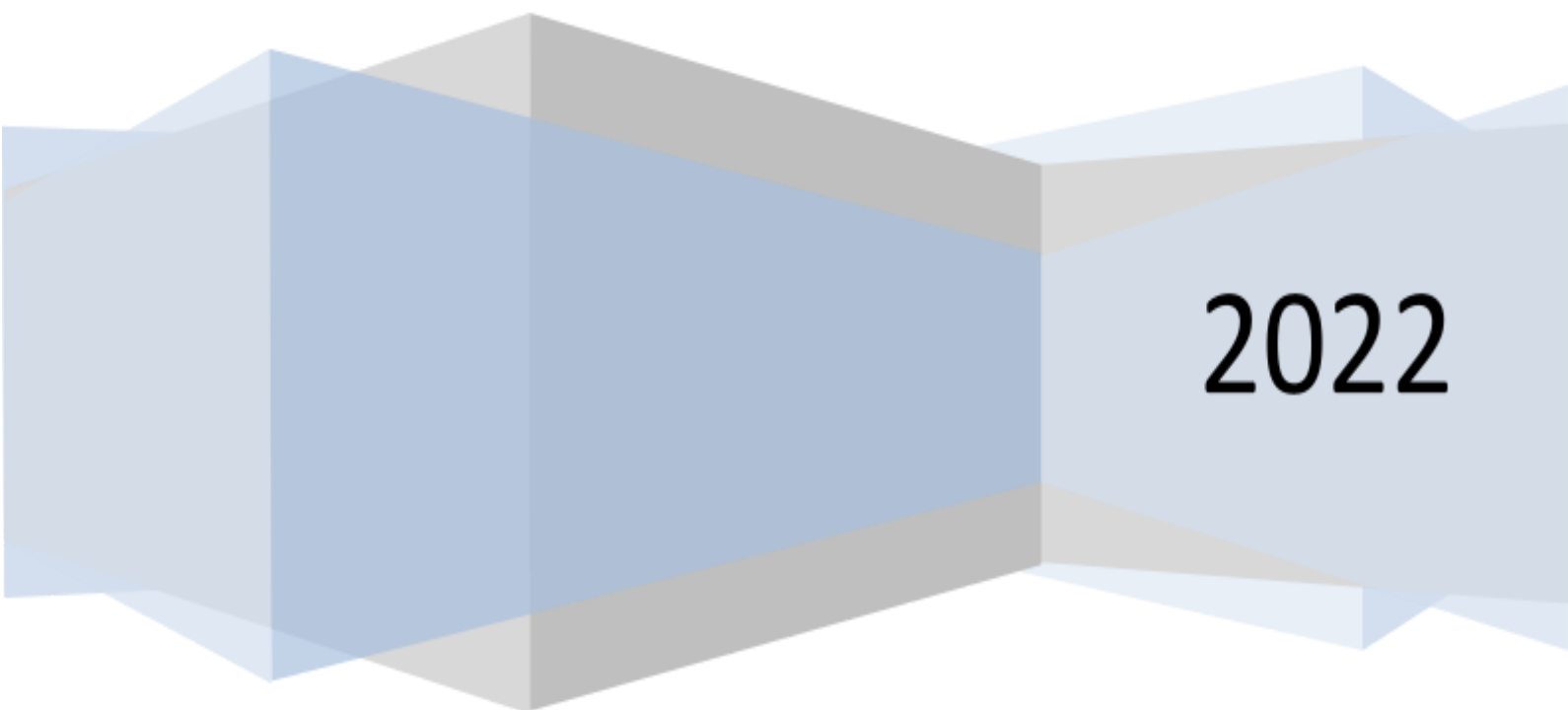


RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH

**PANDUAN
MANAJEMEN RISIKO**



2022

BAB I

DEFINISI

Manajemen adalah sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (*goals*) secara efektif dan efisien (Andry, 2008).

Risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi Risiko adalah segala sesuatu hasil berbahaya yang tidak terduga, tidak diinginkan dan terjadi akibat suatu tindakan serta dapat menimbulkan kerugian (Andry, 2008). Unit pemilik risiko adalah Satuan Kerja yang bertanggung jawab melaksanakan Manajemen Risiko. Proses Manajemen Risiko adalah suatu proses yang bersifat berkesinambungan, sistematis, logis dan terukur yang digunakan untuk mengelola risiko di instansi. Retensi adalah keputusan untuk menerima dan menyerap suatu risiko. Selera risiko adalah tingkat risiko yang bersedia diambil instansi dalam upayanya mewujudkan tujuandan sasaran yang diehendaknya. Peta risiko adalah gambaran total risiko dan distribusi posisinya dalam grafik dengan frekuensi pada sumbu horizontal (x) dan konsekuensi pada sumbu vertikal (y) (Starkes, 2022).

Risiko medik adalah suatu peristiwa yang tak terduga yang timbul akibat tindakan seorang tenaga kesehatan yang diberikan sesuai dengan standart prosedur medis, kompetensi dan etika yang berlaku. Semua tindakan medik mengandung risiko, sekecil apapun tindakan medik itu selalu mengandung apa yang dinamakan risiko. Risiko medik tidak dapat dipersalahkan dan tidak dapat diminta tanggungjawabnya, asalkan risiko ini merupakan risiko murni, dimana tidak ada unsur kelalaiannya (Andry, 2008).

Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi, komunikasi, pemantauan dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya (PMK No 25 Th 2019). Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan berkesinambungan meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, penanganan risiko, informasi, komunikasi, pemantauan dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya (Starkes, 2022). Sumber lain menyebutkan manajemen risiko merupakan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai, dan menyusun prioritas risiko dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan risiko. Manajemen risiko terintegrasi adalah proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua risiko yang potensial dan diterapkan terhadap semua unit/bagian/program/kegiatan mulai dari penyusunan RENSTRA,

penyusunan dan pelaksanaan program dan anggaran, pertanggungjawaban dan monitoring dan evaluasi serta pelaporan.

