



**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN**

Nomor : 121/UN4.24.0/2022

**TENTANG
PEMBERLAKUAN PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

- Menimbang** :
- a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, maka diperlukan panduan manajemen risiko dalam pelayanan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
 - b. Bahwa agar pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien di RS Unhas dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya manajemen risiko yang baik sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin a dan b diatas, maka dipandang perlu ditetapkan Pemberlakuan Panduan Manajemen Risiko dengan Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- Mengingat** :
1. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 43 Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Mutu dan Keselamatan Pasien.
 2. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 40 Rumah Sakit wajib dilakukan Akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali.
 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perizinan rumah sakit
 4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1333/Menkes/SK/XII/ 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
 5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis.

6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Nomor.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan
Minimal (SPM) Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEMBERLAKUAN
PANDUAN MANAJEMEN RISIKO DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN
- Kesatu : Adapun Peraturan tentang Manajemen Risiko sebagaimana
termaktub dalam lampiran ini.
- Kedua : Pengawasan penyelenggaraan pelayanan manajemen risiko
Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dilaksanakan oleh Komite
Mutu dan Keselamatan Pasien dengan dibantu oleh kepala unit
kerja atau instalasi atau komite terkait di rumah sakit Universitas
Hasanuddin
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan
apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam
penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : MAKASSAR

Pada tanggal : 28 Oktober 2022

DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph. D., Sp.M(K)

NIP 197002122008011013

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR : 121/UN4.24.0/2022
TENTANG PEMBERLAKUAN PANDUAN
MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

**PANDUAN
MANAJEMEN RISIKO
DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**



RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar 90245
Website: www.rs.unhas.ac.id. Email: info@rs.unhas.ac.id. Telp: (0411) 591 331
Fax: (0411) 591332

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa sehingga pada akhirnya penyusunan buku Panduan Manajemen Risiko Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dapat terselesaikan dengan baik. Panduan ini disusun dengan maksud dapat dipergunakan sebagai salah satu acuan, petunjuk maupun panduan bagi pelaksana dalam pelayanan dan pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Panduan ini bersifat dinamis dan dapat ditinjau kembali seiring dengan perkembangan ilmu Pengetahuan dan Teknologi serta penyempurnaan peraturan yang berlaku untuk meningkatkan pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Dengan demikian, kami mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak demi penyempurnaan panduan ini.

Tim Penyusun

SAMBUTAN DIREKTUR

Salam Tulus Melayani,

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Panduan Manajemen Risiko Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dapat terselesaikan dengan baik.

Terimakasih dan apresiasi besar kami sampaikan kepada Tim Penyusun Panduan Manajemen Risiko Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kontribusi besar terhadap keberhasilan penyusunan buku Panduan ini.

Kami berharap dengan disusunnya Panduan ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam melakukan Manajemen Risiko Rumah Sakit Universitas Hasanuddin untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Ditetapkan di : MAKASSAR

Pada tanggal : 28 Oktober 2022

DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph. D., Sp.M(K)

NIP 197002122008011013

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan Direktur	ii
Daftar isi.....	iii
A. DEFINISI.....	1
B. RUANG LINGKUP.....	4
C. TATA LAKSANA.....	5
D. DOKUMENTASI.....	27
Referensi	

**PANDUAN
MANAJEMEN RISIKO**

Pembuat Dokumen	Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
Tanggal	28 Oktober 2022
Jumlah Halaman	32 halaman



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

A. DEFINISI

Definisi Manajemen Resiko

Manajemen risiko menurut *The Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations* adalah aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh RS untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, pengunjung dan institusi RS.

Manajemen risiko dapat digambarkan sebagai proses berkelanjutan dari identifikasi secara sistemik, evaluasi dan penatalaksanaan risiko dengan tujuan mengurangi dampak buruk bagi organisasi maupun individu.

Rumah Sakit perlu menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko. Upaya manajemen risiko adalah : (RR, Balsamo dan MD, Brown., 1998)

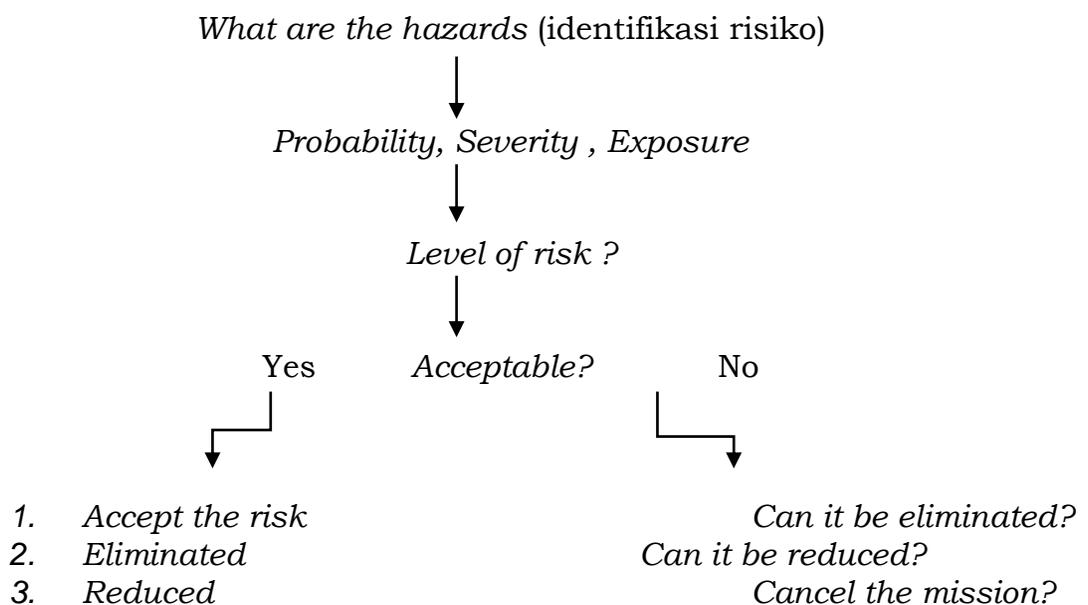


KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Manajemen risiko dilakukan berdasarkan Risk Management Logic

(Dwipraharso, 2004)



Manajemen risiko merupakan upaya yang proaktif untuk mencegah masalah di kemudian hari, dilakukan terus menerus dan dalam suasana *no blame culture*.

Tahapan manajemen risiko adalah:

1. *Risk Awareness*. Seluruh staf RS harus menyadari risiko yang mungkin terjadi di unit kerjanya masing-masing, baik medis maupun non medis. Metode yang digunakan untuk mengenali risiko antara lain: *Self-assessment*, sistem pelaporan kejadian yang berpotensi menimbulkan risiko (laporan insiden) dan audit klinis.
2. *Risk control (and or Risk Prevention)*. Langkah-langkah yang diambil manajemen untuk mengendalikan risiko. Upaya yang dilakukan:
 - a. Mencari jalan untuk menghilangkan risiko (*engineering solution*)
 - b. Mengurangi risiko (*control solution*) baik terhadap probabilitasnya maupun terhadap derajat keparahannya.
 - c. Mengurangi dampaknya.
3. *Risk containment*. Dalam hal telah terjadi suatu insiden, baik akibat suatu tindakan atau kelalaian ataupun akibat dari suatu kecelakaan yang tidak terprediksikan sebelumnya, maka sikap yang terpenting adalah mengurangi besarnya risiko dengan melakukan langkah-langkah yang tepat dalam mengelola pasien dan insidennya. Unsur utamanya



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

biasanya adalah respons yang cepat dan tepat terhadap setiap kepentingan pasien, dengan didasari oleh komunikasi yang efektif.

4. *Risk transfer*. Akhirnya apabila risiko itu akhirnya terjadi juga dan menimbulkan kerugian, maka diperlukan pengalihan penanganan risiko tersebut kepada pihak yang sesuai, misalnya menyerahkannya kepada sistem asuransi.

Dari sisi sumber daya manusia, manajemen risiko dimulai dari pembuatan standar (*set standards*), patuhi standar tersebut (*comply with them*), kenali bahaya (*identify hazards*), dan cari pemecahannya (*resolve them*).



