

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1339/PER/DIR/RSMU/I/2024
TANGGAL : 15 JANUARI 2024
TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

- Menimbang** : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas Komite Mutu di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan manajemen risiko yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Permenkes Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
5. Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu;
6. Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1287/KEP/DIR/XI/2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
7. Keputusan Badan Pengurus Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 017/P4MU/SK/VI/2022 Tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
9. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Undaan Nomor: 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan** : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PANDUAN MANAJEMEN RISIKO TAHUN 2024 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
- Kesatu** : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Manajemen Risiko Tahun 2024 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua** : Panduan Manajemen Risiko Tahun 2024 pada lampiran Peraturan Direktur ini digunakan sebagai pedoman dalam kegiatan manajemen risiko di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga** : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya.

Keempat : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat perubahan dalam peraturan ini, maka akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Januari 2024
Direktur,



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	3
I. PENDAHULUAN	4
II. LATAR BELAKANG	4
2.1 Isu Strategik dan Kebijakan	5
2.2 Capaian Kegiatan	3
III. TUJUAN	6
3.1 Tujuan Umum	6
3.2 Tujuan Khusus	6
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN	6
4.1 Kegiatan Pokok	6
4.2 Rincian Kegiatan	8
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	8
VI. SASARAN	11
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN	12
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN	13
IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN	13
X. PENUTUP	13

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN SURABAYA
NOMOR: 134/PER/DIR/RSMU/1/2024
TANGGAL: 15 JANUARI 2024
TENTANG PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien harus dilihat dari sudut pandang risiko klinis. Sekalipun staf medis rumah sakit sesuai kompetensinya memberikan pelayanan berdasarkan standar profesi dan standar pelayanan, namun potensi risiko tetap ada, sehingga pasien tetap berpotensi mengalami cedera. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bertujuan memberikan perlindungan kepada pasien, masyarakat, dan sumber daya manusia, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, serta memberi kepastian hukum kepada masyarakat dan rumah sakit.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) memberikan pengertian manajemen risiko sebagai aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, personil, pengunjung dan rumah sakit itu sendiri. Kegiatan tersebut meliputi identifikasi risiko hukum (*legal risk*), memprioritaskan risiko yang teridentifikasi, menentukan respons rumah sakit terhadap risiko, mengelola suatu kasus risiko dengan tujuan meminimalkan kerugian (*risk control*), membangun upaya pencegahan risiko yang efektif, dan mengelola pembiayaan risiko yang adekuat (*risk financing*).

Manajemen risiko yang komprehensif meliputi seluruh aktivitas rumah sakit, baik operasional, manajerial maupun klinikal karena risiko dapat muncul dari kedua bidang tersebut. Bahkan akhir-akhir ini meliputi pula risiko yang berkaitan dengan managed care dan risiko kapitasi, merger dan akuisisi, risiko kompensasi ketenagakerjaan, *corporate compliance* dan etik organisasi. Manajemen risiko klinik merupakan upaya yang cenderung proaktif, meskipun sebagian besarnya merupakan hasil belajar dari pengalaman dan menerapkannya kembali untuk mengurangi atau mencegah masalah yang serupa di kemudian hari. Pada dasarnya manajemen risiko merupakan suatu proses siklus yang terus menerus, yang terdiri dari empat tahap, yaitu: *Plan, Do, Check, Action* (PDCA).

Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu pelayanan dan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik. Menerapkan prinsip dasar manajemen risiko dalam kegiatan masing-masing staf yang bekerja di rumah sakit salah satu upaya dalam menciptakan budaya mutu dan *safety* rumah sakit setiap harinya. Pelaksanaan manajemen risiko dalam kegiatan harian melaksanakan fungsi dan tugas pokok menjadi tujuan sehari-hari dari setiap unsur yang ada di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya termasuk unsur pimpinan, pelaksana langsung serta karyawan dari lini depan sampai dengan belakang.

Berdasarkan data diatas maka penerapan manajemen risiko rumah sakit sangatlah penting. Agar terlaksana dengan baik maka program kerja manajemen risiko harus dibuat sesuai dengan keadaan rumah sakit yang dibutuhkan dan sesuai dengan jenis risiko yang dihadapi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sehingga peningkatan mutu dan sasaran keselamatan pasien dapat tercapai.