BAB /II

RUANG LINGKUP

A. Risiko yang dapat terjadi dalam pelayanan rumah sakit

Diantaranya :

1. Risiko Klinis adalah semua isu yang dapat berdampak pada pencapaian pelayanan pasien yang bermutu, aman dan efektif.
2. Risiko Non Klinis adalah semua isu yang dapat berdampak pada tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari RS sebagai korporasi.

B. Ruang lingkup risiko di Rumah Sakit

Meliputi :

1. Risiko yang terkait dengan asuhan pasien (*patient care-related risks*)
2. Risiko yang terkait dengan tenaga medis (*medical staff-related risks*)
3. Risiko yang terkait dengan karyawan (*employee-related risks*)
4. Risiko yang berhubungan dengan properti (*property-related risks*)
5. Risiko keuangan (*financial-related risks*)
6. Risiko lainnya (*other risks*)

C. Kategori Risiko

Beberapa kategori risiko yang harus diidentifikasi meliputi :

1. Risiko operasional adalah risiko yang terjadi saat rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis.
 - a. Risiko klinis yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (keselamatan pasien) meliputi risiko yang berhubungan dengan perawatan klinis dan pelayanan penunjang seperti kesalahan diagnostik, bedah atau pengobatan.
 - b. Risiko non klinis adalah risiko PPI (terkait pengendalian dan pencegahan infeksi misalnya sterilisasi, laundry, gizi, kamar jenazah dan lain-lainnya), risiko MFK (terkait dengan fasilitas dan lingkungan, seperti kondisi bangunan yang membahayakan, risiko yang terkait dengan ketersediaan sumber air dan listrik, dan lain-lain. Unit klinis maupun non klinis dapat memiliki risiko yang lain sesuai dengan proses bisnis/kegiatan yang dilakukan di unitnya. Misalnya unit humas dapat mengidentifikasi risiko reputasi dan risiko keuangan.

2. Risiko keuangan adalah risiko kepatuhan terhadap hukum dan peraturan yang berlaku.
3. Risiko reputasi adalah citra rumah sakit yang dirasakan oleh masyarakat.
4. Risiko strategis adalah risiko yang terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis rumah sakit.
5. Risiko kepatuhan terhadap hukum dan regulasi.

BAB III

TATA LAKSANA

A. Prinsip Manajemen Risiko

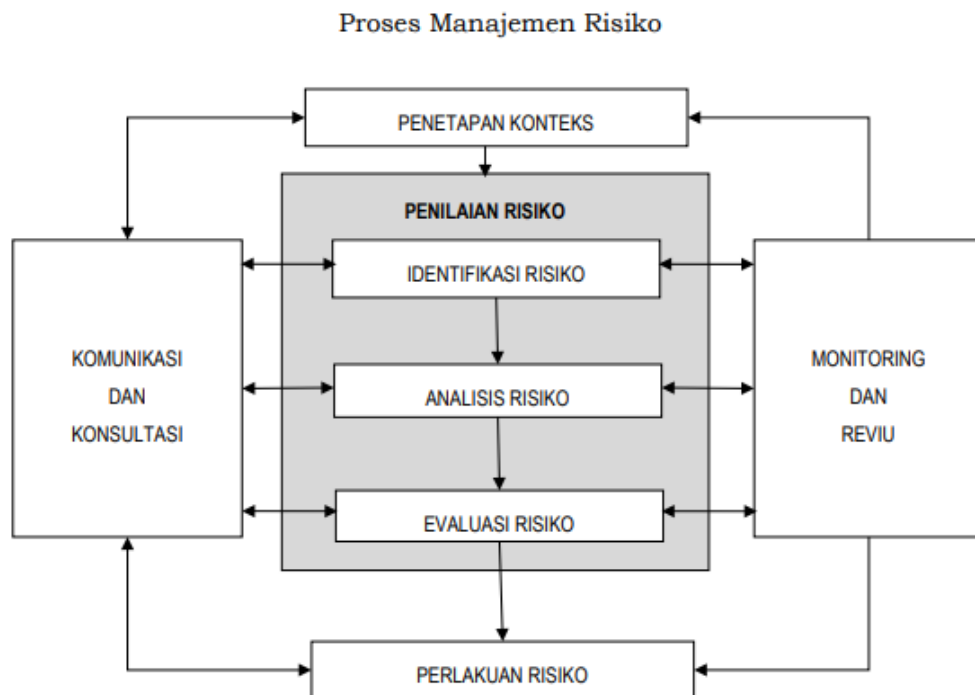
1. Manajemen risiko menciptakan nilai (*Creates value*)
2. Manajemen risiko merupakan bagian integral dalam proses organisasi
3. Manajemen risiko adalah bagian dari pengambilan keputusan
4. Manajemen risiko secara eksplisit menangani ketidakpastian
5. Manajemen risiko sistematis, terstruktur dan tepat waktu
6. Manajemen risiko berdasarkan informasi terbaik yang tersedia
7. Manajemen risiko dibuat sesuai kebutuhan
8. Manajemen risiko memperhitungkan faktor manusia dan budaya
9. Manajemen risiko bersifat transparan dan inklusif
10. Manajemen risiko bersifat dinamis, interaktif dan responsif terhadap perubahan
11. Manajemen risiko memfasilitasi perbaikan dan pengembangan berkelanjutan organisasi

B. Manfaat Manajemen Risiko

1. Pengendalian terhadap timbulnya *adverse event*
2. Meningkatkan perilaku untuk mencari peluang perbaikan sebelum suatu masalah terjadi
3. Meningkatkan perencanaan, kinerja, dan efektivitas
4. Efisiensi
5. Mempererat hubungan *stakeholders*
6. Meningkatkan tersedianya informasi yang akurat untuk pengambilan keputusan
7. Memperbaiki citra
8. Proteksi terhadap tuntutan
9. Akuntabilitas, jaminan, dan governance
10. Meningkatkan *personal health and well being*

C. Proses Tata Laksana Manajemen Risiko

Secara garis besar proses manajemen risiko dapat digambarkan dalam bagan berikut :



1. Menetapkan Konteks

Pada proses ini memastikan pada area mana manajemen risiko ini akan dilaksanakan, menentukan tujuan dan sasaran, serta mengkaji faktor pendukung dan faktor penghambat.