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

B. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup manajemen risiko adalah :

A. Risk register

Rumah sakit harus mempunyai risk register yang berisi program asesmen risiko rumah sakit secara keseluruhan (klinis dan non klinis, termasuk finansial) yang dilakukan setahun sekali.

B. Root Cause Analyze (RCA)

RCA adalah proses untuk mengidentifikasi faktor-faktor dasar atau penyebab yang mendasari suatu insiden. Akar penyebab masalah adalah faktor penyebab yang paling mendasar, atau faktor yang jika dikoreksi atau dihapus akan mencegah terulangnya kejadian yang sama.

C. Failure Mode Effect and Analyze (FMEA)

FMEA merupakan salah satu teknik yang digunakan untuk memperbaiki suatu sistem, secara proaktif, yang bertujuan untuk mencegah kegagalan proses dan produk sebelum terjadi.

FMEA merupakan aktivitas kelompok yang sistematis dan proaktif, bertujuan untuk mencegah kegagalan proses dan produk sebelum terjadi. Menitikberatkan pada apa yang memungkinkan kegagalan terjadi bukan siapa yang menyebabkan. FMEA merupakan proses proaktif dimana kesalahan dapat dicegah dan diprediksi atau mengantisipasi kesalahan bila terjadi akan meminimalkan dampak buruk.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

C. TATA LAKSANA MANAJEMEN RESIKO

Keselamatan pasien di Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman dan menurunkan risiko. Risiko merupakan keadaan yang mungkin terjadi yang dapat berpengaruh negatif terhadap RS. Jika risiko sudah dinilai dengan tepat, maka proses ini akan membantu RS, pemilik dan para praktisi untuk menentukan prioritas dan perbaikan dalam pengambilan keputusan untuk mencapai keseimbangan optimal antara risiko, keuntungan, dan biaya. Adapun kategori risiko meliputi risiko strategi, performa, keuangan dan reputasi.

Banyaknya kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sebenarnya dapat dicegah di RS telah lama menjadi pusat perhatian. *The Joint Commission on Accreditation of Health Organization* (JCAHO) mewajibkan rumah sakit untuk melakukan setidaknya 1 (satu) *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) setiap tahun untuk dapat mengidentifikasi berbagai upaya pencegahan.

Program perbaikan pelayanan kesehatan yang dapat bertahan lama dan dapat mengurangi kemungkinan kegagalan hanya dapat dicapai melalui perbaikan sistem. FMEA merupakan teknik yang berbasis tim, sistematis, dan proaktif yang digunakan untuk mencegah permasalahan dari proses atau produk sebelum permasalahan tersebut muncul/terjadi. FMEA dapat memberikan gambaran tidak hanya mengenai permasalahan apa saja yang mungkin terjadi namun juga mengenai tingkat keparahan yang akan ditimbulkan.

TUJUAN

1. Tujuan Umum

- a. Mencegah dan memprediksi kesalahan/risiko
- b. Mengantisipasi kesalahan dan meminimalkan dampak buruk
- c. Meningkatkan perilaku untuk mencari peluang perbaikan sebelum suatu masalah terjadi.

2. Tujuan Khusus

- a. Pengendalian terhadap timbulnya *adverse event*
- b. Meningkatkan perencanaan, kinerja dan efektivitas serta efisiensi.
- c. Meningkatkan informasi yang akurat untuk pengambilan keputusan.
- d. Memperbaiki citra serta proteksi terhadap tuntutan RS
- e. Memperjelas peran, tugas, dan tanggung jawab staf RS dalam hal pelaksanaan manajemen risiko klinis RS

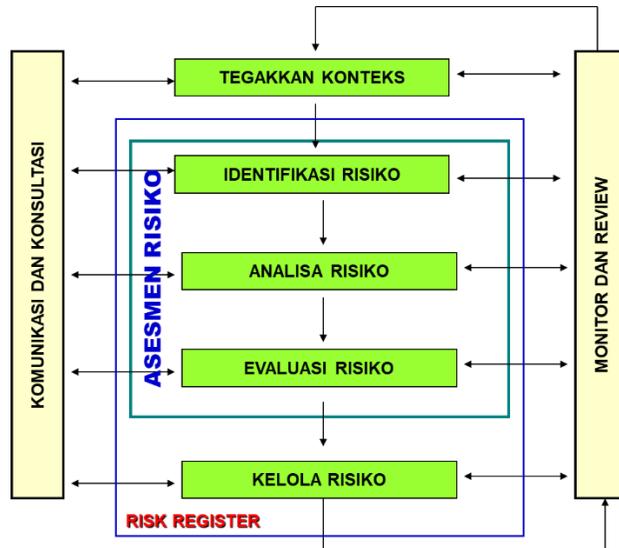


KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

A. RISK REGISTER

Proses pada manajemen risiko meliputi :



ACHS : Risk Management & Quality Improvement Handbook, 2013

1. Menegakkan konteks / membangun konteks
2. Mengidentifikasi risiko
3. Menganalisa risiko
4. Mengevaluasi risiko
5. Mengelola risiko

Rumah sakit harus mempunyai risk register yang dibuat setiap tahun sekali sebagai acuan untuk membuat program manajemen risiko seluruh rumah sakit. Risk register ini berisi :

1. Risiko yang diidentifikasi dalam satu tahun
2. Informasi insiden keselamatan pasien, klaim litigasi dan komplain, investigasi eksternal dan internal, hasil internal dan external audit
3. Informasi potensial risiko maupun risiko aktual menggunakan RCA dan FMEA

Risk Management Process

1. TAHAP 1: TEGAKKAN KONTEKS

Pada tahap ini:

- a. Identifikasi pasien dan pahami kegiatan operasional di lingkungan Rumah Sakit dan strategi program manajemen risiko layanan kesehatan yang efektif.
- b. Tetapkan parameter organisasi dan lingkungan di mana proses manajemen risiko harus ditempatkan, tujuan dari aktivitas risiko dan konsekuensi potensial yang dapat timbul dari pengaruh internal dan eksternal.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Tujuan, sasaran, strategi, ruang lingkup dan parameter kegiatan, atau bagian dari organisasi Rumah Sakit di mana proses manajemen risiko sedang diterapkan, harus ditetapkan. Proses harus dipertimbangkan dengan seksama sesuai kebutuhan untuk menyeimbangkan biaya, manfaat dan peluang. Perlu ditentukan pula kebutuhan sumberdaya dan catatan yang harus didokumentasikan dan dipelihara.

2. TAHAP 2: IDENTIFIKASI RISIKO

Identifikasi risiko internal dan eksternal yang dapat menimbulkan ancaman sistem Kesehatan, organisasi Rumah Sakit, unit pelayanan Rumah Sakit, atau pasien. Identifikasi risiko komprehensif sangat penting dan harus dikelola menggunakan proses sistematis yang terstruktur dengan baik karena potensi risiko yang tidak diidentifikasi pada tahap ini akan dikecualikan dari analisis dan pelayanan lebih lanjut. Semua materi risiko harus diidentifikasi, apakah mereka berada di bawah kontrol organisasi manajemen risiko.

Kategori risiko di Rumah Sakit:

1. Risiko Klinis

Risiko yang berdampak pada capaian pelayanan pasien yang bermutu, aman dan efektif

2. Risiko Nonklinis/Corporate Risk

Risiko yang berdampak pada capaian tugas pokok dan kewajiban hukum dari RS sebagai korporasi

Identifikasi adalah elemen yang penting dalam manajemen risiko karena risiko tidak akan efektif ditangani bila tidak dilakukan identifikasi. Identifikasi risiko dapat dilakukan secara reaktif dan proaktif.

Beberapa sumber informasi untuk identifikasi risiko yang dapat dipakai seperti:

- a. Laporan insiden
- b. Komplain dan litigasi
- c. Risk register
- d. Surveillance
- e. Diskusi dengan pimpinan unit layanan serta staf dan mitra kerja



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Formulir Identifikasi Risiko

No.	Insiden	Dampak (D)					Probabilitas (P)					Skor Risiko (D x P) 1-25	Bands				Rangking Risiko	Tindakan	Penanggung Jawab
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		L	M	H	E			

3. TAHAP 3: ANALISIS RISIKO

Analisis risiko melibatkan pengembangan akan pemahaman risiko. Analisis risiko memberikan masukan mengambil risiko untuk dilakukan evaluasi dan keputusan apakah risiko perlu ditangani, dan pada strategi risiko dan metode penanganan yang paling tepat.