II. LATAR BELAKANG

2.1 Isu Strategik dan Kebijakan

Guna menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, diperlukan data dasar dan analisis risiko serta kebutuhan yang kuat dalam peningkatan mutu sebagai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua tingkatan. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses.

Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai penerapan manajemen risiko dalam penetapan standar dan prosedur yang diberlakukan. Seluruh kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus diukur dan dilakukan perubahan secara berkelanjutan dengan memperhatikan penerapan dari prinsip-prinsip manajemen risiko. Jika pengukuran hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui maka harus dilakukan kajian ulang untuk mencari tahu sistem mana yang harus diperbaiki. Sehingga indikator rumah sakit dapat dijadikan ukuran kinerja rumah sakit secara nyata sesuai standar yang ditetapkan. Hasil dari evaluasi program kerja PMKP di tahun 2023 didapatkan bahwa Komite Mutu sudah berjalan sebagaimana mestinya walaupun belum maksimal, termasuk beberapa program manajemen risiko dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit juga belum berjalan dengan baik.

Analisis risiko unit dan analisis risiko tingkat rumah sakit sudah berjalan di unit-unit namun belum memiliki payung hukum dan di dalam kegiatannya belum ada regulasi yang jelas baik dalam penerapan pengelolaan risiko, sehingga penetapan area prioritas yang ditetapkan di tingkat manajemen belum relevan dan saling menguatkan meskipun proses pembobotan sudah dilakukan. Tersendatnya pengumpulan data indikator mutu prioritas, analisis maupun tindak lanjutnya di setiap unit belum berdasarkan prinsip penerapan manajemen risiko, sehingga menyebabkan terhambatnya pelaporan kegiatan mutu dan keselamatan rumah sakit dari komite mutu ke manajemen.

Penyusunan *risk register* rumah sakit dan *Failure Mode Effect Analysis* sudah terlaksana walaupun pemantauan masih dinilai kurang. Guna mengantisipasi kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan no 25 tahun 2019 tentang penerapan manajemen risiko terintegrasi di lingkungan kementerian kesehatan, RS Mata Undaan Surabaya dituntut untuk dapat mengelola risiko yang ada secara terintegrasi. Mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi dan mengendalikan risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dan sasaran Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, sehingga sistem manajemen risiko akan lebih ditingkatkan penerapannya di seluruh satuan kerja Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

2.2 Capaian Kegiatan

Berdasarkan kegiatan Sub Komite Manajemen Risiko pada tahun 2023, didapatkan rincian capaian sebagai berikut:

A. Kondisi yang dicapai pada tahun 2023 :

1. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit/instalasi kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko.
2. Koordinasi dengan unit/instalasi kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko.
3. Pendampingan ke unit/instalasi dilakukan oleh Sub Komite Manajemen Risiko.
4. Mengumpulkan manajemen risiko unit/instalasi kerja.

B. Kendala dan permasalahan :

1. Pemahaman tentang manajemen risiko belum merata di seluruh unit/instalasi kerja.
2. Pemahaman tentang manajemen risiko belum optimal.
3. Pengelolaan dan pemantauan risiko belum dilakukan oleh seluruh unit/instalasi kerja.
4. Manajemen risiko di unit/instalasi kerja belum terdokumentasi dengan baik.

C. Rencana pemecahan masalah :

1. Optimalisasi sosialisasi dan pendampingan ke unit/instalasi kerja.
2. Pembuatan FMEA.
3. Optimalisasi pengelolaan dan pemantauan risiko di unit/instalasi kerja oleh Sub Komite Manajemen Risiko.
4. Meningkatkan keterlibatan semua pihak dalam pengelolaan risiko.
5. Pemantauan dan pelaporan manajemen risiko dilakukan secara berkala.
6. Mengikuti pembelajaran ke unit/instalasi kerja untuk pengelolaan risiko.

III. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Terselenggaranya kegiatan manajemen risiko yang berorientasi terhadap peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum yang sudah dijabarkan sebelumnya, maka tujuan khusus yang akan dicapai tahun 2024 yaitu:

- a. Menerapkan identifikasi risiko yang sesuai dalam memenuhi standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien baik unit sampai dengan identifikasi risiko tingkat rumah sakit.
- b. Terlaksananya analisis risiko di setiap unit kerja di rumah sakit.
- c. Berjalannya pengelolaan risiko baik di tingkat unit maupun tingkat Rumah Sakit.
- d. Berjalannya kegiatan manajemen risiko baik risiko klinis maupun non klinis.
- e. Terlaksananya dengan baik analisis perubahan sistem dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- f. Berjalannya analisis kegiatan dalam pengelolaan risiko dan evaluasi pelaksanaannya dalam tingkat unit maupun tingkat rumah sakit.
- g. Terselenggaranya kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang efektif dan efisien.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Kegiatan Pokok

Ruang lingkup kegiatan operasional manajemen risiko meliputi kegiatan manajemen risiko klinis, manajemen risiko manajerial serta FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) yang harus dilakukan oleh masing-masing instalasi yang ada di Rumah Sakit Mata Undaan yang dilakukan minimal setiap satu tahun sekali. Program manajemen risiko yang disusun setiap tahun meliputi:

A. Proses Manajemen Risiko

Proses manajemen risiko yang di terapkan di rumah sakit, meliputi:

1. Komunikasi dan konsultasi

Komunikasi risiko merupakan proses interaktif dalam hal tukar menukar informasi dan pendapat terkait dengan risiko dan pengelolaannya. Sedangkan, konsultasi merupakan proses komunikasi antara organisasi dan pemangku kepentingan terkait dengan isu tertentu, pengambilan keputusan, termasuk penerapan manajemen risiko. Bentuk komunikasi dan konsultasi yaitu:

- a. Rapat berkala;
- b. Rapat insidental;
- c. Seminar/sosialisasi/workshop;
- d. Forum pengelola risiko.

Komunikasi dan konsultasi yang efektif dapat mendukung efektivitas penerapan manajemen risiko. Manfaat dari adanya komunikasi dan konsultasi yang efektif yaitu:

- a. Menyatukan beragam area keahlian pada tiap tahap proses manajemen risiko;
- b. Memastikan berbagai pandangan dipertimbangkan dengan memadai saat menentukan kriteria risiko dan saat mengevaluasi risiko;
- c. Memberikan informasi yang memadai untuk memfasilitasi pengawasan risiko dan pengambilan keputusan;
- d. Membangun rasa keterlibatan dan kepemilikan di antara pihak yang terpengaruh oleh risiko.

2. Menetapkan konteks

Menetapkan konteks yaitu:

- a. Mendefinisikan tujuan dan sasaran kegiatan manajemen risiko;
- b. Mendefinisikan tanggung jawab dan ruang lingkup;
- c. Mendeskripsikan faktor penghambat dan pendukung;
- d. Struktur organisasi manajemen risiko.

3. Mengidentifikasi risiko

Mengidentifikasi risiko dilakukan dengan mengidentifikasi sumber dari risiko, area dampak, peristiwa, penyebab, dan konsekuensi potensi risiko. Tujuan dari mengidentifikasi risiko adalah untuk menghasilkan daftar lengkap risiko berdasarkan peristiwa yang mungkin mendukung, meningkatkan, mencegah, menurunkan, mempercepat atau menunda pencapaian tujuan. Identifikasi risiko sesuai dengan kategori risiko operasional, risiko keuangan, risiko reputasi, risiko strategis, dan risiko kepatuhan terhadap hukum dan regulasi.

4. Analisis risiko

Analisis risiko merupakan proses untuk membantu organisasi menilai tentang luasnya risiko yang dihadapi, kemampuan untuk mengontrol frekuensi dan dampak risiko. Analisis risiko melibatkan pengembangan terkait pemahaman risiko, seperti perlukah risiko ditangani dan apakah metode yang paling tepat untuk menangani risiko tersebut.

5. Evaluasi risiko

Evaluasi risiko merupakan proses membandingkan antara hasil dari analisis risiko dengan kriteria risiko yang menentukan apakah risiko dapat diterima atau ditoleransi. Hasil perbandingan tingkat risiko menghasilkan keputusan. Keputusan dibuat sesuai dengan persyaratan hukum, peraturan, dan lainnya.