2. Identifikasi Risiko

Adalah pemeriksaan apa yang ada di dalam organisasi, yang dapat mengakibatkan cedera pada individu, sehingga bisa ditentukan apakah organisasi sudah mengambil tindakan pencegahan (*prevent*), *mitigate*, mendeteksi error yang dapat menyebabkan cedera (*harm*).

- a) Risiko diidentifikasi berdasarkan kategori risiko menghasilkan daftar risiko yang komprehensif untuk membuat profil risiko perusahaan.
- b) Setiap pemilik risiko harus mengidentifikasi sumber risiko, dampak, kejadian dan penyebabnya.
- c) Tujuannya adalah teridentifikasinya risiko dalam daftar risiko

3. Metode Identifikasi risiko

a) *Formal Methods*

1. Laporan insiden
2. Laporan kejadian
3. Skrining kejadian
4. Laporan sentinel

b) *Informal Methods*

1. Potensi klaim
2. Komplain pasien
3. Survey dan kuisioner
4. Catatan dan dokumen lain :
 - Sistem manajemen mutu
 - Notulen komite
 - Notulen kegiatan departemen
 - Laporan keamanan
 - Laporan keuangan
5. Personal inspections/inspeksi personal

Cara yang paling aplikatif untuk identifikasi risiko di RSI Aisyiyah Malang adalah dengan identifikasi risiko setiap unit. Setiap unit diminta untuk mendaftar semua risiko yang terkait dengan unitnya masing-masing. Setelah terkumpul, semua data tersebut dikumpulkan menjadi satu dan menjadi identifikasi risiko RSI Aisyiyah Malang.

4. Analisa Risiko

Tahapan Analisa Risiko dapat dilakukan dalam dua tahap :

1. Skrining awal risiko dengan teknik kualitatif

Asesmen kualitatif : penilaian risiko dan peluang sesuai dengan skala. Menggunakan deskripsi tetapi tidak dengan angka. Misal kemungkinan: Sering, Hampir pasti, kemungkinan. Dampak: Kritis, besar, sedang. Asesmen kualitatif yang paling sering digunakan : wawancara, survei, benchmarking dan analisis skenario dll.

2. Analisis kuantitatif membutuhkan nilai numerik

Menggunakan angka aktual untuk peringkat :

- o Kemungkinan : % kemungkinan terjadi dalam jangka waktu tertentu, Kemungkinan terjadi 2 tahun ke depan, 5 tahun ke depan, 10 tahun ke depan, dll.

- o Dampak : Secara umum dinyatakan dalam Rupiah: < 1 juta, 1-5 juta dll.

Peringkat risiko menggunakan *risk grading matrix* diperlukan untuk mendapatkan prioritas penanganannya. Makin tinggi angka yang didapat makin tinggi pula peringkat dan prioritasnya.

Adapun cara pelaksanaan Analisa Risiko dijelaskan sebagai berikut :

1. Analisa Risiko Non Klinis

- ✓ Skor risiko dihitung dengan rumus:

$$\text{SKOR RISIKO} : \text{PROBABILITAS} / \text{FREKUENSI} / \text{LIKELIHOOD} \times \text{DAMPAK/SEVERITY/ CONSEQUENCES}$$

Probabilitas/ Frekuensi/Likelihood Risiko Non Klinis

Level Kemungkinan (Probabilitas)	Kriteria Kemungkinan (Probabilitas)
Hampir Tidak Terjadi (1)	Peristiwa hanya akan timbul pada kondisi yang luar biasa
	Persentase 0-10%
Jarang Terjadi (2)	Peristiwa diharapkan tidak terjadi
	Persentase > 10-30%
Kadang Terjadi (3)	Peristiwa kadang-kadang bisa terjadi
	Persentase > 30-50%
Sering Terjadi (4)	Peristiwa sangat mungkin terjadi pada sebagian kondisi
	Persentase > 50-90% kegiatan dalam 1 periode
Hampir Pasti Terjadi (5)	Peristiwa selalu terjadi hampir pada setiap kondisi
	Persentase > 90% dalam 1 periode

Dampak/Severity/Consequences Risiko Non Klinis

Skor	Derajat (tingkat)	Dampak Keuangan	Tuntutan Ganti Rugi	Penundaan Pelayanan	Dampak pada Kesehatan dan Keselamatan	Reputasi	Dampak pada pihak terkait
1	Sangat rendah	≤ 3% anggaran	≤ Rp 1.000.000	≤ 1 hari kerja	Luka kecil pada orang atau beberapa orang	Diketahui oleh seisi kantor	Hanya berdampak pada satu pihak
2	Rendah	> 3 - 5% anggaran	> Rp 1.000.000 – Rp 5.000.000	> 1 - 2 hari kerja	Luka kecil berarti pada orang atau beberapa orang	Dimuat oleh media massa lokal namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 2 - 3 pihak
3	Sedang	> 5 - 8% anggaran	> Rp 5.000.000 - Rp 25.000.000	> 2 - 3 hari kerja	Luka berarti pada orang atau beberapa orang	Dimuat oleh media massa lokal & media sosial namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 3 - 4 pihak
4	Tinggi	> 8 - 12% anggaran	> Rp 25.000.000 - Rp 50.000.000	> 3 - 5 hari kerja	Luka serius pada orang atau beberapa orang	Dimuat di media nasional dan media online dan diingat sementara oleh masyarakat	Berdampak pada 4-5 pihak
5	Sangat Tinggi	> 12% anggaran	> Rp 50.000.000	> 5 hari kerja	Luka berganda atau kematian cacat permanen	Dimuat oleh media nasional/ internasional dan media sosial/media online diingat lama oleh masyarakat	Berdampak pada lebih dari 5 pihak

