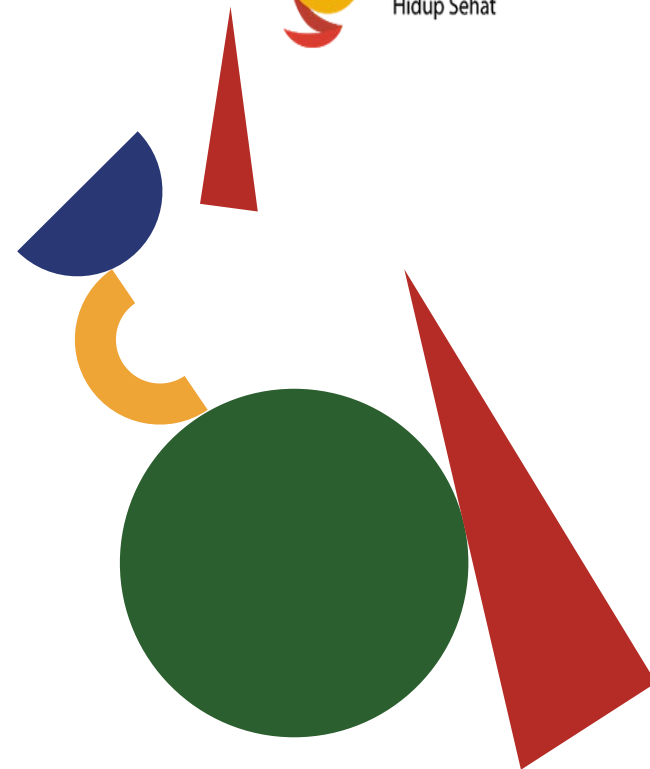


Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien (PMKP)



Workshop TOT
Calon Surveior Akreditasi Rumah Sakit
Jakarta, 29 – 31 Desember 2021

Arjaty Daud

30 Desember 2021

PMKP 1 Pengelolaan kegiatan PMKP dan manajemen risiko

PMKP 2 – 3 Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu

PMKP 4 – 5 Analisis dan validasi data indikator mutu.

PMKP 6 – 7 Pencapaian dan mempertahankan perbaikan

5

PMKP 8 – 9 Sistem pelaporan dan pembelajaran
keselamatan pasien RS (SP2KP-RS)

PMKP 10 Pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

PMKP 11 Penerapan manajemen risiko

Pengelolaan Kegiatan PMKP & Manajemen Risiko PMKP 1

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

Elemen Penilaian PMKP 1

- a. Direktur telah menetapkan regulasi terkait PMKP serta manajemen risiko
- b. Direktur RS telah membentuk Komite / tim mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan peraturan perUU
- c. Komite Mutu menyusun program PMKP RS meliputi (a-i) yang telah ditetapkan Direktur RS dan disahkan oleh Representative pemilik / Dewan pengawas.
- d. Program PMKP dievaluasi dalam Rapat koordinasi melibatkan Komite-komite, Pimpinan RS dan Kepala unit setiap triwulan untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan.

Dalam proses pengukuran data, Direktur menetapkan:

- a) **kepala unit sebagai PJ PMKP di tingkat unit;**
- b) **staf pengumpul data; dan**
- c) **staf yang akan melakukan validasi data (validator).**

- RS yang memiliki tenaga cukup, proses pengukuran data dilakukan oleh (a-c), namun dalam hal keterbatasan tenaga, validasi dapat dilakukan oleh penanggung jawab PMKP di unit kerja.
- **Komite / Tim Mutu, PJ PMKP di unit, staf pengumpul data, validator** perlu mendapat **pelatihan PMKP termasuk pengukuran data** mencakup pengumpulan data, Analisa data, validasi data dan perbaikan mutu.

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.**

Komite / Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien

Elemen Penilaian PMKP 2

- a) Komite mutu terlibat dalam pemilihan indikator mutu prioritas baik ditingkat RS maupun tingkat unit layanan.
- b) Komite mutu melaksanakan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran serta melakukan supervisi ke unit layanan.
- c) Komite mutu mengintegrasikan laporan IKP, pengukuran budaya keselamatan, dan lainnya untuk mendapatkan solusi dan perbaikan terintegrasi.