Pada umumnya risiko yang berpotensi menyebabkan kerugian dan keuangan akan menjadi prioritas intervensi. Makin besar kerugian yang akan terjadi, makin segera tindakan segera dilakukan. Analisis dilakukan dengan melakukan risk grading/tingkatan risiko untuk menentukan keparahan dari tiap risiko dengan cara memeriksa kecenderungan terjadinya risiko dan akibatnya bila hal ini terjadi.

Penilaian dan rangking risiko dilakukan menggunakan kategori kemungkinan dan konsekuensi.

Tabel Probability

Level	DESKRIPSI
1 Very low	0-5% – extremely unlikely or virtually impossible HAMPIR TIDAK MUNGKIN TERJADI
2 Low	6-20% – low but not impossible JARANG TAPI BUKAN TIDAK MUNGKIN TERJADI
3 Medium	21-50% – fairly likely to occur MUNGKIN TERJADI/ BISA TERJADI
4 High	51-80% – more likely to occur than not SANGAT MUNGKIN
5 Very high	81-100% – almost certainly will occur HAMPIR PASTI AKAN TERJADI



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Risk Grading Matrix (Matriks Derajat Risiko)

Likelihood / Probability	Potensial Consequences / Impact				
	Insignificant 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Almost certain (Tiap mgg/bln) 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Likely (Bebrp x/thn) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Posible (1-2 thn/x) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Unlikely (2-5 thn/x) 2	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Rare (>5 thn/x) 1	Low	Low	Moderate	high	Extreme

Keterangan warna (tindak lanjut yang dilakukan) :

- Pita biru: Dapat diatasi dengan prosedur rutin, dilakukan investigasi sederhana
- Pita hijau: Manajer/pimpinan klinik harus menilai dampak terhadap biaya mengatasi risiko dengan supervisi dan dilakukan investigasi sederhana
- Pita kuning: Dilakukan RCA dan dimonitoring oleh Direktur
- Pita merah: dilaporkan segera ke Direktur utama dan dilakukan RCA

4. TAHAP 4: EVALUASI RISIKO

Mengevaluasi risiko dan membandingkan kriteria risiko yang diterima untuk dikembangkan dalam daftar prioritas risiko yang akan ditindak lanjuti. Melakukan evaluasi risiko dan prioritas risiko dengan cara membandingkan tingkat risiko yang ditemukan selama analisis dengan kriteria risiko yang ditentukan sebelumnya, dan mengembangkan daftar prioritas risiko untuk menentukan tindak lanjut. Keputusan harus mempertimbangkan konteks yang lebih luas dari risiko dan mencakup pertimbangan toleransi risiko yang ditanggung oleh pihak lain selain manfaat risiko bagi organisasi.

5. TAHAP 5: KELOLA RISIKO

Bila memungkinkan paparan risiko perlu dieliminasi. Contohnya memperbaiki alat yang rusak, memberikan pendidikan pada staf medis yang belum mendapatkan edukasi tentang prosedur pengoperasian alat. Bila risiko tidak dapat dieliminasi, maka perlu dicari teknik lain untuk menurunkan risiko kerugian. Setelah dilakukan identifikasi dan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Analisa risiko, makan satuan tugas manajemen risiko harus menangani dan mengendalikan risiko tersebut.

B. ROOT CAUSE ANALYSIS

RCA dilakukan setelah terjadi :

1. Insiden keselamatan pasien :
 - a. sentinel, kejadian yang tidak diharapkan/KTD termasuk semua kematian yang tidak diharapkan dan semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi atau kehilangan bagian tubuh.
 - b. kejadian nyaris cedera / KNC yang terjadi lebih dari 3 kali.
2. Ditemukannya kegagalan, masalah atau hasil yang buruk, dan hal ini tidak diharapkan lagi
3. Diterimanya komplain pelanggan (internal ataupun yang eksternal yang valid)

Langkah- langkah dalam RCA ini meliputi :

1. Mengidentifikasi masalah dan pengumpulan data.
2. Membentuk Tim RCA
3. Menyelidiki lebih lanjut melalui penyusunan kronologi dan wawancara
4. Memahami apa yang terjadi, bila perlu dilakukan rekonstruksi
5. Menganalisa akar penyebab
6. Membuat rencana untuk menghilangkan akar masalah
7. Mengevaluasi efektifitas tindakan.

1. IDENTIFIKASI MASALAH DAN PENGUMPULAN DATA

Alasan suatu insiden harus diinvestigasi secara detil adalah :

- Masalah serius atau membahayakan pasien atau rumah sakit
- Masalah potensial untuk pembelajaran dalam unit atau organisasi yang lebih luas.

Dalam mengidentifikasi masalah perlu pengumpulan data/bukti, bisa dengan data dalam bentuk *run chart*, *histogram* atau *pareto*.

a) *Run chart*

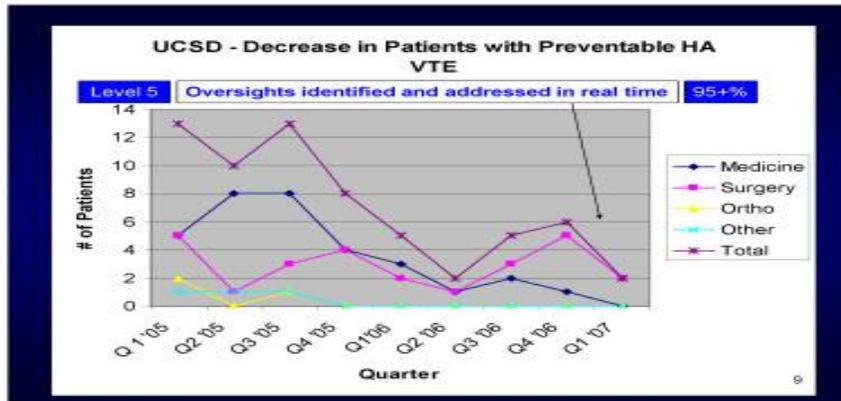
Tujuan : untuk melihat tren dan pola pada proses dalam periode waktu tertentu



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

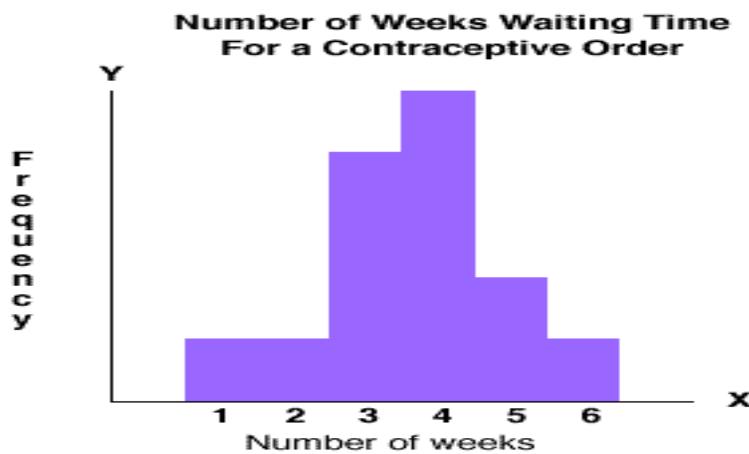
Digunakan untuk Inves-gasi masalah Untuk mengetahui perbandingan dari beberapa hal atau area sehingga dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan atau sudah mengalami peningkatan



b) Histogram

Tujuan : untuk memberikan gambaran distribusi data pada nilai rentang tertentu dan gambaran variasi dalam proses tertentu serta menyarankan pada upaya perbaikan yang perlu dilakukan

Digunakan untuk investigasi masalah jika terdapat banyak data dan kita hendak mengetahui bagaimana sebaran data tersebut.