Risk Grading Matrix Risiko Non Klinis

MATRIX ANALISA RISIKO 5X5			DAMPAK				
			1	2	3	4	5
			Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
KEM U N G K I N A N	5	Hampir Pasti Terjadi	5	10	15	20	25
	4	Sering Terjadi	4	8	12	16	20
	3	Mungkin Terjadi	3	6	9	12	15
	2	Jarang Terjadi	2	4	6	8	10
	1	Hampir Tidak Terjadi	1	2	3	4	5

Peringkat Risiko

WARNA/BRAND RISIKO	DESKRIPSI STATUS RISIKO	LEVEL	LEVEL DIMULAI DARI STATUS RISIKO	TINDAKAN
	Sangat tinggi	5	>15	Diperlukan tindakan segera untuk mengelola risikonya
	Tinggi	4	10-14	Diperlukan tindakan untuk mengelola risikonya
	Sedang	3	5-9	Disarankan diambil tindakan jika tersedia sumber dayanya
	Rendah	2	3-4	Tidak diperlukan tindakan. Buat rencana darurat (<i>contingency plan</i>) dan terus lakukan monitoring
	Sangat rendah	1	1-2	Tidak perlu tindakan. Monitoring

2. Analisa Risiko Klinis

Skor risiko dihitung dengan rumus :

$$\text{SKOR RISIKO} : \text{PROBABILITAS} / \text{FREKUENSI} / \text{LIKELIHOOD} \times \text{DAMPAK/SEVERITY/ CONSEQUENCES}$$

Probabilitas / frekuensi / likelihood Risiko Klinis

Level	Frekuensi	Kejadian aktual
1	Sangat jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat sering	Terjadi dalam minggu / bulan

Dampak klinis / consequences / severity Risiko klinis

Level	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insignificant	Tidak ada cedera
2	Minor	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	- Berkurangnya fungsi motorik / sensorik / psikologis atau intelektual secara semipermanent / reversibel / tidak berhubungan dengan penyakit - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	- Cedera luas - Kehilangan fungsi utama permanent (motorik, sensorik, psikologis, intelektual), permanen / irreversibel/ tidak berhubungan dengan penyakit
5	Cathastropic	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Risk Grading Matrix Risiko Klinis

Dampak Probabilitas	Tak Significant 1	MINOR 2	Moderat 3	Mayor 4	Katartrospik 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

Peringkat Risiko

Warna	Deskripsi Status Risiko
	Sangat Tinggi/Extreme
	Tinggi
	Sedang/Moderate



Rendah

5. Evaluasi Risiko

- 1) Evaluasi risiko adalah proses membandingkan antara hasil analisa risiko dengan kriteria risiko untuk menentukan apakah risiko dapat diterima / ditoleransi.
- 2) Tujuan evaluasi risiko : membantu pengambilan keputusan, berdasarkan hasil analisis risiko, dan risiko yang memerlukan prioritas penanganan.
- 3) Evaluasi risiko menggunakan perbandingan tingkat risiko dengan kriteria risiko yang dibuat ketika konteksnya ditetapkan.
- 4) Risiko tidak hanya dampak dan probabilitas keuangan, tetapi juga kriteria subyektif seperti :
 - Dampak kesehatan dan keselamatan,
 - Dampak reputasi,
 - Kerentanan, dan speed onset.

6. Pengelolaan/Penanganan Risiko

Penanganan risiko terdiri atas siklus prosedur sebagai berikut :

- 1) Menilai penanganan risiko;
- 2) Memutuskan apakah tingkat risiko residual yang masih ada;
- 3) Jika tidak dapat ditoleransi akan dilakukan penanganan risiko
- 4) Menilai efektivitas penanganan itu.

Pemilihan penanganan risiko mencakup hal berikut :

1. Menghindari risiko (*Risk Avoidance*) dengan memutuskan untuk tidak memulai / melanjutkan dengan kegiatan yang menimbulkan risiko;
2. Meningkatkan risiko untuk memanfaatkan peluang / *value*
3. Mengubah kemungkinan / *Loss prevention*
4. Mengubah konsekuensi / *Loss reduction*
5. Berbagi risiko ke pihak lain / *Risk transfer*
6. Menerima risiko dengan keputusan. / *Risk acceptance*

Langkah-langkah dalam merancang kegiatan pengendalian adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil penilaian risiko, pemilik risiko mengidentifikasi apakah kegiatan pengendalian yang ada telah efektif untuk meminimalisasi risiko.

2. Kegiatan pengendalian yang telah ada tersebut perlu dinilai efektivitasnya dalam rangka mengurangi probabilitas terjadinya risiko (abatisasi) maupun mengurangi dampak risiko (mitigasi).
3. Selain itu, juga perlu diperhatikan ada/tidaknya pengendalian alternatif (compensating control) yang dapat mengurangi terjadinya risiko.
4. Terhadap risiko yang belum ada kegiatan pengendaliannya maupun yang telah ada, namun dinilai kurang atau tidak efektif, perlu dirancang kegiatan pengendalian yang baru/merevisi kegiatan pengendalian yang sudah ada.
5. Menerapkan kegiatan pengendalian yang telah dirancang dalam mengelola risiko

7. Pengawasan dan Tinjauan (*Monitor and Review*)

Monitoring dan *Review* adalah bagian dari proses manajemen risiko yang memastikan bahwa seluruh tahapan proses dan fungsi manajemen risiko memang berjalan dengan baik. *Monitoring* adalah pemantauan rutin terhadap kinerja aktual proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana yang akan dihasilkan. *Review* adalah peninjauan atau pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu

Monitoring dan *review* merupakan bagian yang mendasar dan sangat penting dalam proses manajemen risiko, terutama dalam proses manajemen risiko bagi keseluruhan organisasi. Pelaksanaan *monitoring* dan *review* secara berkelanjutan bertujuan untuk memberikan jaminan yang wajar terhadap pencapaian sasaran penerapan sistem manajemen risiko secara keseluruhan.