Pengumpulan data indikator mutu dilakukan oleh staf pengumpul data yang sudah mendapatkan pelatihan tentang pengumpulan atau pengukuran data indikator mutu.

Elemen Penilaian PMKP 3

- a. RS melakukan **pengumpulan data mencakup (a-c)** dalam maksud dan tujuan.
- b. Indikator mutu prioritas rumah sakit (**IMP-RS**) dan indikator mutu prioritas unit (**IMP- Unit**) telah dibuat **profil indikator** mencakup (a-t) dalam maksud dan tujuan.

- 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.

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

Elemen Penilaian PMKP 4

- a. Telah dilakukan agregasi dan Analisa data menggunakan metode dan teknik statistik terhadap semua indikator mutu yang telah diukur oleh staf yang kompeten
- b. Hasil analisa digunakan untuk membuat rekomendasi tindakan perbaikan dan serta menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya.
- c. Memiliki bukti **analisis data dilaporkan** kepada **Direktur dan Reprerentasi pemilik / Dewas** sebagai bagian dari Program PMKP.
- d. Memiliki bukti **hasil Analisa berupa informasi INM dan e-report IKP** **diwajibkan lapor kepada Kemkes** sesuai peraturan yang berlaku..

Elemen Penilaian PMKP 4

- e. Terdapat **proses pembelajaran dari *database* eksternal** untuk :
- perbandingan internal dari waktu ke waktu,
 - perbandingan dengan **RS yang setara**,
 - perbandingan dengan **praktik terbaik (*best practices*)**, dan
 - perbandingan dengan **sumber ilmiah profesional yang objektik**.
- f. **Keamanan dan kerahasiaan tetap dijaga** saat berkontribusi pada *database* eksternal.
- g. 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.

Elemen Penilaian PMKP 4.1

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

RS melakukan proses validasi data terhadap indikator mutu yang diukur.

Elemen Penilaian PMKP 5

- a. RS telah melakukan validasi yang berbasis bukti meliputi a) – g) yang ada pada maksud dan tujuan.
- b. 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 yang 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.**

RS mencapai perbaikan mutu dan dipertahankan

Elemen Penilaian PMKP 6

- 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.

Elemen Penilaian PMKP 7

- 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

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.

PMKP 8

RS mengembangkan Sistem pelaporan dan 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 untuk melakukan **investigasi komprehensif / analisa akar masalah (*root cause analysis*)** pada **semua kejadian sentinel** dalam kurun waktu tidak 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.

DEFINISI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

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 suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien.

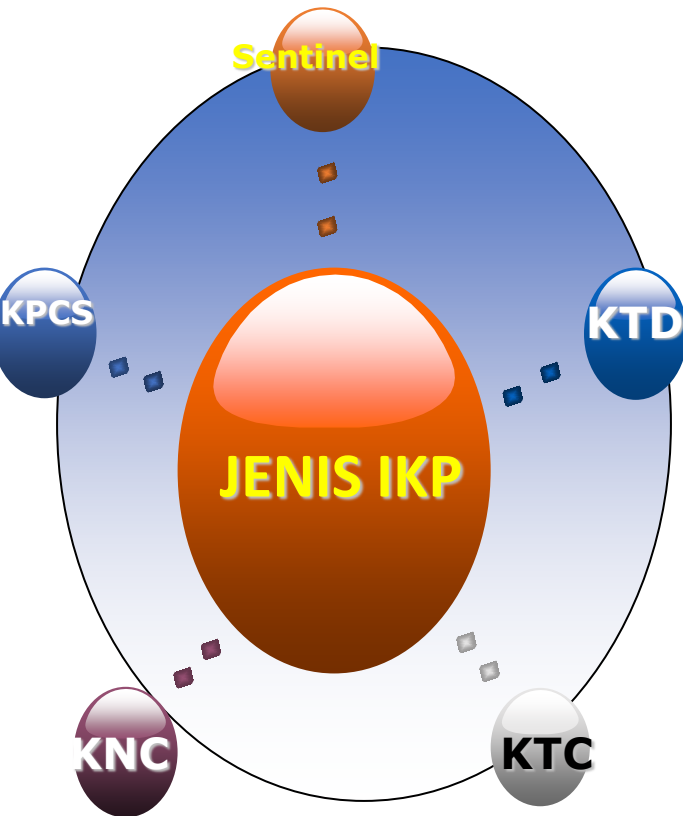
Kejadian sentinel, salah satu jenis IKP yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal2 berikut ini:

- a) **Kematian.**
 - b) **Cedera permanen.**
 - c) **Cedera berat yang bersifat sementara / reversible.**
- **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 tersebut

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);
- g) **Pemeriksaan, 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) **Pemeriksaan, 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;
- 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.