c) Pareto

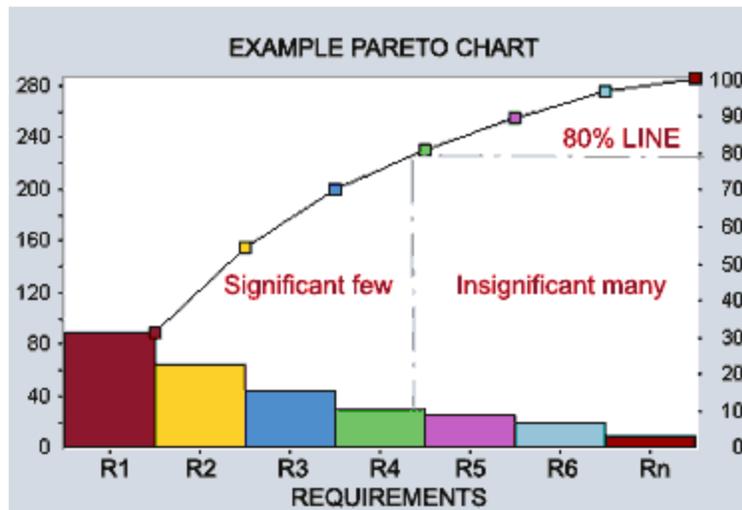
Tujuan : untuk menunjukkan kejadian yang paling sering terjadi dan karenanya memiliki dampak terbesar

Digunakan menentukan masalah mana yang harus diselesaikan terlebih dahulu



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id



Selain itu pengumpulan data bisa dilakukan dengan cara :

- Observasi langsung, dengan cara mengunjungi langsung tempat insiden terjadi untuk mengetahui keadaan , posisi, dan hal-hal yang berhubungan dengan insiden.
- Dokumentasi, untuk mengetahui apa yang terjadi sesuai data, observasi, dan inspeksi.
- Interview, untuk mengetahui kejadian secara langsung untuk pengecekan pada hasil observasi dan data dokumentasi.

2. MEMBENTUK TIM RCA

Pembentukan tim terdiri dari unit yang terkait, staf yang mempunyai keahlian dalam pembuatan RCA dan orang yang mempunyai kompetensi/keahlian sesuai kasus. Tim RCA terkait insiden selain staf yang terkait langsung dengan insiden. Idealnya Tim terdiri dari 3-4 orang

3. INVESTIGASI LANJUT (MENYUSUN KRONOLOGI DAN REKONSTRUKSI)

Tim RCA dalam mengumpulkan data/bukti didukung dengan menyusun kronologi insiden tersebut terjadi serta melakukan wawancara kepada staf yang terlibat.

Sangat membantu bila kronologi insiden dipetakan dalam sebuah bagan kronologi kejadian yang menceritakan secara rinci terjadinya kejadian dari waktu ke waktu secara sistematis

Contoh Kronologi narasi : Kasus pasien Jatuh di rawat inap



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

4. MEMAHAMI APA YANG TERJADI, BILA PERLU DILAKUKAN REKONSTRUKSI

Setelah menyusun kronologi dan melengkapinya dengan wawancara oleh Tim RCA dengan beberapa pihak serta melihat langsung di tempat kejadian, maka supaya lebih paham proses insiden terjadi dapat dilakukan rekonstruksi.

Dalam rekonstruksi dilakukan :

- a. Simulasi kejadian seperti yang sudah dicatat dalam kronologi.
- b. Melibatkan orang yang terlibat saat kejadian dan menggunakan metode yang sama dengan saat kejadian.
- c. Pengamatan lingkungan sekitar saat rekonstruksi , pengamatan interaksi antar personel , pengamatan pekerjaan yang dilakukan , pengamatan interupsi yang mungkin timbul, dan pengamatan peralatan yang digunakan.
- d. Pencatatan setiap hal yang dianggap berpotensi memberikan kontribusi pada kejadian

5. MENGANALISA AKAR PENYEBAB

Dalam melakukan analisa akar penyebab masalah bisa menggunakan beberapa tools antara lain :

- a. *Brainstorming*
- b. *Affinity Diagram*
- c. *Cause & effect diagram (fishbone diagram)*

a. BRAINSTORMING

Brainstorming digunakan jika diinginkan ide atau solusi yang tidak terbatas untuk menemukan akar masalah dari semua pihak dalam proses perbaikan.

Tujuan melakukan brainstorming ini untuk menghasilkan beberapa ide-ide dalam waktu minimum, melalui proses kreatif dalam kelompok.

Brainstorming dilakukan oleh dalam rapat Tim RCA bersamapihak yang terlibat serta tenaga lain yang dianggap kompeten dan memahami tentang kejadian yang akan dilakukan RCA



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

b. AFFINITY DIAGRAM

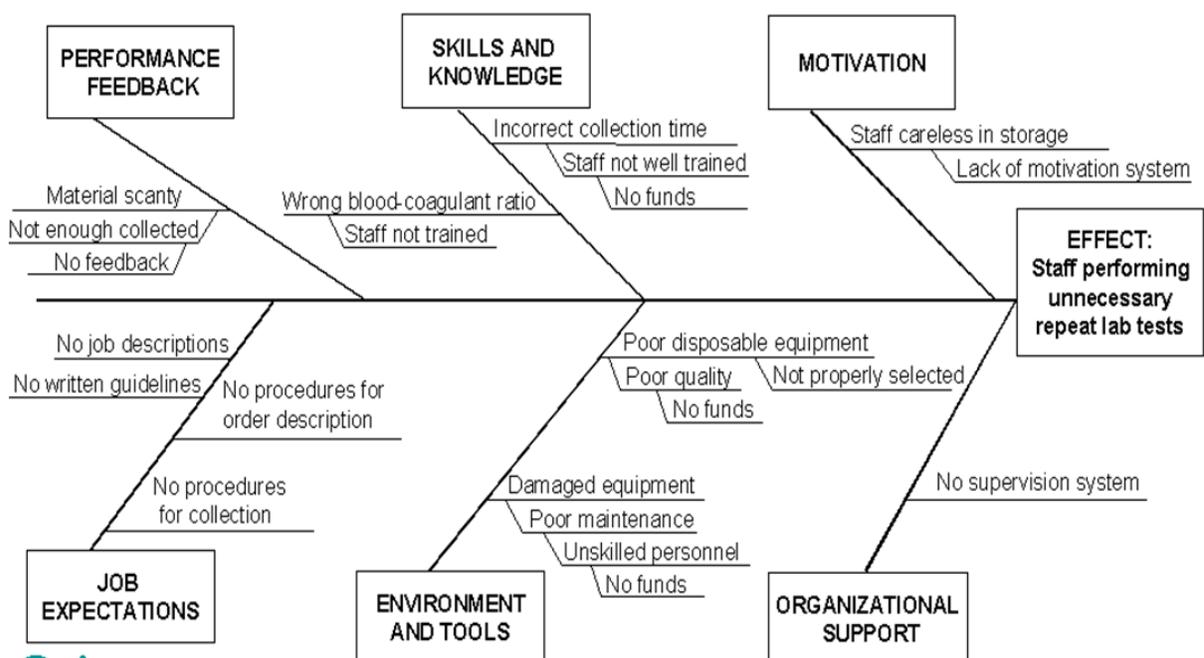
Analisa akar penyebab masalah dengan menggunakan affinity diagram jika untuk membantu mendiagnosa masalah yang rumit, mengorganisasikan fakta, opini, dan isu, ke dalam kelompok alaminya, sehingga dapat ditemukan akar penyebab masalah.

Tujuan penggunaan affinity diagram ini adalah untuk menghasilkan sejumlah besar ide atau isu secara kreatif, dan kemudian mengaturnya dalam kelompok yang bermakna.

c. CAUSE AND EFFECT DIAGRAM

Melakukan analisa akar masalah yaitu mencari faktor yang berperan dengan memasukkan akar masalah ke dalam duri ikan (*fish bone*) dengan pengelompokan 4M (*man, money, material, metode*) dan 1 E (*environment*)

Analisa akar penyebab masalah dengan menggunakan diagram ini, jika masalah yang timbul memiliki beberapa penyebab. Tujuan menggunakan diagram ini adalah untuk menampilkan gambaran yang jelas dari beberapa hubungan sebab akibat antara hasil dan faktor yang mempengaruhi.