Pelaksanaan *monitoring* dilaksanakan dengan dua pendekatan yaitu pemantauan berkelanjutan (*on going monitoring*) dilakukan oleh pelaksana pekerjaan dan pemantauan terpisah (*separate monitoring*) dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI). Sasaran dari *monitoring* dan *review* adalah untuk memberikan jaminan.

Pendekatan pelaksanaan *monitoring* yaitu :

1. Pemantauan berkelanjutan (*on going monitoring*) oleh pelaksana pekerjaan
2. Pemantauan terpisah (*separate monitoring*) oleh Satuan Pengawas Internal (SPI)

Sasaran dari *monitoring* dan *review* : memberikan jaminan terhadap pencapaian sasaran penerapan system manajemen risiko secara keseluruhan.

Laporan *monitoring* dan *review* : pelaporan kelemahan yang masih ada, tanpa meninggalkan hal-hal positif yang telah dicapai. Pelaporan kelemahan menjadi fokus karena kegagalan penerapan manajemen risiko berarti memperbesar kegagalan pencapaian sasaran organisasi.

Pemantauan dan *review* : memastikan bahwa Manajemen Risiko dan usulan perbaikan telah dilaksanakan sesuai rencana penanganan risiko dilakukan secara berkala sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali.

Laporan penerapan Manajemen Risiko :

- a. Laporan identifikasi risiko dan analisis risiko
- b. Laporan rencana penanganan dan rencana pemantauan penanganan risiko.
- c. Dilaksanakan dalam waktu 6 bulan sekali

8. Pengelolaan Klaim

Pengelolaan klaim tuntutan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengurangi/mereduksi kerugian keuangan dan reputasi negative RS dengan mencegah terjadinya kegagalan dan cedera pada pasien.

Jenis pengelolaan klaim :

a. **KPK**

Kejadian Potensial Klaim (KPK/PCE) : insiden yang belum ada klaim / aksi legal formal, tapi berpotensi terjadi klaim.

b. **Klaim/Claim**

Insiden yang sudah ada notifikasi formal, baik secara lisan atau tertulis, bahwa kerugian keuangan sedang mengancam RS yang dilakukan oleh pihak ketiga yang mengalami cedera.

c. **Tuntutan Hukum (Lawsuit)**

Kasus-kasus dengan aksi legal formal yang berujung pengadilan.

BAB IV

DOKUMENTASI

A. Lembar Identifikasi Resiko

Contoh-contoh identifikasi risiko di Rumah Sakit

A		Access
	1	DISCHARGE - DELAY/FAILURE
	2	DISCHARGE - INAPPROPRIATE
	3	DISCHARGE - REFUSAL
	4	DISCHARGE PLANNING FAILURE
	5	DISCHARGE SUMMARY DELAY
	6	SELF DISCHARGE
	7	FAILURE TO FOLLOW-UP
	8	MISSED APPOINTMENT
	9	FAILURE TO REFER
	10	LACK OF/DELAYED AVAILABILITY OF BEDS (general)
	11	LACK OF/DELAYED AVAILABILITY OF BEDS (high dep)
	12	TRANSFER - DELAY/FAILURE
	13	TRANSPORT INAPPROPRIATE
	14	TRANSPORT - DELAY/FAILURE
	15	OTHER
B		Accident
	1	CONTACT WITH ELECTRICITY
	2	EXPOSURE TO HARMFUL SUBSTANCE
	3	Exposure to Radiation
	4	Exposure to Asbestos
	5	MOVING AND HANDLING
	6	Moving & Handling - Patient/Positioning
	7	Moving & Handling - Non-patient
	8	Moving & Handling - Display Screen
	9	STRUCK BY FALLING OBJECT
	10	CONTACT WITH HOT / COLD
	11	STRUCK BY MOVING VEHICLE
	12	SLIP/TRIP/FALL
	13	Slip/Trip/Fall on same level
	14	Slip/Trip/Fall from Height
	15	ROAD TRAFFIC ACCIDENT

	16	CONTACT WITH FURNITURE/FITTINGS
	17	OTHER
C		Building & Utility Issues
	1	DAMAGED WALL
	2	DAMAGED FLOOR
	3	PLUMBING LEAK
	4	GAS LEAK
	5	SEWAGE SMELL
	6	DOOR LOCKED/NOT WORK PROPERLY
	7	EQUIPMENT BROKEN
	8	DOOR BROKEN
	9	BLEEP SYSTEM FAILURE
	10	FAILURE OF DEVICE/EQUIPMENT
	11	DELAY/FAILURE TO PROVIDE EQUIPMENT TO USER
	12	IT/TELECOMMUNICATIONS FAILURE
	13	LACK/UNAVAILABILITY OF DEVICE/EQUIPMENT
	14	USER ERROR OF DEVICE/EQUIPMENT
	15	WRONG DEVICE OR EQUIPMENT USED
	16	INADEQUATE CHECK ON EQUIPMENT/SUPPLIES
	17	FAILURE/DELAY IN COLLECTION/DELIVERY SYSTEMS
	18	DEFECTIVE PRODUCT / SUPPLIES
	19	FALLING OBJECT
	20	OTHER
D		Clinical Assessment and Treatment
	1	DELAY/DIFFICULTY IN OBTAINING CLINICAL ASSISTANCE
	2	DELAY OBTAINING BLEEP HOLDER OR ON-CALL STAFF
	3	DIAGNOSIS - DELAY/FAILURE TO
	4	LACK OF/DELAYED AVAILABILITY OF APPROPRIATE PHYSICIAN
	5	DIAGNOSIS - WRONG
	6	TREATMENT - DELAY/FAILURE IN RECOGNISING
	7	TREATMENT - DELAY/FAILURE TO MONITOR
	8	TREATMENT - FAILURE/INCORRECT