6. Penanganan risiko

Penanganan risiko menggunakan pemilihan satu atau lebih pilihan untuk memodifikasi risiko, dan melaksanakan pemilihan tersebut. Siklus prosedur penanganan risiko, terdiri dari:

- a. Menilai penanganan risiko;
- b. Memutuskan apakah tingkat risiko residual yang ada perlu dilakukan penanganan atau tidak;
- c. Jika tidak ditoleransi, maka menghasilkan penanganan risiko baru, dan
- d. Menilai efektivitas dari penanganan tersebut.

7. Pemantauan risiko (monitoring dan evaluasi)

Monitoring dan evaluasi merupakan proses manajemen risiko yang memastikan bahwa seluruh tahapan proses dan fungsi manajemen risiko berjalan dengan baik. Pemantauan rutin dan peninjauan atau pengkajian apabila dilakukan secara berkelanjutan memiliki tujuan untuk memberikan jaminan yang wajar terhadap pencapaian sistem manajemen risiko secara keseluruhan. Laporan monitoring dan evaluasi merupakan laporan terhadap kelemahan yang masih ada, tanpa meninggalkan hal-hal yang positif yang telah dicapai.

B. Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.

Manfaat manajemen risiko terintegrasi untuk rumah sakit yaitu:

1. Mendapatkan informasi yang lebih baik, sehingga tingkat dan sifat risiko terhadap pasien dapat dinilai dengan tepat.
2. Pembelajaran dari area risiko yang satu, dapat disebarkan di area risiko yang lain.
3. Pendekatan yang konsisten untuk identifikasi, analisis dan investigasi untuk semua risiko, yaitu menggunakan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA).
4. Membantu rumah sakit dalam memenuhi standar-standar yang terkait, serta kebutuhan tata kelola rumah sakit yang baik.
5. Membantu perencanaan rumah sakit dalam menghadapi ketidakpastian, penanganan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan, dan meningkatkan keyakinan pasien dan masyarakat.

- C. Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
Laporan kegiatan manajemen risiko merupakan dokumen yang menyajikan informasi terkait pengelolaan risiko kepada pemangku kepentingan. Informasi tersebut berguna sebagai bahan pertimbangan dan data pendukung dalam pengambilan keputusan serta umpan balik terhadap pelaksanaan manajemen risiko.
- D. Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan.
Dalam upaya memberikan pelayanannya, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan sebaik-baiknya sebagai *public service*. Tuntutan tersebut didasarkan bahwa tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat. Meningkatnya tuntutan dapat dilihat dengan munculnya kritik-kritik baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap pelayanan yang rumah sakit berikan.

4.2 Rincian Kegiatan

- A. Sumber Daya Manusia
1. Pendidikan dan Pelatihan
Rumah sakit memberikan pendidikan dan pelatihan kepada seluruh staf terkait enam unsur keamanan meliputi sarana, lingkungan, tempat, prosedur, tindakan dan anggaran. Pemberian pendidikan dan pelatihan manajemen risiko kepada jajaran pimpinan rumah sakit dan staf rumah sakit memerlukan koordinasi antara bagian terkait.
 2. Orientasi
Melakukan orientasi program manajemen risiko kepada seluruh unit/bagian Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- B. Fasilitas
1. Pemeliharaan
Melakukan kordinasi dengan bidang terkait dalam pemeliharaan fasilitas yang terkait untuk menjaga pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dari risiko-risiko yang kemungkinan terjadi.
 2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi
Melakukan koordinasi dan mengusulkan penggantian/penambahan/investasi untuk menjaga dan meningkatkan program manajemen risiko Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya berjalan dengan baik.
- C. Rapat
Melakukan rapat koordinasi antar anggota Komite Mutu secara rutin dan rapat rutin dengan seluruh Unit/Bagian Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- D. Supervisi
Melakukan supervisi terhadap penerapan program manajemen risiko di seluruh Unit/Bagian Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- E. Evaluasi Capaian Mutu
Melakukan evaluasi capaian indikator manajemen risiko secara berkala.
- F. Evaluasi dan Usul Regulasi
Melakukan evaluasi dan mengusulkan regulasi yang dapat mendorong peningkatan proses dan fungsi manajemen risiko, mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- G. Sosialisasi / Diseminasi
Mensosialisasikan program dan capaian program manajemen risiko rumah sakit ke setiap unit terkait.