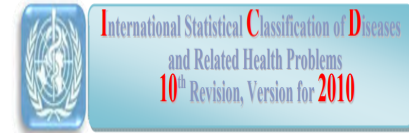
- a. **Kejadian tidak diharapkan (KTD)** adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
- b. **Kejadian tidak cedera (KTC)** adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- c. **Kejadian nyaris cedera (KNC)** insiden keselamatan 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

Tipe Insiden

1. Administrasi Klinis
2. Proses / Prosedur klinis
3. Dokumentasi
4. Infeksi Nosokomial
5. Proses Medikasi / Cairan Infus
6. Darah / produk darah
7. Gizi / Nutrisi
8. Oksigen / Gas medis
9. Alat Medis
10. Perilaku pasien
11. Pasien jatuh
12. Pasien Kecelakaan
13. Infrastruktur / Sarana / Bangunan
14. Sumber daya / Manajemen
15. Laboratorium

Tipe Insiden			
No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
1.	Administrasi Klinik	a. Proses	<ul style="list-style-type: none"> i. Serah terima ii. Perjanjian iii. Daftar tunggu / Antrian iv. Rujukan / Konsultasi v. Admisi vi. Keluar/Pulang dari Ranap/RS vii. Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>) viii. Identifikasi Pasien ix. Consent x. Pembagian tugas xi. Respons terhadap kegawatdaruratan
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi ii. Tidak lengkap / Inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pelayanan
2.	Proses / Prosedur Klinis	a. Proses	<ul style="list-style-type: none"> i. Skrining / Pencegahan / Medical check up ii. Diagnosis / Assessment iii. Prosedur / Pengobatan / Intervensi iv. <i>General care / Management</i> v. Test / Investigasi vi. Spesimen / Hasil vii. Belum dipulangkan (<i>Detention/ Restraint</i>)
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi ii. Tidak lengkap / Inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pengobatan / prosedur vi. Salah bagian tubuh / sisi/

Tipe Harm (Dampak yang terjadi akibat Insiden) ICD X 2010



Tabular List of inclusions and four-character subcategories

Chapter List

Chapter	Blocks	Title
I	A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases
II	C00-D48	Neoplasms
III	D50-D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	E00-E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	F00-F99	Mental and behavioural disorders
VI	G00-G99	Diseases of the nervous system
VII	H00-H59	Diseases of the eye and adnexa
VIII	H60-H95	Diseases of the ear and mastoid process
IX	I00-I99	Diseases of the circulatory system
X	J00-J99	Diseases of the respiratory system
XI	K00-K93	Diseases of the digestive system
XII	L00-L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	N00-N99	Diseases of the genitourinary system
XV	O00-O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	P00-P96	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	R00-R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
XIX	S00-T98	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
XX	V01-Y98	External causes of morbidity and mortality
XXI	Z00-Z99	Factors influencing health status and contact with health services
XXII	U00-U99	Codes for special purposes

1. Patofisiologi Chapter I - XVIII

Contoh : Pasien Rhinitis alergi, salah diberikan obat, yang diberikan obat DM, sehingga pasien mengalami **Koma Diabetik** → **(E.10.0)** – E.10 – E.14 :
DM.

– “0” : With coma : Diabetic, coma with or without ketoacidosis, hyperosmolar coma, hypoglycaemic coma, Hyperglycaemic coma NOS.