	9	TREATMENT - FAILURE TO DISCONTINUE
	10	PATIENT INCORRECTLY IDENTIFIED
	11	BLOOD TRANSFUSION REACTION
	12	BLOOD / BLOOD COMPONENT TRANSFUSION ERROR
	13	Incorrect Dispensing
	14	Delay/Problem Obtaining Blood
	15	SCANS/X-RAYS/SPECIMENS - INADEQUATE/INCOMPLETE
	16	SCANS/X-RAYS/SPECIMENS - MISLABELLED/UNLABELLED
	17	SCANS/X-RAYS/SPECIMENS - WRONG
	18	SCANS/X-RAYS/SPECIMENS - MISSING
	19	SCANS/X-RAYS/SPECIMENS - NOT READ
	20	TEST REQUEST FORM - NONE/INCOMPLETE
	21	TEST - FAILURE/DELAY TO UNDERTAKE
	22	TEST RESULTS/REPORT - FAILURE/DELAY TO INTERPRET
	23	TEST RESULTS/REPORT - INCORRECT
	24	TEST RESULTS/REPORT - FAILURE/DELAY TO RECEIVE
	25	TEST RESULTS/REPORT - MISSING
	26	TEST RESULT/REPORT - MISLABELLED
	27	DIETARY ERROR
	28	Wrong Preparation
	29	Wrong Diet
	30	Food Hazard
	31	Delay
	32	DOCTOR'S INDUCED TREATMENT
	33	NOT REFERRED TO SPECIFIC DOCTOR
	34	CODE BLUE
	35	SCISSORS LEFT IN DIAPERS
	36	OTHER
E		Community
	1	DOG/RAT/HOUSEHOLD PETS/OTHERS
	2	STAFF LOCATION UNKNOWN
	3	CAR BREAKDOWN

	4	UNHYGIENIC ENVIRONMENT
	5	UNSAFE ENVIRONMENT
	6	INADEQUATE SUPPORT
	7	OTHER
	8	DELAY/FAILURE TO PROVIDE SOCIAL CARE
	9	DELAY/FAILURE OF CARE AGENCY TO PROVIDE CARE
	10	FAILURE OF RESIDENTIAL CARE HOME TO PROVIDE CARE
F		Financial Issues
	1	WRONG COST ESTIMATION
	2	DOUBLE CHARGED
	3	TARIFF DIFFER BETWEEN THE BOOK AND IN THE SYSTEM
	4	WRONG INPUT IN CHARGE SLIP
	5	TRANSACTION NOT INPUTED
	6	OTHER
G		Fire Issues
	1	FIRE (inc. accidental)
	2	FIRE ALARM FALSE
	3	FIRE ARSON (MALICIOUS)
	4	DEFECTIVE FIRE EQUIPMENT
	5	OTHER
H		Infection Control
	1	FAILURE OF STERILISATION OR CONTAMINATION OF
	2	FAILURE TO DECONTAMINATE EQUIPMENT
	3	INFECTION - CROSS/HEALTHCARE ACQUIRED
	4	INFECTION - WOUND
	5	UNSAFE/INAPPROPRIATE CLINICAL ENVIRONMENT
	6	UNSAFE/INAPPROPRIATE CLINICAL WASTE ISSUE
	7	EXPOSURE TO BODILY FLUIDS
	8	NEEDLESTICK INJURY
	9	Dirty Needlestick Injury
	10	Clean Needlestick Injury

	11	CUT BY SHARP OBJECT - NOT NEEDLESTICK
	12	NOTIFIABLE DISEASE
	13	OTHER
I		Information
	1	FAILURE TO OBTAIN CONSENT
	2	HEALTHCARE RECORD -
	3	NO ACCESS TO MEDICAL DOCUMENTATION
	4	CONFIDENTIALITY BREACH
	5	INCORRECT MENTAL HEALTH ACT RECORDS
	6	HEALTHCARE RECORD - DELAY IN OBTAINING
	7	HEALTHCARE RECORD - MISLABELLED
	8	HEALTHCARE RECORD - NOT SIGNED/DATED BY STAFF
	9	HEALTHCARE RECORD - WRONG DELIVERY
	10	CARE PLAN/ASSESSMENT -
	11	REFERRAL - MISSING/INADEQUATE/ILLEGIBLE
	12	APPOINTMENT RECORDING ERROR
	13	DOCUMENTATION MISFILED
	14	OTHER
J		IT Security
	1	VIRUS ATTACK
	2	ILLEGAL SOFTWARE
	3	PASSWORD COMPROMISED
	4	LOSS OF DATA
	5	LOSS/THEFT OF IT EQUIPMENT
	6	E-MAIL CONFIDENTIALITY BREACHED
	7	INTERNET MISUSE
	8	ANTI VIRUS EXPIRED
	9	OTHER
K		Maternity
	1	UNEXPECTED NEONATAL ADMISSION TO SCBU
	2	BIRTH TRAUMA (other)