H. Monitoring dan Evaluasi

Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program manajemen risiko di seluruh Unit/Bagian Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

I. Laporan

Melaporkan capaian manajemen risiko Rumah Sakit secara tertulis kepada jajaran Direksi dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dan memberikan rekomendasi dalam mempertahankan dan meningkatkan capaian manajemen risiko rumah sakit.

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Metode pelaksanaan yaitu terintegrasi oleh Komite Mutu yang terdiri dari Sub Komite Manajemen Mutu, Sub Komite Keselamatan Pasien, dan Sub Komite Manajemen Risiko. Cara melaksanakan kegiatan sebagai berikut:

1. Pembuatan program kerja dan regulasi manajemen risiko

Rumah sakit menyusun program manajemen risiko berkelanjutan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi risiko. Rumah sakit membuat regulasi berupa pedoman untuk manajemen risiko terintegrasi dan program manajemen yang luas tidak terbatas baik itu untuk pasien, staf medis, tenaga kesehatan, dan tenaga lainnya.

2. Pertemuan rutin Sub Komite Manajemen Risiko

Pertemuan rutin Sub Komite Manajemen Risiko untuk melakukan *information sharing* dan *review* kegiatan manajemen risiko di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, sehingga dapat memperdalam pemahaman dan pengetahuan tim terhadap risiko dan pengelolaan risiko yang ada.

3. *Workshop* mengenai Manajemen Risiko dan Identifikasi Risiko unit

Selain pertemuan rutin tim, *workshop* dilakukan untuk memperdalam pemahaman dan pengetahuan tim dengan cara diskusi dan penelitian intensif mengenai manajemen risiko dan mengidentifikasi risiko unit.

4. Koordinasi dengan unit-unit dan komite-komite di rumah sakit terkait :

a. Identifikasi Risiko Unit

Langkah-langkah untuk mengidentifikasi risiko unit:

- 1) Memahami dan mengidentifikasi kegiatan utama unit kerja.
- 2) Mengidentifikasi tujuan dari masing-masing kegiatan tersebut.
- 3) Mengumpulkan data dan informasi tentang risiko yang terjadi akibat kegiatan tersebut (risiko yang pernah terjadi maupun yang belum pernah terjadi).
- 4) Mencari penyebab risiko yang sudah diidentifikasi untuk mendapatkan apa penyebab utamanya.
- 5) Mengidentifikasi apakah penyebab tersebut dapat dikendalikan atau tidak dapat dikendalikan bagi unit kerja.
- 6) Mengidentifikasi dampak jika risiko tersebut terjadi.
- 7) Mengisi hasil butir 1-6 di atas, dalam formulir identifikasi risiko dan diperbarui setiap saat terjadi pernyataan risiko.

b. Analisa Risiko

Analisa risiko di lingkungan kerja masing-masing dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

- 1) Mendapatkan data hasil identifikasi risiko.
- 2) Melakukan evaluasi atas kecukupan desain dan pengelenggaraan system pengendalian intern yang sudah ada.
- 3) Mengukur tingkat probabilitas terjadinya risiko.
- 4) Mengukur tingkat besaran dampak jika risiko terjadi.
- 5) Menghitung skor risiko dengan pengalian probabilitas dengan dampak.
- 6) Menentukan tingkat risiko termasuk risiko sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, atau sangat tinggi.
- 7) Mengisikan hasil langkah-langkah di atas, kedalam formulir analisis risiko.
- 8) Dari risiko-risiko tersebut, dibuatlah peta risiko:

Tabel 5. 1 Tabel Matriks Risiko

Tabel Matriks Risiko		Keparahan				
		Sangat Ringan	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
Frekuensi	Sangat Sering	Sedang	Tinggi	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
	Sering	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi	Ekstrem
	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi	Ekstrem
	Jarang	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi
	Sangat Jarang	Rendah	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi

- c. Prioritas Risiko Rumah Sakit
Membuat daftar prioritas risiko Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
5. Pembuatan Register Risiko Rumah Sakit
Risk Register / Daftar risiko merupakan bagian dari proses pencatatan bagaimana rumah sakit akan mengelola risiko di area kerja. Setiap risiko yang diidentifikasi harus dicatat dalam daftar risiko.
6. Pelaporan Register Risiko Rumah Sakit dan Strategi pengurangan risiko di rumah sakit.
Laporan *risk register* yaitu:
- Laporan risiko yang teridentifikasi dalam 1 (satu) tahun.
 - Informasi insiden keselamatan pasien, klaim litigasi dan komplain, investigasi ekseternal dan internal, *external assessments* dan akreditasi.
 - Informasi potensial risiko maupun risiko actual dengan FMEA.
7. Melakukan koordinasi dengan Sub Komite Keselamatan Pasien terkait data Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
8. Penentuan Topik dan Pembuatan FMEA.
Langkah-langkah pembuatan FMEA:
- Pemilihan Topik FMEA
Pemilihan topik FMEA didasarkan pada proses spesifik di rumah sakit yaitu *highrisk*, *high volume*, dan *high cost* dan data *incident report* keselamatan pasien. Data rutin keselamatan pasien yaitu sentinel event dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
 - Menggambarkan Alur Proses
Tergambarnya alur atau langkah-langkah proses dan subproses pelayanan yang dipilih dalam suatu bagan yang jelas.
 - Merancang Proses, Membuat Alur Proses dan *Brainstorming* Modus Kegagalan
Dapat dilakukan dengan pemetaan arus nilai, alur grafik atau *flow chart* untuk diagram proses. Dalam proses ini melibatkan perwakilan dalam semua orang yang terlibat dalam proses dan mengalokasikan banyak waktu.
 - Mendesain ulang proses.
 - Menganalisis dan menguji coba proses yang baru.
Setelah proses yang baru dikembangkan, lakukan FMEA lainnya dan periksa risiko-risiko potensial.
 - Mengimplementasikan dan memonitor proses yang baru.
Mengulangi beberapa kali, sesudah mengeliminasi masing-masing Moda Kegagalan.
9. Evaluasi dan Monitoring risiko terkait tuntutan atau klaim
Permasalahan terkait dengan tuntutan atau klaim terjadi pada pasien seperti ketidakpuasan layanan (permasalahan admin, akomodasi, sikap-perilaku, kenyamanan, pelecehan, kekerasan, dan lain-lain), pelanggaran hak pasien (privasi, informasi, rahasia, keputusan/persetujuan), dan malpraktik/kelalaian medis. Hal-hal tersebut perlu untuk di evaluasi dan di monitoring agar tidak terjadi dan apabila terjadi dapat memberikan keputusan yang sesuai dengan regulasi yang berlaku.

VI. SASARAN

Sasaran kegiatan program kerja Manajemen Risiko adalah sebagai berikut :

1. Ada program kerja dan regulasi manajemen risiko yang telah dievaluasi.
2. Terlaksananya kegiatan manajemen risiko di unit dan rumah sakit.
3. Terlaksananya *workshop* mengenai Manajemen Risiko dan Identifikasi Risiko unit.
4. Tersusunnya Identifikasi Risiko Unit, Analisa Risiko dan Prioritas Risiko Rumah Sakit.
5. Tersusunnya Register Risiko Rumah Sakit.
6. Adanya pelaporan Register Risiko Rumah Sakit dan Strategi pengurangan risiko di rumah sakit.
7. Adanya bukti koordinasi dengan Sub Komite Keselamatan Pasien terkait data KTD.
8. Adanya FMEA setiap tahun.
9. Adanya manajemen terkait tuntutan atau klaim.