Pada setiap "tulang ikan" tersebut, untuk mencari akan penyebab masalah perlu bertanya dengan menggunakan "5 WHY" yang bertujuan secara konstan bertanya "mengapa?" melalui lapisan penyebab sehingga mengarah ke akar permasalahan dari problem yang teridentifikasi.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Analisa akar masalah dilakukan oleh Tim RCA serta tenaga ahli lain yang dianggap kompeten dan memahami tentang kejadian yang akan dilakukan RCA

Contoh

MASALAH	Alat defibrilator rusak ketika mau digunakan untuk menangani pasien dengan kegawatan jantung
Mengapa alat rusak ?	Karena perawatannya jarang dilakukan
Mengapa perawatan jarang dilakukan ?	karena belum ada jadwal perawatan berkala
Mengapa belum ada jadwal perawatan yang berkala ?	Karena staf tidak memahami berapa jangka waktu perawatan alat tersebut
Mengapa staf tidak memahami berapa jangka waktu perawatan alat ?	Karena belum ada standar waktu perawatan alat

Ketika sudah tidak dapat menjawab dengan kata “mengapa” maka jawaban tersebut dianggap sebagai akar penyebab masalah. Dengan mengoreksi akar penyebab masalah tersebut diharapkan insiden serupa tidak akan terjadi.

6. MEMBUAT RENCANA UNTUK MENGHILANGKAN AKAR MASALAH

Untuk setiap akar penyebab masalah yang berkontribusi perlu dibuat langkah-langkah korektifnya, dan ditetapkan siapa PIC (personal of charge) dan kapan tenggat waktunya. Bila perlu, ada rencana yang dikembangkan untuk diuji cobakan dulu, namun perlu ditetapkan cara pengukurannya dan jangka waktu pengujian tersebut. Dan bila hasilnya baik, maka bisa dijadikan standar proses.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Contoh form rekomendasi dan rencana tindakan

Akar masalah	Tindakan	Tingkat rekomendasi (individu, direksi)	PIC (penganggung jawab)	Tenggat waktu	Sumber daya yang dibutuhkan	Bukti penyelesaian	Paraf

7. MENGEVALUASI EFEKTIFITAS TINDAKAN.

Waktu untuk melakukan evaluasi dan mengukur hasil harus ditetapkan. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah langkah-langkah tindakan yang direncanakan tersebut sudah dapat mencegah masalah atau insiden terjadi kembali. Bila langkah-langkah tersebut belum efektif untuk mengoreksi atau mencegah masalah/insiden terjadi lagi, maka perlu dilakukan revisi terhadap plan of actionnya atau dianalisa ulang untuk kembali dicari akar permasalahannya.

Hasil tindak lanjut dari unit terkait akan dimonitoring keefektifannya. Bila didapatkan hasilnya tidak efektif maka akan dilakukan RCA ulang.

C. FAILURE MODE EFFECT AND ANALYSES (FMEA)

FMEA mempunyai beberapa konsep-konsep yang harus dipahami, antara lain sebagai berikut :

1. *Failure Mode* adalah suatu cara/kondisi dimana suatu proses dapat mengalami kegagalan
2. Akibat yang mungkin timbul (*potential effect*). Setiap kegagalan mempunyai akibat-akibat yang potensial timbul, beberapa akibat mempunyai kecenderungan untuk lebih sering terjadi daripada akibat lain.
3. Risiko kegagalan. Setiap akibat yang mungkin timbul mempunyai risiko relatif yang berkaitan dengan akibat tersebut. Di pelayanan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

kesehatan , risiko kegagalan dan akibat yang ditimbulkannya ditentukan oleh dua faktor , yaitu :

- a. Keparahan (severity) , merupakan konsekuensi jika suatu kegagalan terjadi.
 - b. Tingkat kejadian (occurrence) , yaitu kemungkinan, frekuensi dari terjadinya suatu kegagalan.
4. Risk priority number (RPN), merupakan nilai yang menunjukkan keparahan dan tingkat kejadian dari setiap potensi kegagalan. Nilai RPN diperoleh dari perkalian antara severity, occurrence, dan detectability.

Dalam melakukan FMEA terdapat 8 langkah yang harus dilalui, yaitu sebagai berikut :

1. Menentukan proses yang mempunyai risiko tinggi dan membentuk tim
2. Menyusun diagram proses
3. Mendiskusikan kegagalan potensial dan menentukan dampaknya.
4. Membuat skala prioritas kegagalan
5. Mengidentifikasi akar penyebab kegagalan
6. Mendesain ulang proses (redesign the process)
7. Menganalisis dan melakukan pengujian
8. Mengimplementasikan dan melakukan monitoring terhadap rancangan ulang proses.

LANGKAH 1 : MENENTUKAN PROSES YANG MEMPUNYAI RISIKO TINGGI DAN MEMBENTUK TIM

1. Pilih Proses Berisiko

Dalam hal pemilihan proses yang akan dianalisis dengan FMEA , maka perlu memperhatikan karakteristik proses yang memiliki risiko tinggi , sebagai berikut :

a. Input yang bervariasi (*variable input*)

Bisa dari aspek pasien (tingkat keparahan penyakitnya, komorbiditas, pengobatan, keinginan pasien, dsb) atau pemberi layanan (tingkat ketrampilan , cara pendekatan melaksanakan tugas, dsb)

b. Kompleks

Proses dalam layanan kedokteran sangat kompleks , terdiri atas puluhan langkah.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Semakin banyak langkah dalam suatu proses , semakin tinggi probabilitas terjadinya kesalahan (*handsoff*).

- c. Tidak ada atau kurangnya standar (*lack of standardization*)
Variabilitas individu masih sangat tinggi, sehingga tidak ada konsistensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, maka perlu suatu standar dalam asuhan kepada pasien, bisa berupa SPO (standar prosedur operasional), protokol, ataupun bisa merupakan suatu clinical pathway. Dengan adanya standar tersebut variasi individu bisa diminimalkan atau dibatasi.
- d. Langkah-langkahnya terkait erat satu sama lainnya (*tightly coupled*)
 - 1) Perpindahan satu langkah ke langkah lain dalam waktu yang berurutan tanpa jeda seringkali menimbulkan kesalahan/penyimpangan pada langkah berikutnya.
 - 2) Keterlambatan dalam suatu langkah akan mengakibatkan gangguan pada seluruh proses.
 - 3) Kekeliruan dalam suatu langkah akan mengakibatkan penyimpangan pada langkah berikutnya (*cascade of failure*)
 - 4) Kesalahan biasanya terjadi pada saat perpindahan langkah atau adanya langkah yang terabaikan.
 - 5) Pada “tightly coupled” seringkali hanya memberi peluang satu jenis cara untuk menyelesaikan satu langkah tertentu.
 - 6) Kesalahan pada satu langkah akan segera diikuti oleh kesalahan berikutnya, terutama karena koreksi tidak sempat dilakukan
- e. Sebagai tambahan proses yang mempunyai risiko tinggi (*high risk processes*) adalah bila proses tersebut :
 - 1) *Low risk, high frequency*
Kesalahan-kesalahan kecil dalam proses dapat menimbulkan outcome katastropik , dengan mengambil istilah “ death by a thousand cuts” atau kematian oleh seribu sayatan.
 - 2) *Low frequency, high risk*
Kemungkinan terjadi kegagalan sangat kecil tapi bila kegagalan terjadi maka akan menimbulkan dampak yang sangat besar.
 - 3) Pelayanan baru atau alat baru
Sebelum menggunakan alat yang baru / pelayanan baru perlu dilakukan identifikasi potensial kegagalan yang akan terjadi sebelum kontak dengan pasien.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

4) Desain baru

Saat mendesain gedung/fasilitas kesehatan , arsitek harus merancang bangunan yang “AMAN”

- f. Waktu yang sempit atau terlalu lama, misal waktu tunggu pasien > 2 jam
- g. Ketergantungan pada intervensi manusia (*dependent on human intervention*)

Setelah terkumpul sekian banyak proses yang berisiko tinggi dan proses tambahan, maka dilakukan analisis dan dipilih jumlah yang mampu dilakukan dengan mempertimbangkan :

- paling tinggi potensial risikonya
- paling “interrelated” dengan proses yang lain.
- ketertarikan orang untuk memperbaiki.