– **Di cari external cause morbidity dan mortality :**

Chapter XX: Cause : Y42.3

2. Cedera : Injury, poisoning and certain other consequences of external causes Chapter XIX

Contoh : Pasien dengan Hipertensi, jatuh di kamar mandi dan mengalami **Fraktur di tangan kiri.** → **(ICD X: S.67.0) :** Crushing injury of wrist and hand

– S67.0 Crushing injury of thumb and other finger(s)

– **Di cari external cause morbidity dan mortality di Chapter XX : Cause W18.2**

– **Sebutkan aktifitas saat cedera ; di Chapter XX : V01-Y34 :**

– **4 :** While resting, sleeping, eating or engaging in other vital activities Personal hygiene

– **9 :** During unspecified activity

3. Lain2 (Factors influencing health status and contact with health service) Chapter XXI - XXII .

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

Elemen Penilaian PMKP 9

- 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.

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
- 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**

Rumah sakit melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

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

Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

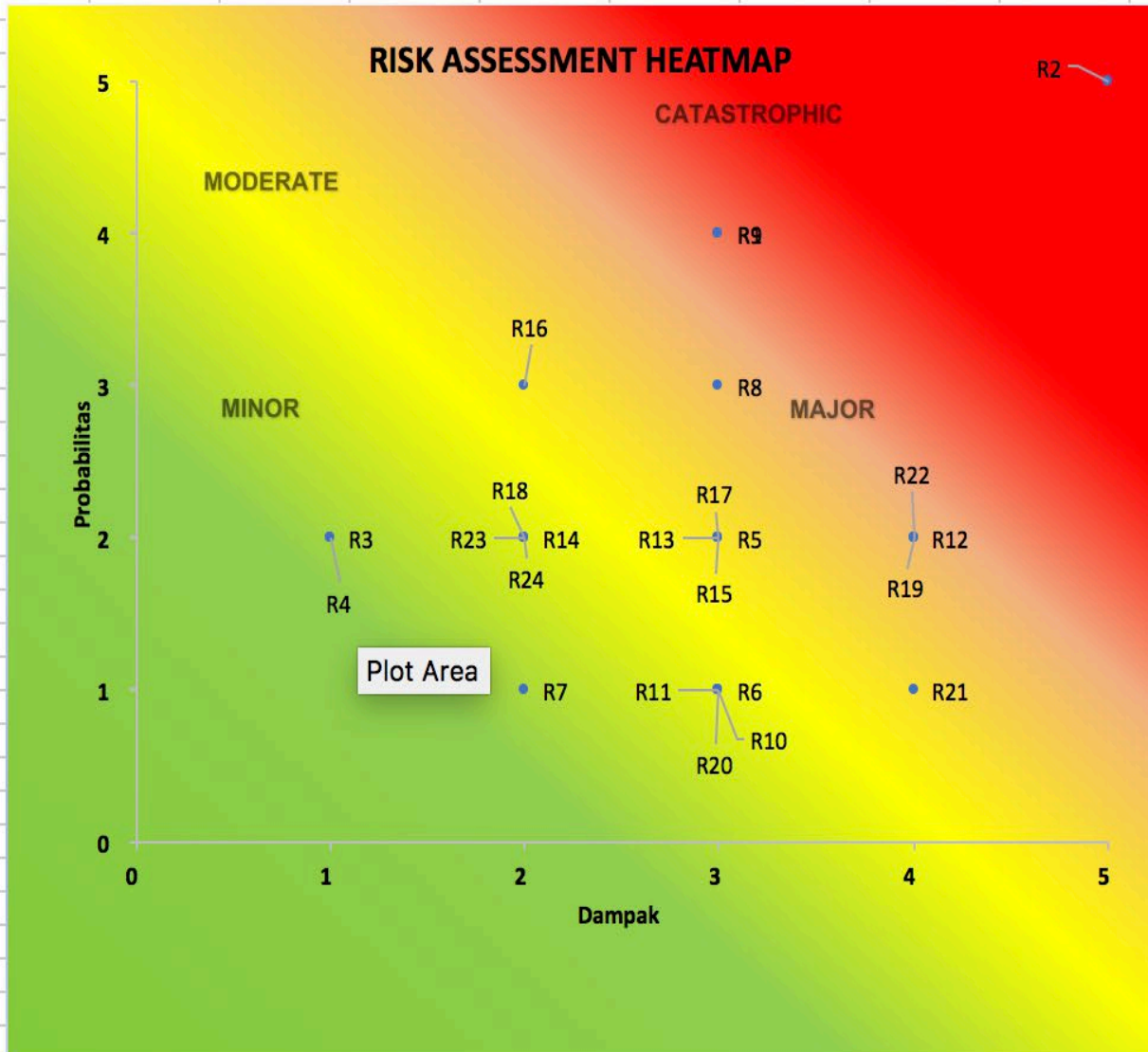
Elemen penilaian PMKP 11

- 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**

Contoh Daftar risiko

No	NAMA KEGIATAN (PROSES BISNIS)	Tujuan KEGIATAN*	AREA / LOKASI	ANALISA RISIKO INHERENT					PENGENDALIAN YANG SUDAH ADA SAAT INI	EVALUASI RISIKO APAKAH PERLU PENANGANAN RISIKO ?					ALTERNATIF TEKNIK PENANGANAN RISIKO				RISIKO RESIDUAL				PEMILIK RISIKO/ PENANGGUNGJAWAB
				SEBAB	KODE RISIKO	RISIKO	DAMPAK	PERNYATAAN RISIKO		DAMPAK	PROBABILITAS	CONCAT (D & P)	SKOR	PERINGKAT RISIKO	OPSI TEKNIK PENGENDALIAN RISIKO	URAIAN PENANGANAN RISIKO	PEMBIAYAAN RISIKO	DAMPAK	PROBABILITAS	SKOR	PERINGKAT RISIKO		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)