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Tabel 7.1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

No	Rincian Kegiatan	Bulan												Penanggung Jawab	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1.	Pembuatan program kerja dan regulasi manajemen Risiko.	■													Sub Komite Manajemen Risiko
2.	Pertemuan rutin tim manajemen risiko.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Sub Komite Manajemen Risiko
3.	Workshop mengenai Manajemen Risiko dan Identifikasi Risiko unit.						■								Sub Komite Manajemen Risiko
4.	Koordinasi dengan unit-unit dan komite- komite di rumah sakit terkait : a. Identifikasi Risiko Unit b. Analisa Risiko c. Prioritas Risiko Rumah Sakit			■			■			■			■	Ketua Komite Mutu, Sub Komite Manajemen Risiko, Ka. Unit/Instalasi/Ruang, Manajemen rumah sakit	
5.	Pembuatan Register Risiko Rumah Sakit.						■							Ketua Komite Mutu, Sub Komite Manajemen Risiko, Ka. Unit/Instalasi/Ruang, Manajemen rumah sakit	
6.	Pelaporan Register Risiko Rumah Sakit dan Strategi pengurangan risiko di rumah sakit.						■							Ketua Komite Mutu dan Sub Komite Manajemen Risiko	
7.	Melakukan koordinasi dengan Sub Komite Keselamatan Pasien terkait data KTD.													INSIDENTIL	Ketua Komite Mutu dan Sub Komite Manajemen Risiko
8.	Penentuan Topik dan Pembuatan FMEA.						■								Ketua Komite Mutu dan Sub Komite Manajemen Risiko
9.	Evaluasi dan <i>Monitoring</i> risiko terkait tuntutan atau klaim.													INSIDENTIL	Manajemen Rumah Sakit, Kabag Keuangan, Kasubag Umum dan Hukum, dan Ketua Mutu

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

Pelaksanaan program kerja manajemen risiko ini secara berkala dilakukan evaluasi dalam mengukur keberhasilan dan menemukan kendala dalam pelaksanaan program kerja ini. Indikator pencapaian dan keberhasilan pelaksanaan program kerja manajemen risiko secara garis besar di klasifikasikan sebagai berikut:

1. Setiap tahun menetapkan Program Kerja dan Regulasi Manajemen Risiko.
2. Setiap tahun Sub Komite Manajemen Risiko membuat identifikasi risiko unit dan identifikasi risiko rumah sakit.
3. Satu tahun sekali Sub Komite Manajemen Risiko melakukan pelaporan register risiko Rumah Sakit.
4. Setiap tahun memilih risiko prioritas dan melakukan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).

IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

Pencatatan dan dokumentasi sebagai bukti terlaksananya program manajemen risiko dapat dilihat dari beberapa buku dan laporan, antara lain meliputi:

1. Laporan identifikasi dan pengelolaan risiko unit.
2. Register Risiko Rumah Sakit.
3. Bukti dilaksanakannya workshop tentang manajemen risiko.
4. Dokumentasi hasil analisis pengelolaan risiko.
5. Notulen pertemuan.
6. Laporan FMEA.
7. Bukti Pelaksanaan FMEA.

X. PENUTUP

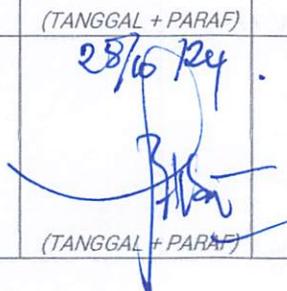
Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit, maka mutu yang bagus dari rumah sakit sangatlah penting karena itu diperlukan motivasi yang tinggi untuk bersedia melaksanakan program manajemen risiko, secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Januari 2024
Direktur,



dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M (K)

KONSEP VERBAL NASKAH DINAS

Judul Naskah :	DRAFT PERDIR PANDUAN MANAJEMEN RISIKO 2024	
Diajukan Oleh :	(TANGGAL + PARAF)	Nomor : 1334 /PEP/DIR/RSMU/ 1/ 2024
Diselesaikan Oleh : SHARAH MD	2/10 24  (TANGGAL + PARAF)	Catatan:
Diperiksa Oleh :	 2/10 24 (TANGGAL + PARAF)	
Terlebih Dahulu :	MEMBACA dan CATATAN	
1. Bagian Terkait	 2/10 24 (TANGGAL + PARAF)	
2. GM Umum dan HRD	 28/10 24 (TANGGAL + PARAF)	
3. Wadir Umum dan Keuangan	 (TANGGAL + PARAF)	
4. Wadir Pelayanan Medis	 28/10 24 (TANGGAL + PARAF)	
Ditetapkan : Direktur,	28/10 24  Ace (TANGGAL + PARAF)	