepala unit pelayanan</li><li>• Komite PMKP</li><li>• Penanggungjawab data unit</li><li>• Komite medis</li></ul>	5	TS
			0	TT

### Standar AP.6.3

RS menyusun program manajemen risiko di pelayanan Pelayanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR ), dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (lihat juga MFK 5)

Elemen Penilaian AP 6.3	Telusur		Skor	
1. RS menetapkan program manajemen risiko menangani potensi risiko keamanan radiasi di pelayanan RIR sesuai butir a) sampai dengan e) dalam Maksud dan Tujuan (lihat juga sesuai dengan MFK 2, MFK 4 EP 1, MFK 5 dan PKPO 3.1). (R,)	R	Program tentang manajemen risiko di RIR	10	TL
			5	TS
			0	TT
2. Ada bukti pelaksanaan program manajemen risiko yang merupakan bagian dari manajemen risiko RS (radiasi) dan program pencegahan dan pengendalian infeksi (D,W )	D  W	Bukti pelaksanaan program manajemen risiko merupakan bagian dari manajemen risiko RS dan program PPI  • Penanggung jawab manajemen risiko • PPI	10	TL
			5	TS
			0	TT

### Standar AP.6.3

RS menyusun program manajemen risiko di pelayanan Pelayanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR ), dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (lihat juga MFK 5)

Elemen Penilaian AP 6.3	Telusur		Skor	
3. Ada bukti laporan kepada pimpinan RS paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian. (D,W) (lihat juga MFK 3)	D	Bukti laporan dan bila ada kejadian	10	TL
	W	• Komite/tim PMKP	5	TS
		• Kepala unit RIR • Staf unit RIR	0	TT
4. Diadakan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (ongoing) bagi staf RIR tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya (lihat juga, MFK.11; TKRS.9, KKS 7 dan KKS 8). (D,O,W)	D	Bukti pelaksanaan: 1) Orientasi 2) Pelatihan berkelanjutan ( <i>ongoing</i> ) bagi staf RIR	10	TL
	W		5	TS
		Kepala/staf unit RIR	0	TT

## Standar MFK 2

Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung dan staf

Elemen Penilaian MFK 2	Telusur		Skor	
1. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf dan pengunjung, tertulis, meliputi risiko yang ada a) sampai f) di maksud dan tujuan yang merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen meliputi 1) sampai dengan 2) di maksud dan tujuan (R)	R	1) Program tentang manajemen risiko fasilitas dan lingkungan meliputi risiko yang ada a) sampai f) di maksud dan tujuan 2) Panduan peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut secara berkala atau bila terjadi perubahan lingkungan rumah sakit, terjadi insiden baru atau sekurang-kurangnya setahun sekali 3) Panduan tentang tenant/penyewa lahan tersebut wajib mematuhi semua aspek program manajemen fasilitas dan lingkungan yang teridentifikasi pada maksud dan tujuan butir a) sampai dengan d). a) Sd f) meliputi :a) Keselamatan & Keamanan, b) B-3 & limbahnya, c) Bencana d) Kebakaran e) Peralatan F) Utilitas	10 5 0	TL TS TT

## Standar MFK 2

Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung dan staf

Elemen Penilaian MFK 2	Telusur		Skor	
2. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya (D,W)	D	1) Bukti program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan masih berlaku 2) Bukti pelaksanaan program/laporan program	10 5 0	TL TS TT
3. Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut secara berkala atau bila terjadi perubahan fasilitas dan lingkungan rumah sakit, atau sekurang-kurangnya setiap tahun. (D,W)	D  W	Bukti review program manajemen risiko  Penanggung jawab program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan	10 - 0	TL - TT

## Standar MFK 2

Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung dan staf

Elemen Penilaian MFK 2	Telusur		Skor	
4. Ada bukti tenant/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang teridentifikasi dalam a) sampai d) di maksud dan tujuan. (D,W)	D	Bukti audit:	10	TL
	W	1) Bukti form ceklis	-	-
2) Bukti pelaksanaan audit		0	TT	
		• Penanggung jawab program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan		
		• <i>Tenant/penyewa lahan</i>		

## Tabel Identifikasi Risiko (Contoh)

Unit : .....

Ka unit : .....

Periode : .....