1										5	2	52	10	Extreme					2	2	4	Low	Kepala Rawat Inap
2										3	3	33	9	High					1	1	1	Low	Kepala Rawat Inap
3					R.3					1	2	12	2	Low					1	2	2	Low	
4					R.4					2	1	21	2	Low					1	3	3	Low	
5					R.5					3	5	35	15	High					2	4	8	Moderate	
6					R.6					3	2	32	6	Moderate					2	4	8	Moderate	
7					R.7					3	1	31	3	Moderate					1	1	1	Low	
8					R.8					3	3	33	9	High					1	2	2	Low	
9					R.9					2	4	24	8	Moderate					1	3	3	Low	
10					R.10					1	5	15	5	Moderate					1	4	4	Moderate	
11					R.11					3	5	35	15	High					1	2	2	Low	
12					R.12					2	5	25	10	Moderate					2	1	2	Low	
13					R.13					3	1	31	3	Moderate					2	3	6	Moderate	
14					R.14					4	3	43	12	Extreme					2	4	8	Moderate	
15					R.15					5	2	52	10	Extreme					2	5	10	Moderate	
16					R.16					1	3	13	3	Low					3	5	15	High	
17					R.17																		

CONTOH PETA RISIKO



No Risiko	Dampak	Probabilitas
R1	3	4
R2	5	5
R3	1	2
R4	1	2
R5	3	2
R6	3	1
R7	2	1
R8	3	3
R9	3	4
R10	3	1
R11	3	1
R12	4	2
R13	3	2
R14	2	2
R15	3	2
R16	2	3
R17	3	2
R18	2	2
R19	4	2
R20	3	1
R21	4	1
R22	4	2
R23	2	2
R24	2	2

Contoh Profil risiko

NO	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RISIKO)	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	CONTROLLABILITY (Pengendalian)	SCORING (5x6x7)	RANGKING
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Ops-Risiko Klinis (KP)	Karena keterbatasan tenaga perawat di ranap kemungkinan pasien menerima obat tidak sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh DPJP Sehingga memperlambat kesembuhan pasien	belum ada perencanaan dan perhitungan tenaga keperawatan	4	4	1	16	2
5	Ops (Non Klinis)	Karena belum semua petugas yang bekerja di Ruang laundry menggunakan APD mungkin saja ada petugas yang terkena cairan penggunaan tubuh / darah pasien yang ada di linen. sehingga petugas terpapar cairan infeksius	Belum ada supervisi berkala penggunaan APD	4	3	1	12	3

Pengendalian :