2. **Bentuk Tim**

Tim terdiri dari multi disipliner, tidak lebih dari 10 orang (idealnya 4-8 orang)

- a. Memiliki pengetahuan tentang proses yang akan dianalisis dan unit yang akan terkena perubahan
- b. Mewakili bidang yang akan dianalisis dan unit yang terkena perubahan
- c. Mengikutkan orang yang tidak terlibat dalam proses tapi memiliki kemampuan analisis
- d. Setidaknya ada satu pembuat keputusan (leader)
- e. Satu orang yang memiliki “*critical thinking*”.

Anggota tim tersebut terdiri atas :

- a. Team leader atau pemimpin tim
- b. Fasilitator
- c. Fasilitator bisa merangkap sebagai pemimpin tim, bisa juga tidak. Akan lebih baik bila pemimpin tim bukan berasal dari area yang akan dianalisa.
- d. Fasilitator membantu tim dalam setiap proses.
- e. Fasilitator memastikan bahwa anggota tim menyelesaikan semua langkah-langkah proses dan mendokumentasikan hasilnya.
- f. Setiap anggota tim perlu merasa nyaman dengan pemimpin tim tersebut.
- g. Tenaga ahli terkait proses tersebut atau pemilik proses
- h. Personil ini adalah orang yang mengerti atau familiar terhadap proses dan terbuka terhadap perubahan proses.
- i. Wakil dari disiplin kesehatan tertentu (multidisipliner)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

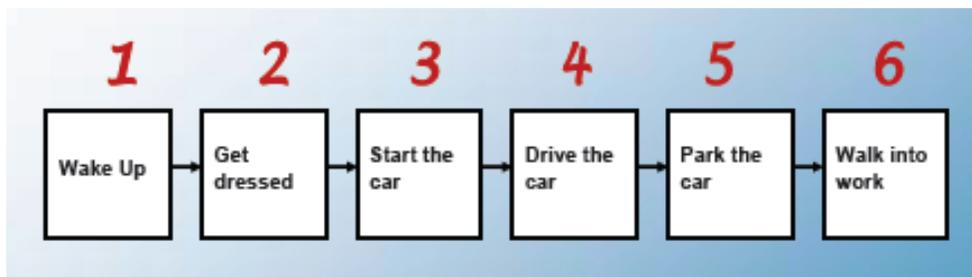
- j. Notulis
- k. Bertanggung jawab mencatat dan membagikan notulen
- l. Peran sebagai notulis bisa bergantian , kecuali pemimpin tim.
- m. Alasan mengapa notulis dilakukan bergantian, karena peran sebagai notulis dapat menghambat kemampuan orang tersebut dalam mengemukakan pendapat.

LANGKAH 2 : MENYUSUN DIAGRAM PROSES

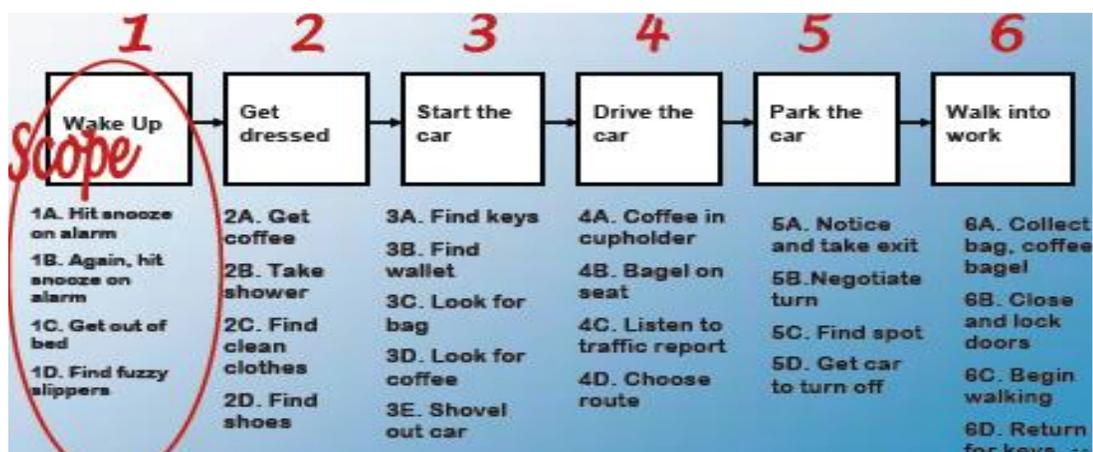
Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun diagram alir proses antara lain adalah :

- a. Menentukan awal dan akhir proses
- b. Mendiskusikan aktivitas dan titik pengambilan keputusan
- c. Menentukan urutan dari proses
- d. Membuat diagram alirnya, sebisa mungkin disusun selengkap mungkin.
- e. Menganalisa diagram alir yang sudah jadi.

contoh diagram alir proses dari seorang karyawan berangkat bekerja, Perlu dipastikan setiap langkah dalam alur proses diberinomor. Jika prosesnya kompleks, perlu diidentifikasi proses yang akan difokuskan.



Setelah diagram alur sudah disusun maka perlu disusun sub-proses untuk setiap alur diagram. Dan dipastikan semua sub-proses teridentifikasi.

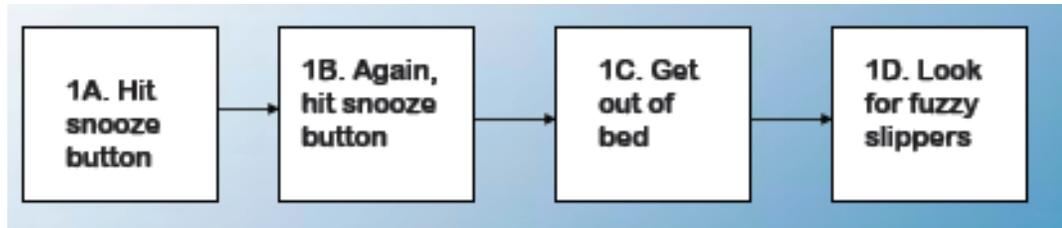




KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Kemudian alur diagram sub-proses dibuat



Ketika membuat alur proses, tim harus menjawab beberapa pertanyaan :

a. Apa langkah-langkah dalam proses ?

Jika proses sudah ada, bagaimana alangkah-langkah yang sudah dikerjakan.

Jika proses belum ada, bagaimana seharusnya dikerjakan.

b. Bagaimana hubungan antar langkah dalam proses ?

Berurutan atau simultan

c. Bagaimana proses berhubungan dengan proses lain ?

d. Apa tools yang digunakan dalam membuat alur atau diagram proses ?

LANGKAH 3 : BRAINSTORMING POTENSIAL KEGAGALAN DAN MENENTUKAN DAMPAKNYA.

Langkah 3a. : Menetapkan bagaimana setiap tahapan proses dapat mengalami kegagalan.

1. Setelah Tim FMEA berhasil menyusun diagram proses dan sub prosesnya, selanjutnya dilakukan identifikasi failure modes.
2. Tahapan identifikasi ini dilakukan melalui brainstorming dimana anggota tim dituntut untuk berpikir “di luar kotak” (*out of box-thinking*), berpikir di luar cakupan praktik dan visi yang biasa dilakukan setiap hari. Hasil brainstorming tersebut kemudian didokumentasikan pada lembar kerja.