No	Kode Risiko	Pernyataan Risiko	Pengendalian Yang Ada						P	D	TR	PR	Pemilik Risiko
			Uraian	Desain		Efektifitas							
				A	T	TE	KE	E					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
0	0	0									0		
0	0	0									0		
0	0	0									0		
0	0	0									0		
0	0	0									0		
0	0	0									0		

### Petunjuk Pengisian :

1. Kolom (1) diisi dengan nomor urut
2. Kolom (2) diisi dengan nama kegiatan utama
3. Kolom (3) diisi dengan tujuan kegiatan
4. Kolom (4) diisi dengan kode/nomor risiko
5. Kolom (5) diisi dengan pernyataan risiko potensial, yang diidentifikasi dan berdampak terhadap pencapaian tujuan
6. Kolom (6) diisi dengan penyebab/pemicu terjadinya risiko tersebut
7. Kolom (7) diisi kategori penyebab, apakah uncontrolable (UC) atau controllable © bagi unit kerja
8. Kolom (8) diisi dengan uraian dampak, jika risiko kolom (5) terjadi



Petunjuk pengisian :

1. Kolom (1) diisi dengan nomor urut
2. Kolom (2) diisi dengan nama kegiatan utama .
3. Kolom (3) diisi tujuan kegiatan
4. Kolom (4) diisi dengan kode/nomor risiko
5. Kolom (5) diisi dengan pernyataan risiko potensial yang diidentifikasi dapat berdampak terhadap pencapaian tujuan.
6. Kolom (6) diisi dengan penyebab/pemicu terjadinya risiko tersebut.
7. Kolom (7) diisi kategori penyebab apakah Uncontrollable (UC) atau Controllable (C) bagi unit kerja
8. Kolom (8) diisi dengan uraian dampak jika risiko kolom (5) terjadi.
9. Kolom (9) diisi uraian/nama kegiatan pengendalian yang sudah ada (termasuk juga compensating control, jika ada).
10. Kolom (10) diisi tanda tickmark (V), jika ada kegiatan pengendalian tersebut dalam kolom (9).
11. Kolom (11) diisi tanda tickmark (V), jika tidak ada kegiatan pengendalian.
12. Kolom (12) diisi tanda tickmark (V), jika kegiatan pengendalian yang ada tidak efektif mengurangi risiko.
13. Kolom (13) diisii tanda tickmark (V), jika kegiatan pengendalian yang ada kurang efektif mengurangi risiko.
14. Kolom (14) diisii tanda tickmark (V), jika kegiatan pengendalian yang ada telah efektif mengurangi risiko.
15. Kolom (15) diisi dengan tingkat probabilitas (P), yaitu tingkat kemungkinan terjadinya risiko. Tingkat kemungkinan terjadinya risiko dapat diperoleh dari pengalaman sebelumnya atau hasil diskusi (FGD)
16. Kolom (16) diisi dengan tingkat dampak (D), yaitu tingkat besaran dampak jika risiko terjasi. Tingkat dampak risiko dapat diperoleh dari pengalaman sebelumnya atau hasil diskusi (FGD)
17. Kolom (17) diisi dengan tingkat risiko (TR), yaitu perkalian antara probabilitas dan dampak.
18. Kolom (18) diisi dengan peringkat risiko, apakah sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, atau sangat tinggi.
19. Kolom (19) diisi dengan siapa yang bertanggung jawab atas risiko (pemilik risiko).





## PENILAIAN DAMPAK KLINIS/KONSEKUENS/SEVERITY (1)

TK RIKS	Deskripsi	Dampak
1	Tdk significant	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cedera ringan , mis luka lecet</li><li>• Dapat diatasi dng P3K</li></ul>
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cedera sedang, mis : luka robek</li><li>• Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel. Tdk berhubungan dng penyakit</li><li>• Setiap kasus yg meperpanjang perawatan</li></ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cedera luas/berat, mis : cacat, lumpuh</li><li>• Kehilangan fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (ireversibel), tdk berhubungan dng penyakit</li></ul>
5	Katatropik	Kematian yg tdk berhubungan dng perjalanan penyakit

## **PENILAIAN PROBABILITAS/FREKUENSI**

<b>TINGKAT RISIKO</b>	<b>DESKRIPSI</b>
1	Sangat jarang/ rare (> 5 tahun/kali)
2	Jarang/unlikey (> 2 – 5 tahun/kali)
3	Mungkin/ Posible (1 -2 tahun/kali)
4	Sering/Likely (beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering/ almost certain (tiap minggu/ bulan)

**SKOR RISIKO = DAMPAK X PROBABILITY**

# MATRIKS GRADING RISIKO

Probabilitas	Tak Significant 1	MINOR 2	Moderat 3	Mayor 4	Katatrospi k 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (bbrp kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 - < 2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (> 2 - < 5 th/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi ( > 5 thn/Kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

## Tindakan sesuai Tingkat & Band Risiko

LEVEL/BANDS	TINDAKAN
<b>EKSTREM (SANGAT TINGGI)</b>	Risiko ekstrem, dilakukan RCA paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur RS
<b>HIGH (TINGGI)</b>	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dng detail & perlu tindakan segera, serta membutuhkan tindakan top manajemen
<b>MODERATE (SEDANG)</b>	Risiko sedang dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer/pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap bahaya & kelola risiko
<b>LOW (RENDAH)</b>	Risiko rendah dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dng prosedur rutin