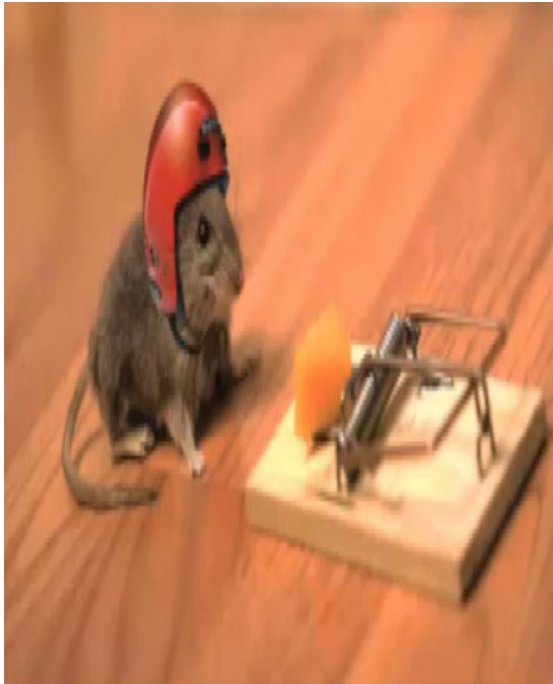
1 ; easy = mudah untuk dikontrol

2; Moderate easy = agak mudah dikontrol

3; Moderate difficult = agak sulit dikontrol

4; Difficult = sulit untuk dikontrol

BELAJAR DARI TIKUS



1. Tujuan tikus mengambil keju dan selamat.
2. Tikus dalam keadaan atau situasi ketidakpastian.:
 1. Mendapatkan keju dan terluka
 2. Tidak mendapatkan keju dan terluka
 3. Mendapatkan keju dan tidak terluka
3. Tikus mengidentifikasi risiko dan membuat pernyataan risiko :

Karena keju berada dalam perangkap, mungkin tikus bisa terjepit ketika akan mengambilnya, sehingga tikus bisa mengalami cedera.
4. Tikus seorang manajer risiko yang handal, dia sudah mempersiapkan diri dengan memakai helm sehingga jika sesuatu yang buruk benar terjadi, tikus tidak akan mengalami cedera.

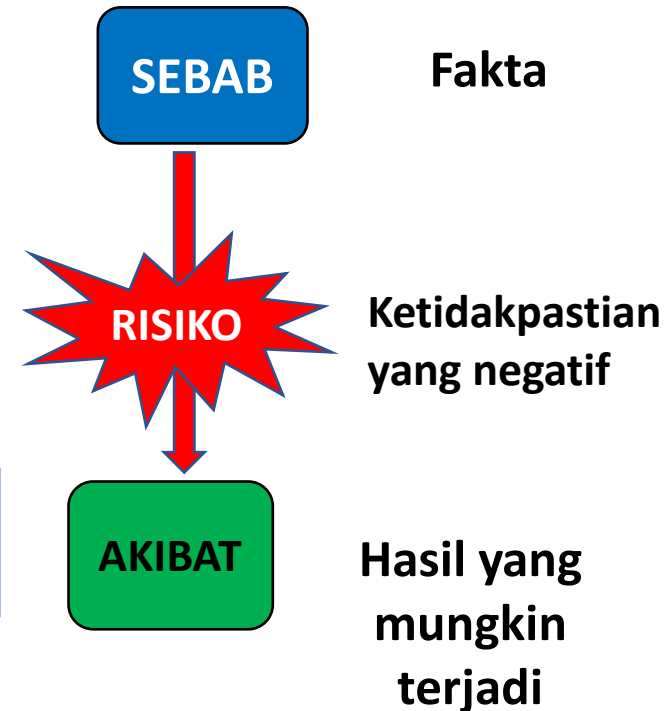
Pembelajaran dari Tikus :

**Semua Kegiatan yang kita lakukan, ada ketidakpastian..
Kita harus mencegah kejadian yang tidak diharapkan sebelum terjadi.**

- **SEBAB** adalah fakta / masalah yang sudah terjadi, / sedang terjadi tapi bukan risiko karena bukan ketidakpastian.

- **RISIKO** adalah ketidakpastian yang mungkin terjadi dan mungkin saja tidak terjadi

- **AKIBAT** adalah alasan mengapa itu berdampak penting terhadap tujuan.



Risiko berada di antara sebab dan akibat.
Kita tidak bisa mengelola **SEBAB** karena itu **FAKTA** dan **AKIBAT** karena **MUNGKIN BELUM TERJADI**.
YANG BISA KITA KELOLA ADALAH "RISIKO"

Penjelasan terstruktur dari sebuah risiko memisahkan antara
SEBAB, RISIKO, DAN AKIBAT.