Langkah 3b : Menetapkan akibat-akibat dari setiap *failure modes*

1. Akibat dari *failure modes* adalah hal-hal apa saja yang dapat terjadi bila failure modes benar-benar terjadi.
2. Setiap *failure mode* dapat bersifat langsung atau tidak langsung, jangka panjang atau jangka pendek, serta kemungkinan besar atau kemungkinan kecil terjadi.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Contoh akibat-akibat dari setiap failure mode pada pelayanan obat :

<i>FAILURE MODE</i>	AKIBAT
Tulisan tidak dapat dibaca	Salah obat, dosis, frekuensi, dan cara pemberian
Permintaan obat tidak lengkap	Salah dosis, frekuensi, dan cara pemberian
Bukan obat yang ada di formularium	Biaya lebih mahal
Penggunaan singkatan yang tidak lazim	Salah dosis
Nama obat mirip	Salah obat
Tidak mengikuti prosedur klinis yang disetujui	Salah obat, dosis, frekuensi, dan cara pemberian

3. Kegiatan brainstorming dapat membantu tim FMEA dalam mencari sebanyak mungkin akibat-akibat yang timbul dari failure mode.
4. Pada kegiatan ini pertanyaan kunci yang harus dimunculkan pada setiap failure mode adalah “jika *failure mode* ini terjadi, konsekuensi apa yang mungkin berakibat pada perawatan/pelayanan pasien ?” .
5. Hasil identifikasi akibat-akibat dari *failure mode* tersebut didokumentasikan pada lembar kerja.

LANGKAH 4 : MEMBUAT SKALA PRIORITAS KEGAGALAN

1. Pada pembuatan Skala Prioritas Kegagalan / *Risk Priority Number (RPN)*, yang perlu diperhatikan adalah :
 - a. Seberapa parah effect yang ditimbulkan → tingkat kefatalan dampak (*severity*)
 - b. Seberapa sering potential cause terjadi → tingkat kemungkinan terjadi (*occurance*)
 - c. Seberapa mudah *potential cause* terdeteksi (*detectable*)
2. Penetapan *severity*, *occurance*, dan *detection* dimasukkan dalam tabel seperti di bawah ini :



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

No	Sub proses	Failure Mode	Effect (dampak)	Severity (S)	Potential Cause	Occurrence (O)	Detection (D)	RPN (SxOxD)	Ranking

3. Untuk mengidentifikasi failure mode atau potensi kegagalan sub-proses tidak mudah, namun bisa dibantu bila kita tahu persyaratan yang diperlukan dalam melakukan sub-proses tersebut.
4. Untuk menilai severity ada 5 tingkat severity

	1	2	3	4	5
	INSGNIFICANT	MINOR	MODERATE	MAJOR	CATASTROPHIC
CEDERA PASIEN	Tidak ada cedera	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama	Berkurangnya fungsi motorik / sensorik Setiap kasus yang memperpanjang perawatan	Cedera luas Kehilangan fungsi utama permanen	Kematian
PELAYANAN/ OPERASIONAL	TERHENTI LEBIH DARI 1 JAM	TERHENTI LEBIH DARI 8 JAM	TERHENTI LEBIH DARI 1 HARI	TERHENTI LEBIH DARI 1 MINGGU	TERHENTI PERMANEN
BIAYA / KEUANGAN	KERUGIAN KECIL	KERUGIAN LEBIH DARI 0,1% ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 0,25 % ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 0,5% ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 1% ANGGARAN
PUBLIKASI	RUMOR	- MEDIA LOKAL - WAKTU SINGKAT	- MEDIA LOKAL - WAKTU LAMA	MEDIA NASIONAL KURANG DARI 3 HARI	MEDIA NASIONAL LEBIH DARI 3 HARI
REPUTASI	RUMOR	DAMPAK KECIL THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	DAMPAK BERMAKNA THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	DAMPAK SERIUS THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	MENJADI MASALAH BERAT BAGI PR

5. Menilai OCCURANCE ada 10 tingkat :

RATING	DESKRIPSI	KEMUNGKINAN	DEFINISI
1	Sangat jarang dan hampir tidak ada	1 dalam 10.000	Tidak ada atau sedikit diketahui terjadinya ; sangat tidak mungkin kondisi akan pernah terjadi
2			
3	Kemungkinan	1 dalam 5.000	Mungkin, tapi tidak



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

	rendah		diketahui datanya ; kondisi terjadi dalam kasus terisolasi, tetapi kemungkinannya rendah.
4			
5	Kemungkinan moderat	1 dalam 200	Didokumentasikan , tetapi jarang ; kondisi tersebut memiliki kemungkinan cukup besar terjadi
6			
7	Kemungkinan tinggi	1 dalam 100	Didokumentasikan dan sering ; kondisi tersebut terjadi sangat teratur dan/atau selama jangka waktu yang wajar
8			
9	Yakin terjadi	1 dalam 20	Didokumentasikan, hampir pasti ; kondisi tersebut pasti akan terjadi selama periode panjang yang spesifik untuk langkah atau hubungan tertentu
10	Selalu terjadi	1 dalam 10	Didokumentasikan dan selalu terjadi pada langkah atau hubungan tertentu

6. Menilai DETECTABILITY ada 10 tingkat :

RATING	DESKRIPSI	KEMUNGKINAN	DEFINISI
1	Pasti terdeteksi	10 dari 10	Hampir selalu terdeteksi dengan segera
2	Kemungkinan tinggi	8 dari 10	Cenderung terdeteksi
3	Kemungkinan tinggi	9 dari 10	Cenderung terdeteksi
4	Kemungkinan sedang	6 dari 10	Cenderung terdeteksi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

5	Kemungkinan moderat	5 dari 10	Kemungkinan sedang utk terdeteksi
6	Kemungkinan sedang	4 dari 10	
7	Kemungkinan tinggi	2 dari 10	Tidak akan terdeteksi dengan mudah
8	Kemungkinan sangat rendah	2 dari 10	Cenderung tidak terdeteksi
9	Hampir pasti tidak terdeteksi	0 dalam 10	Tidak mungkin terdeteksi tanpa upaya serius
10	Tidak ada upaya deteksi		Tidak ada mekanisme deteksi atau proses baru

7. Setelah mengetahui masing-masing tingkat dalam aspek severity (S) , occurrence (O) dan detectability (D), maka langkah selanjutnya menghitung RPN-nya (risk priority number dengan rumus :

$$\mathbf{RPN = SOD = SEVERITY \times OCCURANCE \times DETECTABILITY}$$

8. Failure modes harus diurutkan rangking-nya untuk menetapkan prioritas tindakan. Penentuan prioritas ini penting karena dengan keterbatasan sumber daya tim FMEA tidak bisa melakukan analisa, perbaikan , dan disain ulang untuk setiap failure mode.
9. Tim yang telah melakukan penghitungan RPN dapat menetapkan nilai batas RPN untuk menentukan failure mode yang akan ditindaklanjuti pada langkah ke-5 dan seterusnya.
10. Rumah sakit dapat menetapkan sendiri target risk priority number (RPN) yang hendak dicapai, misalnya 150, 120, 100, dst. Namun secara kontinyu harus menurunkan targetnya sebagai cerminan adanya perbaikan berkelanjutan .
11. Dalam menentukan prioritas tidak hanya fokus pada nilai RPN , namun memperhatikan nilai severity-nya . nilai severity 8 selalu ada tindak lanjutnya.

Contoh penetapan prioritas dengan RPN pada proses : pengisian asesmen lanjutan pada catatan perkembangan terintegrasi :



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

PROSES : MENGISI ASESMEN LANJUTAN/ULANG PD CATATAN
PERKEMBANGAN TERINTEGRASI

SUB PROSES	PERSYARATAN	POTENSI KEGAGALAN	EFEK	SEVERITY	PENYEBAB KEGAGALAN	OCURANCE	DETECTABLE	RP N
DPJP melakukan asesmen thd pasien	dokter visite	dokter tidak visite	pasien kompl ain	8	dokter lupa	5	7	280
			renca na tindak an tertun da	10	perawat tidak mengin gatkan	5	3	150
	dokter melakuk an pemeriks aan fisik	dokter tidak memeri ksa fisik pasien	kegag alan asesm en	10	dokter tergesa- 2	3	5	150
		dokter tidak melaku kan		10	dokter lupa krn terlalu	3	3	90



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

		analisa terhadap pemeriksaan penunjang			lama konsultasi dgn keluarga			
DPJP mendokumentasikan asesmen di CPT	dokter menulis SOAP di CPT	dokter tidak menulis di CPT	kegagalan terapi	10	dokter malas menulis di CPT	5	3	150
		dokter menulis tp tdk lengkap	kegagalan terapi	10	dokter belum terbiasa menulis SOAP	7	5	350
	tulisan jelas terbaca	tulisan dokter tidak terbaca	kegagalan terapi	10	dokter menulis buruk	7	2	140

