

PENGURUSAN RISIKO HOSP TUMPAT TAHUN 2023

REKOD PINDAAN PELAN PENGURUSAN RISIKO DI ADPATASI DARI MS ISO 9001:2015 HOSPITAL TUMPAT

Bilangan	Maklumat Ringkasan Pindaan	Tarikh kuatkuasa Pindaan
1	<p>PARA : Tindakan 1 (Tanggungjawab KJ/KU)</p> <p>Kenalpasti risiko dalam proses dengan mengambilkira konteks organisasi yang boleh memberi kesan kepada penyampaian perkhidmatan masing-masing</p>	Januari 2022
2.	<p>PARA 6: Tindakan 5 (Tanggungjawab KJ/KU)</p> <p>Jika kawalan risiko tersebut adalah signifikan, ambil tindakan sewajarnya seperti berikut:</p> <p>A. Mengurangkan-mengambil tindakan untuk mengurangkan kebarangkalian atau impak risiko atau kedua-duanya</p> <p>B. Mengelak-mengelakkan pelaksanaan aktiviti tersebut atau menukar kepada aktiviti lain</p> <p>C. Memindah-memindahkan proses atau tanggungjawab kepada pihak lain</p> <p>D. Menerima-jika tiada lagi tindakan sesuai yang boleh diambil terhadap risiko terutamanya disebabkan faktor luaran dan diluar kawalan organisasi.</p> <p>*Tindakan kawalan yang biasanya diambil</p>	
3.	<p>Borang Daftar Risiko</p> <p>Menambah beberapa ruang(column)menunjukkan tindakan kawalan dan status semasa</p>	Mac 2022

4	<p>A)Pindaan PARA 6: Tindakan 1-7(seperti mukasurat 3-7)</p> <p>B)Pindaan Jadual 1:Skala kebarangkalian Perubahan % pada Skala 5 iaitu lebih 75%</p> <p>C)Pindaan Jadual 2; Skala Impak Penggunaan borang Baharu Menambah penerangan kepada matrix kebarangkalian Impak dengan lebih terperinci pada setiap kategori dan Skala Had Penerimaan Risiko</p> <p>D)Pindaan Pelan Daftar Risiko-kurangkan column berdasarkan status semasa</p> <p>E)Penggunaan borang baharu iaitu borang Daftar pemantauan Keberkesanan Tindakan Kawalan Risiko</p>	
5.	Pindaan pada definisi pengurusan risiko, proses kerja dan kekerapan Semakan Daftar Risiko daripada setiap 6 bulan kepada sekurang-kurangnya setahun sekali.	April 2022
6.	Penggunaan Borang Pemantauan Status Risiko-# NAMA BORANG	Jan 2023
7.	Pindaan Definisi Pegawai Pengurusan Risiko Kepada Urusetia	Feb 2023

1.0 PENGENALAN

1.1 Pengurusan risiko adalah proses bagi mengenalpasti, menilai dan mengawal risiko serta merupakan salah satu ciri utama bagi sesebuah organisasi cemerlang. Organisasi perlu bertindak secara positif terhadap potensi risiko yang ada dan yang dijangka, disamping memahami dan berusaha untuk mengawal sebarang kebarangkalian berlakunya risiko yang mungkin menjejaskan penyampaian perkhidmatan.

1.2 Matlamat utama pengurusan risiko adalah untuk meningkatkan kesedaran keseluruhan warga organisasi terhadap kewujudan apa jua risiko dalam melaksanakan tugas harian, mengurangkan kekerapan berlakunya gangguan dan meminimumkan impak gangguan tersebut terhadap penyampaian perkhidmatan KKM, sekiranya berlaku.

1.3 Menerusi pelaksanaan pengurusan risiko, Hospital Tumpat dapat menangani ancaman risiko yang ada dan dapat memberi fokus kepada risiko yang berpotensi untuk berlaku. Bagi mewujudkan pelan risiko yang lengkap dan sempurna, Hospital Tumpat telah melaksanakan proses penganalisan risiko menggunakan **Model Pengurusan Risiko** secara sistematik dan tersusun. Penganalisan yang sempurna menjamin insiden-insiden risiko dikenal pasti. Daripada penemuan ke atas tahap risiko yang pelbagai membolehkan tindakan diambil oleh organisasi ini untuk melaksanakan mitigasi dan kawalan.