# CONTOH

- + Di RS X pernah ada kejadian tindak kekerasan di radiologi & menimbulkan cedera pada petugas dan terjadi pada 1-2 tahun ini
- + Nilai dampak : 3 (cedera sedang)
- + Nilai probabilitas : 3 (mungkin terjadi) karena pernah terjadi kurang 2 tahun yang lalu
- + Skoring risiko :  $3 \times 3 = 15$
- + Warna Bands : Kuning

Prinsip pengendalian risiko meliputi lima hierarki, yaitu

- 1) Menghilangkan bahaya (**eliminasi**)
- 2) Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (**substitusi**)
- 3) **Rekayasa engineering**/pengendalian secara teknik
- 4) Pengendalian secara **administrasi**
- 5) **Alat Pelindung Diri (APD).**

# Prinsip pengendalian risiko meliputi lima hierarki, yaitu

1) Menghilangkan bahaya (eliminasi)

2) Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (substitusi)

3) Rekayasa engineering/pengendalian secara teknik

4) Pengendalian secara administrasi

5) APD

# Risiko di unit Laboratorium

- + Risiko paparan bahan infeksius, misalnya specimen
- + Risiko paparan B-3
- + Risiko paparan bahan aerosol
- + Risiko tertusuk jarum
- + Risiko tindak kekerasan di tempat kerja (KKS 8.2)
- + Risiko terkait pasien → salah identifikasi, salah pemeriksaan, dll
- + Risiko terkait kegagalan alat → rusak, recall, dll
- + Risiko terkait reagen → tidak tersedia, kadaluwarsa, dll

# Pengendalian risiko yg harus dilakukan

- + Pengendalian paparan aerosol
- + Jas laboratorium, jubah atau baju dinas harus dipakai untuk perlindungan dan mencegah kontaminasi, termasuk fasilitas “*eye washer*” dan dekontaminasi.
- + Almari bio-safety dipakai, jika perlu / sesuai kebutuhan
- + Terdapat regulasi tentang pembuangan bahan infeksius, luka tusuk, terpapar degan bahan infeksius. Dalam ketentuan juga diatur, prosedur dekontaminasi, siapa yang harus dihubungi untuk mendapat tindakan darurat, penempatan dan penggunaan peralatan keamanan. Untuk pengelolaan bahan berbahaya disertakan MSDS (*Material Safety Data Sheet*) / LDP (Lembar Data Pengaman)

# Pengendalian risiko yg harus dilakukan

- + Terdapat prosedur pengumpulan, transpor, penanganan spesimen secara aman. Juga diatur larangan untuk makan, minum, pemakaian kosmetik, lensa kontak, pipet dimulut di tempat staf bekerja melakukan kegiatannya
- + Staf diberi pelatihan tentang tindakan, cara penularan dan pencegahan penyakit yang ditularkan melalui darah dan komponen darah
- + Terdapat prosedur untuk mencegah terpapar penyakit infeksi seperti tuberculosis, MERS dll.
- + Bila teridentifikasi masalah dalam praktik laboratorium atau terjadi kecelakaan, maka ada tindakan korektif, dicatat (dokumentasi), dilakukan evaluasi dan dilaporkan kepada Penanggung jawab / koordinator K3 RS.

# Risiko di Unit Radiologi

- + Paparan radiasi dan B-3
- + Risiko kegagalan alat
- + Risiko pajanan infeksi
- + Risiko terkait Kompetensi operator alat yg kurang
- + Risiko tindak kekerasan di RS
- + Risiko terkait pelayanan pasien → salah identifikasi, salah pemeriksaan, shock anaphylactic (?)

# Manajemen keamanan radiasi meliputi,

- + Kepatuhan terhadap standar yang berlaku dan peraturan perundang-undangan
- + Kepatuhan terhadap standar dari manajemen fasilitas, radiasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi
- + Tersedianya APD sesuai pekerjaan dan bahaya yang dihadapi
- + Orientasi bagi semua staf pelayanan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional (RIR ) tentang praktek dan prosedur keselamatan
- + Pelatihan (*in service training*) bagi staf untuk pemeriksaan baru dan menangani bahan berbahaya produk baru (lihat juga, MFK.4; MFK.4.1; MFK.5)



## Penutup:

- \* Mutu merupakan upaya kerja sama yg terus menerus dilakukan dari setiap orang dan merupakan proses yang terus menerus selama RS tsb masih operasional
- \* Sedangkan manajemen risiko merupakan upaya proaktif untuk mengidentifikasi risiko dan melakukan pengendalian risiko sehingga tidak terjadi cedera baik bagi pasien, staf dan pengunjung.
- \*. Program mutu dan manajemen risiko merupakan upaya saling terkait yg perlu dilakukan oleh RS

THANK YOU