	3	DELAY IN PAEDIATRICIAN ARRIVING WITHIN 15 MINS OF
	4	UNDIAGNOSED CONGENITAL ABNORMALITY
	5	OTHER
L		Medication
	1	Prescribing
	2	ILLEGIBLE PRESCRIPTION
	3	INCORRECT OR INAPPROPRIATE PRESCRIPTION
	4	NO SIGNATURE
	5	ALLERGY NOT RECORDED
	6	Dispensing
	7	LABEL ERROR
	8	WRONG MEDICINE/STRENGTH
	9	WRONG QUANTITY
	10	DELAY/PROBLEM OBTAINING MEDICATION
	11	EXPIRED / DAMAGED MEDICINE
	12	Administration
	13	WRONG PATIENT
	14	WRONG MEDICINE
	15	Wrong dose
	16	WRONG FORMULATION
	17	WRONG FREQUENCY/RATE/TIME
	18	WRONG ROUTE
	19	MEDICINE OMITTED
	20	EXPIRED MEDICINE
	21	ALLERGY RECORDED BUT TREATMENT GIVEN
	22	NO RECORD OF ADMINISTRATION
	23	Monitoring and Advice
	24	ADVERSE DRUG REACTION
	25	WRONG/OMITTED VERBAL OR WRITTEN ADVICE
	26	FAILURE TO MONITOR SIDE EFFECTS/THERAPY
	27	FAILURE PATIENT TO FOLLOW DIRECTIONS

	28	Medicine Security
	29	MEDICINES OBTAINED BY THEFT OR DECEPTION
	30	CONTROLLED DRUG ISSUE
	31	DELIVERY/TRANSPORT MEDICATION ISSUE
	32	INCORRECT STORAGE
	33	MEDICINES MISSING/UNACCOUNTED FOR
	34	MEDICINES FOUND LOOSE/NOT GIVEN
	35	MEDICINE KEY ISSUES
	36	LEFT UNATTENDED
	37	Other
	38	PATIENT TRANSFERRED OR DISCHARGED WITH
	39	MAR CHART OR MDS (E.G. DOSSETT) BOX ISSUE
	40	INCORRECTLY IDENTIFIED
	41	
	42	OTHER
M		Organisation
	1	ENVIRONMENTAL ISSUE
	2	Flooding
	3	Oil Pollution
	4	Effluent Pollution
	5	Food Issue
	6	SERVICE FAILURE (Lighting/Power/Heating etc.)
	7	ON CALL SYSTEMS FAILURE
	8	OTHER
N		Security Issues
	1	INTRUDER
	2	THEFT
	3	Theft of Staff Property
	4	Theft of Trust Property
	5	Theft of Patient Property
	6	Theft from/of Staff Vehicle

	7	Theft from/of Trust (loan) Vehicle
	8	ABSCONDER/MISSING PERSON
	9	VANDALISM
	10	UNSAFE ENVIRONMENT - (inc PERSONAL SAFETY)
	11	LOST OR MISPLACED PROPERTY
	12	BOGUS STAFF MEMBER
	13	ACCIDENTAL DAMAGE
	14	FRAUD OR DECEPTION
	15	FORCED ENTRY
	16	OTHER
	17	SECURITY FALSE ALARM
O		Service Users Issues
	1	ALLERGIC REACTION
	2	DEVELOPED PRESSURE SORES
	3	Pressure ulcer developed within our care
	4	Pressure ulcer acquired elsewhere
	5	DELAY/FAILURE TO START CARDIO PULMONARY
	6	CONCERN OVER A DO NOT RESUSCITATE ORDER
	7	UNEXPECTED OR SUSPICIOUS DEATH
	8	ISSUE CONCERNING PATIENT DIGNITY
	9	ALCOHOL AND ILLEGAL DRUGS USED
	10	TOURNIQUET PROBLEM
	11	CHAPERONE ISSUES
	12	PATIENT SELF HARM
	13	SUICIDE
	14	SUICIDE ATTEMPTED
	15	SUDDEN ONSET OF ILLNESS
	16	INFUSION SITE
	17	Swollen
	18	Haematoma
	19	OTHER
P		Staffing Issues

	1	INADEQUATE LEVELS
	2	INADEQUATE SKILLS MIX
	3	CONCERN OVER COMPETENCE
	4	INADEQUATE SUPERVISION
	5	ACTING BEYOND SCOPE OF PRACTICE
	6	OTHER
Q		Surgical / Theatre Issues
	1	THEATRE LIST DETAILS INCORRECT
	2	LATE AMENDMENTS TO LIST
	3	INCOMPLETE PRE-OPERATIVE PREPARATION OF
	4	DIATHERMY BURN
	5	TOURNIQUET PROBLEM
	6	OPERATION SITE WRONGLY MARKED
	7	WRONG OPERATION PERFORMED
	8	INCORRECT SWAB OR INSTRUMENT COUNT
	9	DEEP VEIN THROMBOSIS NO PROPHYLAXIS
	10	UNPLANNED RETURN TO THEATRE
	11	UNEXPECTED ACUTE ADMISSION
	12	INCOMPLETE POST-OPERATIVE PREPARATION OF PATIENT
	13	CARDIAC ARREST IN OT
	14	DISCREPANCIES BETWEEN PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE DIAGNOSES
	15	ADVERSE EVENTS DURING DEEP SEDATION OR ANESTHESIA
	16	OTHER
R		Violence Issues
	1	FIREARMS/DANGEROUS WEAPONS
	2	VERBAL (inc telephone)
	3	by other
	4	by patient
	5	to staff by staff
	6	PHYSICAL
	7	by other
	8	by patient

	9	to staff by staff
	10	Homicide by Patient
	11	RACIAL
	12	by other
	13	by patient
	14	to staff by staff
	15	CHILD ABUSE Identified
	16	SEXUAL
	17	by other
	18	by patient
	19	to staff by staff
	20	BULLYING
	21	by other
	22	by patient
	23	to staff by staff
	24	ADULT ABUSE Identified
	25	OTHER (Specify)

Sumber: NPSA Incident Types, Categories and Sub-Categories

B. Risk register

1. Pengertian

Risk Register / Daftar risiko adalah bagian dari proses pencatatan bagaimana RS akan mengelola risiko di area kerja, dokumen organisasi yang berisi identifikasi risiko, program assesmen risiko dan perencanaan risiko.