2.0 PUNCA KUASA

Berasaskan Garis Panduan Bagi Mempertingkatkan Tadbir Urus Dalam Sektor Awam, 2007 iaitu "Semua Pegawai awam yang diamanahkan untuk menguruskan sumber mempunyai tanggungjawab bagi mengenalpasti dan menangani risiko yang dihadapi dalam pelaksanaan program Perubatan KKM. Aspek pengurusan risiko harus diutamakan dalam usaha KKM untuk mencapai tahap prestasi yang tinggi dan pematuhan kepada peraturan yang sedia ada.

POLISI PENGURUSAN RISIKO HOSPITAL TUMPAT

3.3.1 Definisi Risiko

Sesuatu keadaan di dalam atau di Hospital Tumpat yang berpotensi memberi impak serta menghalang organisasi daripada mencapai objektifnya, melaksanakan dan menyampaikan perkhidmatan dengan sebaiknya.

3.3.1 Definisi Pengurusan Risiko

Pengurusan risiko terdiri daripada rangka kerja dan proses yang membolehkan Hospital Tumpat mengurus risiko dengan efektif, efisien dan sistematik secara menyeluruh dalam aktiviti Penjagaan Perubatan dan operasi perkhidmatan klinikal, sokongan klinikal dan bukan klinikal serta penambahbaikan berterusan

Objektif pengurusan risiko adalah seperti berikut:

3.4.1 Memastikan risiko kritikal yang memberi kesan ke atas pencapaian perkhidmatan operasi klinikal, menjejaskan pengurusan kewangan dan ketidakberkesanan pengurusan sumber dikawal secara sistematik.

3.4.2 Merekodkan hasil analisis ke atas setiap insiden risiko yang telah dikenalpasti secara komprehensif sebagai rujukan pengurusan hospital Tumpat dan juga pihak JKN kelantan dalam memastikan tindakan bersesuaian dapat diambil dengan berkesan.

3.4.3 Menjadi mekanisme dalam mengkoordinasikan tindakan pencegahan dan mitigasi ke atas insiden risiko yang telah dikenalpasti.

3.4.4 Menjadi panduan utama dalam pelaksanaan tindakan ke atas pengurusan bencana, komunikasi semasa krisis dan tindak balas semasa kecemasan.

3.4.5 Risiko Peringkat Operasi

Risiko di peringkat operasi boleh didefinisikan sebagai pelengkap kepada risiko di peringkat strategik Kementerian kesihatan Malaysia dan program perubatan. Risiko operasi adalah kebarangkalian berlaku perkara-perkara operasi yang menyebabkan kerosakan (*damage*) yang diakibatkan dari kelemahan proses kerja, sistem teknologi maklumat, sistem kawalan dan sokongan dalam operasi atau aktiviti harian Hospital Tumpat. Contoh-contoh risiko adalah seperti berikut:

- i. kelemahan dalam aspek latihan dan sistem kawalan sumber manusia;
- ii. proses kerja yang tidak lengkap;
- iii. kegagalan dalam mematuhi proses; dan
- iv. gangguan sistem secara dalaman atau luaran.

Berdasarkan risiko operasi klinikal, telah dikenal pasti terdapat tujuh (7) jenis risiko yang biasanya melibatkan Hospital Tumpat iaitu:

KATEGORI	DEFINISI
Perundangan	Risiko berkaitan perundangan negara, kontrak, MOU, prosedur dan polisi
Strategik di peringkat KKM	Risiko yang berkaitan dengan strategi atau polisi yang gagal atau silap
Keselamatan Maklumat	Risiko berkaitan dengan maklumat yang dihasilkan tidak tepat, tidak lengkap, tidak sesuai, disalahguna, <i>out-of date</i>
Sumber Manusia	Risiko yang berkaitan memberi kesan yang mendalam kepada manusia
Reputasi	Risiko yang berkaitan dengan nama Kementerian / Jabatan kesihatan Negeri Kelantan dan Hospital Tumpat