LANGKAH 5 : MENGIDENTIFIKASIKAN AKAR PENYEBAB KEGAGALAN

1. Pada langkah ke-5 ini, dilakukan identifikasi akar penyebab kegagalan/masalah untuk masing-masing dari failure mode yang menjadi prioritas dengan menggunakan metode RCA (root cause analysis).
2. Tools yang bisa digunakan untuk melakukan analisa akar penyebab (RCA) bisa dengan :
 - brainstorming
 - Affinity diagram
 - Cause & effect diagram (fishbone)
 (* Catatan : lihat RCA di atas)
3. Dalam menentukan potential cause / penyebab kegagalan, perlu dipertimbangkan beberapa faktor yaitu :



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

- a. Faktor orang / MAN (level jabatan, pelatihan, penjadwalan, komunikasi, evaluasi kompetensi)
- b. Faktor bahan baku / MATERIAL (ketersediaan, salah penempatan)
- c. Faktor peralatan / MACHINE (ketersediaan peralatan yang tepat)
- d. Faktor metode / METHODE (prosedur yang digunakan)
- e. Faktor lingkungan/ ENVIRONMENT (keselamatan, cuaca, ambien)

LANGKAH 6 : MENDESAIN ULANG PROSES (*REDESIGN THE PROCESS*)

1. Pada langkah ke-6 ini tujuan yang perlu dicapai adalah :
 - a. Mendeteksi kegagalan sebelum mencapai pasien/staff (meningkatkan angka kemungkinan deteksi/detection).
 - b. Mencegah kegagalan terjadi (memperkecil frekuensi kejadian / occurrence)
 - c. Menurunkan tingkat kefatalan dari akibat (memperkecil severity)
2. Cara-cara yang harus dilakukan untuk membuat desain/rancangan ulang proses antara lain sebagai berikut :
 - Mengurangi variasi
 - Menetapkan standar
 - Menyederhanakan proses
 - Mengoptimalkan kelebihan (sebagai back up)
 - Menggunakan teknologi untuk otomatisasi
 - Dokumentasi yang baik
 - Mengurangi keterikatan antar langkah-langkah proses.
3. Langkah-langkah yang ditempuh guna menyusun rancangan ulang proses meliputi :
 - a. Mengenal seluruh aspek dari masalah dan penyebabnya
 - b. Mengembangkan beberapa alternatif solusi
 - c. Melakukan rincian apa saja yang dibutuhkan untuk implementasi solusi
 - d. Melakukan evaluasi terhadap solusi yang diusulkan
 - e. Melakukan ujicoba secara objektif dan melakukan revisi terhadap solusi yang diusulkan
 - f. Finalisasi dan menyusun daftar solusi potensial.
4. Solusi yang baik akan menghasilkan rancangan ulang proses yang menuju pada perbaikan . ciri-ciri dari solusi yang baik adalah sebagai berikut :



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

- a. Jelas untuk failure mode yang mana
 - b. Merupakan solusi jangka panjang
 - c. Dampak positif dari penerapan solusi lebih besar daripada dampak negatifnya
 - d. Objektif dan terukur
 - e. Jangka waktu yang jelas
 - f. Dapat diimplementasikan oleh staf dengan jelas ; siapa melakukan apa
5. Setelah desain ulang proses berhasil disusun, perlu dilakukan kegiatan evaluasi dan penentuan prioritas elemen desain ulang , dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
- d. Peluang untuk berhasil
 - e. Kekuatan bertahan dari solusi yang diusulkan
 - f. Reliabilitas dari solusi yang diusulkan
 - g. Risiko yang merupakan dampak dari penerapan solusi
 - h. Kemungkinan untuk dilaksanakan
 - i. Penghalang selama implementasi
 - j. Kesesuaian dengan tujuan dan misi organisasi
 - k. Ketersediaan sumber daya
 - l. Jangka waktu untuk implementasi
 - m. Kemampuan untuk dapat diukur dan objektivitas.

LANGKAH 7 : MENGANALISIS DAN MELAKUKAN PENGUJIAN PROSES BARU

1. Panduan pada tahap ANALISIS adalah sebagai berikut :
 - a. Bagaimana proses baru tersebut dapat diterapkan
 - b. Tujuan desain baru harus diketahui supaya dapat dikomunikasikan
 - c. Kapan desain/proses baru akan diterapkan
 - d. Siapa yang akan bertindak dan yang bertanggung jawab
 - e. Dimana desain/proses baru tersebut akan diterapkan
2. Risiko-risiko yang mungkin terjadi akibat desain ulang/proses baru adalah :
 - a. Ketidaksesuaian antara input dan output
 - b. Terlalu sederhana
 - c. Menambah kerumitan
 - d. Menimbulkan sistem yang tidak dapat dipercaya
 - e. Menimbulkan keterkaitan yang erat
 - f. Variasi dari norma atau kebiasaan umum.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

3. Beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk menguji proses antara lain adalah :
 - a. Pengujian di atas kertas : Dilakukan dengan menerapkan FMEA lagi pada langkah 2, 3, dan 4 terhadap proses re-desain kemudian dilakukan penghitungan RPN , apakah ada penurunan nilai RPN.
 - b. Simulasi : diterapkan pada kondisi bebas risiko dan memungkinkan penerapan proses re-disain tanpa membahayakan pasien.
 - c. Pilot-testing : mengetahui efektifitas penerapan proses re-disain di dunia nyata
 - d. Strategi pengumpulan data : tinjauan terhadap catatan hasil pengujian, survei pre dan post perubahan , sistem pelaporan , observasi lapangan , focus group discussion (FGD), kehadiran di program pendidikan , penilaian/evaluasi kompetensi.

LANGKAH 8 : MENGIMPLEMENTASIKAN DAN MELAKUKAN MONITORING TERHADAP RANCANGAN ULANG PROSES.

Strategi perubahan :

- a. Buat *sense of urgensi*
- b. Bentuk tim pemandu
- c. Buat visi dan strategi
- d. Komunikasikan visi yang berubah, jika ada perubahan
- e. Mendorong semua orang melakukannya
- f. Buat sasaran jangka pendek
- g. Mendata hasil perubahan dan gunakan untuk evaluasi perubahan lain
- h. Masukkan pendekatan baru tersebut dalam budaya rumah sakit

Strategi pemantauan :

- a. Seluruh hasil proses yang baru/desain ulang didokumentasikan dan dimasukkan ke dalam prosedur (sehingga menjadi standar yang baru).
- b. Memberikan training dan sosialisasi menyeluruh
- c. Menjaga kestabilan proses selama beberapa waktu untuk memastikan konsistensinya.
- d. FMEA di-update kembali minimal 3-6 bulan setelah rencana tindak lanjut (plan of action) dilakukan.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Jika hasil pemantauan baik, maka lakukan sosialisasi dan standarisasi proses sehingga menjadi budaya rumah sakit. Selanjutnya lakukan pemantauan ulang apakah terjadi penurunan atau tidak. Apabila terjadi penurunan maka dianggap tindak lanjut yang diambil kurang tepat, proses kembali seperti awal.

D.DOKUMENTASI

Dokumen yang mendukung :

1. Kebijakan :
 - a. Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS
2. Pedoman/Panduan
 - a. Pedoman Kerja Komite Mutu RS
3. Standar Prosedur Operasional
 - a. SPO pembuatan RCA
 - b. SPO penyusunan FMEA
 - c. SPO penyusunan Risk Register
4. Form/formulir :
 - a. Form Investigasi Sederhana
 - b. Form Pelaporan IKP Internal
 - c. Form risk register
 - d. Form RCA
 - e. Form FMEA

Ditetapkan di : MAKASSAR

Pada tanggal : 28 Oktober 2022

DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph. D., Sp.M(K)

NIP 197002122008011013



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

REFERENSI

1. Undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
3. Peraturan Direktur RS Universitas Hasanuddin No. 115/UN4.24.0/2022 tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang standar pelayanan rumah sakit
5. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, KKPRS, 2007
6. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994
7. Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS, Depkes, 2006