2. Ruang Lingkup

Setiap risiko yang diidentifikasi harus dicatat dalam daftar yang merangkum :

- a. Deskripsi risiko
- b. Penyebab dan dampaknya
- c. Kontrol yang ada untuk risiko
- d. Penilaian dampak dan probabilitas risiko yang terjadi dengan kontrol yang ada
- e. Peringkat risiko: rendah, menengah, tinggi atau sangat tinggi dan prioritas keseluruhan risiko

3. Manfaat

- a. Merupakan gambaran peta risiko selama setahun ke depan
- b. Merupakan media untuk melakukan assesmen risiko dalam kurun masa pelaksanaan manajemen risiko organisasi
- c. Berisi strategi rencana mitigasi/pengelolaan risiko sebagai bentuk langkah penanganan risiko yang ada
- d. Dokumen bagi pemilik dan stake holder dalam melihat situasi risiko dan masalah yang dihadapi organisasi
- e. Media bagi pemilik organisasi dalam rangka mencari umpan balik serta mendorong keterlibatan para stakeholder organisasi

Contoh *risk register* :

RISK REGISTER KORPORAT

Kode Warna		Risiko yang sudah terdaftar	Risiko Baru			Risiko Diturunkan/Dipantau di Level Dibawahnya							
No	DIVISI	Resiko Teridentifikasi	Tindakan pengendalian resiko yang ada	Peringkat Resiko			Tindakan pengendalian resiko	Peringkat Resiko Sisa			Penanggungjawab resiko	Tanggal tinjauan	Tanggal dikeluarkan
				C	L	R		C	L	R			
1	Keperawatan	Pasien jatuh	1. Kebijakan dan SOP pencegahan pasien jatuh. 2. Penyediaan sarana pencegah pasien jatuh yang mencukupi di tempat kerja. 3. Training/sosialisasi pencegahan pasien jatuh. kepada seluruh staf. 4. Pelaksanaan program. 5. Safety briefing tiap pergantian shift. 6. Kampanye pencegahan pasien jatuh. 7. Monitoring harian. 8. Evaluasi bulanan.	4	4	16	1. Kebijakan dan SOP pencegahan pasien jatuh. 2. Penyediaan sarana pencegah pasien jatuh yang mencukupi di tempat kerja. 3. Training/sosialisasi pencegahan pasien jatuh. kepada seluruh staf. 4. Pelaksanaan program. 5. Safety briefing tiap pergantian shift. 6. Kampanye pencegahan pasien jatuh. 7. Monitoring harian. 8. Evaluasi bulanan.	4	3	12	Manager Nursing	Maret 2010	Februari 2010
2	Keperawatan	Tertusuk jarum	1. Kebijakan dan SPO pengelolaan alat medis dan sampah tajam. 2. Penyediaan tempat sampah tajam	4	5	20	1. Kebijakan dan SPO pengelolaan alat medis dan sampah tajam sesuai EBP. 2. Penyediaan tempat sampah tajam yang mencukupi dan memenuhi syarat di tempat alat tajam digunakan. 3. Larangan total terhadap upaya menutup kembali jarum suntik bekas pakai. 4. Hanya diperbolehkan membuka jarum suntik (termasuk insulin pen) menggunakan alat bantu (klem / needle holder) 5. Mengganti alat medis tajam dengan produk yang lebih aman. 6. Training dan Sosialisasi SPO baru keseluruh Staff. 7. Pelaksanaan program. 8. Safety briefing tiap pergantian shift. 8. Kampanye pencegahan tertusuk jarum\. 9. Monitoring harian 10. Evaluasi bulanan	4	4	16	Manager Nursing	Maret 2010	
3	Keperawatan	Salah identifikasi pasien	1. Prosedur identifikasi positif.	4	5	20	1. Prosedur identifikasi positif. 2. Penyediaan perlengkapan identifikasi yang cukup dan memenuhi syarat. 3. Training/sosialisasi idnetifikasi pasien kepada seluruh staf. 4. Pelaksanaan program.] 5. Monitoring harian yang ketat. 6. Evaluasi bulanan.	4	4	16	Manager Nursing	Maret 2010	

Risk Register Risiko Non Klinis

RISK REGISTER/ DAFTAR RISIKO NON KLINIS RS ISLAM AISIYIAH MALANG TAHUN 2022																					
UNIT KERJA:																					
NO	UNIT KERJA	IDENTIFIKASI RISIKO	FREKUENSI /PROBABILITAS (F)					DAMPAK (D)					SKOR RISIKO (F x D)	LEVEL / BAND RISIKO					RANGKING	TINDAKAN	PENANGGUNG JAWAB
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		SR	R	S	T	ST			
1	2	3	4					5					6	7	8	9	10	11	12	13	14
Kepala Bagian (.....) Kepala Unit Kerja (.....)																					
KETERANGAN LEVEL/BAND RISIKO NON KLINIS Biru : Sangat Rendah (SR) Hijau : Rendah (R) Kuning : Sedang (S) Orange : Tinggi (T) Merah : Sangat Tinggi (ST)																					

Risk Register Risiko Klinis

RISK REGISTER/ DAFTAR RISIKO KLINIS RS ISLAM AISIYIAH MALANG TAHUN 2022																					
UNIT KERJA:																					
NO	UNIT KERJA	IDENTIFIKASI RISIKO	FREKUENSI /PROBABILITAS (F)					DAMPAK (D)					SKOR RISIKO (F x D)	LEVEL / BAND RISIKO					RANGKING	TINDAKAN	PENANGGUNG JAWAB
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		R	S	T	E				
1	2	3	4					5					6	7	8	9	10	11	12	13	
Kepala Bidang (.....) Kepala Unit Kerja (.....)																					
KETERANGAN LEVEL/BAND RISIKO KLINIS Biru : Rendah/Low Hijau : Sedang/Moderate Kuning : tinggi/High Merah : Ekstrem																					