CONTOH

Karena gelang ID masih menggunakan stiker yang mudah mengelupas jika terkena air, **mungkin saja** tulisannya akan terhapus, **sehingga** nama pasien tidak dapat diidentifikasi

Karena belum ada form serah terima antar ruangan, **mungkin saja** terjadi kesalahan dalam komunikasi lisan **sehingga** dapat terjadi cedera pada pasien

Karena ketersediaan hand rub di ruang perawatan kurang, **mungkin saja** petugas kesehatan tidak melakukan kebersihan tangan, **sehingga** angka Infeksi HAI mungkin meningkat

- Tingkat Risiko yang bersedia diambil instansi dalam upayanya mewujudkan tujuan dan sasaran yang dikehendaknya. Dua faktor utama untuk menentukan *selera* risiko :
 - **Dampak kerugian yang mungkin terjadi untuk mencapai tujuan organisasi.** Misalnya: kerugian finansial, rusaknya reputasi.
 - **Budaya / kecenderungan** organisasi terhadap risiko : **waspada atau agresif.**

Contoh Selera risiko klinis

Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Low	Low	Moderate	High	Extreme
Low	Low	Moderate	High	Extreme

Contoh Selera risiko non klinis

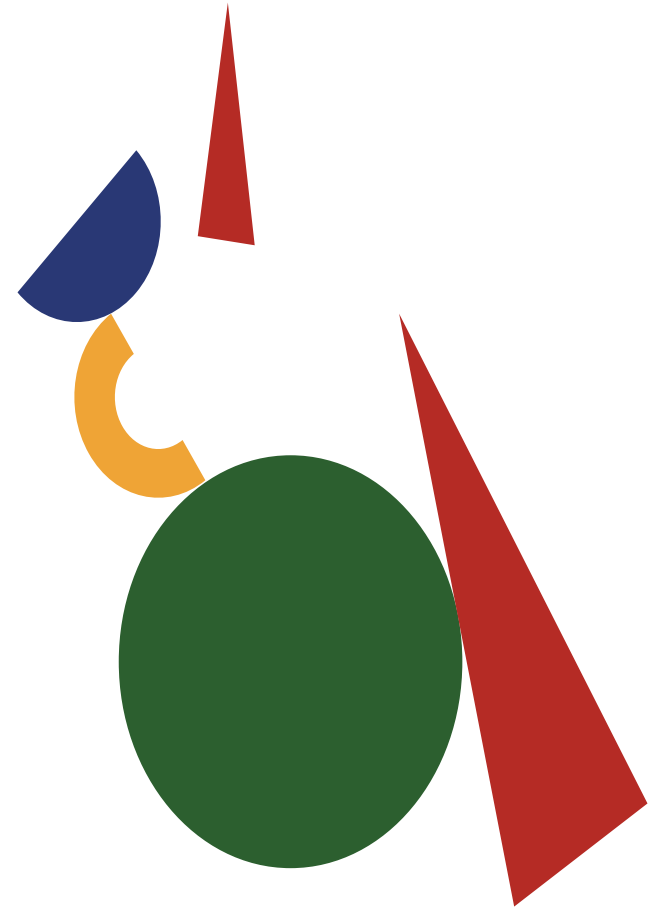
5	10	15	20	25
4	8	12	16	20
3	6	9	12	15
2	4	6	8	10
1	2	3	4	5

Retensi risiko

Retensi risiko adalah keputusan untuk menerima dan menyerap suatu risiko dengan kriteria :

- a. paling banyak memiliki tingkat konsekuensi pada level yang telah ditetapkan untuk diretensi sesuai dengan toleransi dan Selera Risiko unit kerja yang telah ditetapkan;
- b. terdapat perlindungan hukum yang memadai mencakup regulasi dan / atau kontrak / perjanjian; dan
- c. Unit Pemilik Risiko terkait dapat memastikan dengan tingkat keyakinan di atas 80% bahwa tidak akan terjadi kegagalan pada Pegawai, proses, dan system yang ada.

Terima kasih



Workshop TOT
Calon Surveior Akreditasi Rumah Sakit
Jakarta, 29 – 31 Desember 2021

Dr. Arjaty

TANGGAL