Kewangan	Risiko berkaitan dengan kewangan, transaksi, penipuan dan kecairan
Operasi	Risiko yang berkaitan dengan perkhidmatan penjagaan perubatan dan keselamatan pesakit

Proses Kerja Pengurusan Risiko

Bagi tujuan pengurusan risiko Hospital Tumpat, lima (5) langkah utama yang digunakan iaitu :

- i. menetapkan konteks;
- ii. menilai risiko;
- iii. menetap strategi kawalan risiko;
- iv. pemantauan dan kajian semula; dan
- v. komunikasi dan perundingan.

a. Menetapkan Konteks

Objektif utama penetapan konteks dan kategori risiko adalah untuk menentu dan memahami kedudukan Hospital Tumpat dalam konteks strategik, program dan operasi. Bagi tujuan itu, Pihak Pengurusan Hospital Tumpat menjalankan analisis bagi menentukan kekuatan, kelemahan, ancaman dan peluang (SWOT) atau melakukan pengimbasan persekitaran luaran bagi mengenal pasti ancaman dari sudut Politik, Ekonomi, Sosial, Teknologi, Alam Sekitar atau Undang-Undang. Hasil analisis ini bukan sahaja membantu Hospital Tumpat memahami bentuk risiko yang bakal atau mungkin dihadapi tetapi juga dapat membezakan risiko di peringkat strategik dan operasi.

b. Menilai Risiko

Penilaian risiko yang mungkin dihadapi dilaksanakan berdasarkan nilai kuantitatif atau kualitatif impak daripada kebarangkalian kejadian risiko. Ia ditentukan melalui tiga (3) proses berikut:

i. Mengenal pasti risiko

Hospital Tumpat mengenalpasti potensi terhadap sebarang risiko yang berkemungkinan berlaku di semua unit / Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan melalui 7 kategori

ii. Menganalisis Risiko

Analisis risiko yang telah dikenal pasti oleh unit-unit dalam Hospital Tumpat mengambilkira potensi kejadian berdasarkan **Jadual 1**: Indeks Kebarangkalian Hospital Tumpat dibawah:

Skala Penarafan/kebarangkalian	Keterangan risiko
5 HAMPIR PASTI	Sesuatu kejadian yang kerap/ hampir pasti berlaku – sekali dalam sebulan
4 KEMUNGKINAN TINGGI	Sesuatu kejadian yang besar kemungkinan berlaku – sekali setiap 6 sebulan
3 ADA KEMUNGKINAN	Sesuatu kejadian yang mungkin berlaku – sekali setahun
2 KEMUNGKINAN RENDAH	Sesuatu kejadian yang rendah kemungkinan berlaku – sekali dalam setiap 3 tahun
1 JARANG	Sesuatu kejadian yang jarang berlaku – sekali melebihi 3 tahun

Manakala indeks impak seperti **JADUAL 2** di bawah adalah sebagai rujukan bagi menentukan tahap impak sesuatu insiden berdasarkan beberapa faktor yang dikenal pasti.

KATEGORI	TIADA KESAN	KECIL	SEDERHANA	BESAR	BENCANA
MANUSIA	Kecederaan Kecil pesakit/staf yang tidak memerlukan rawatan	Kecederaan pesakit/staf memerlukan rawatan ringan	Kecederaan pesakit/staf memerlukan rawatan pesakit luar	Kecederaan memerlukan kemasukan Ke wad	Menyebabkan sekurang kurangnya satu kematian / impak kepada lebih dari seorang
OPERASI	Tidak dapat	Tidak dapat beroperasi	Tidak dapat beroperasi	Tidak dapat beroperasi	Tidak dapat beroperasi

	beroperasi di antara < 2jam	antara 2 – 4 jam	antara 4 – 12 jam	antara 12 – 24 jam	melebihi 24 jam atau perkhidmatan kritikal terjejas
REPUTASI	Aduan yang tidak berasas	Aduan di peringkat Kementerian	Aduan dalam media	Publisiti negatif dari akhbar tempatan	Publisiti negatif dari akhbar tempatan dan antarabangsa
STRATEGIK	Tiada kelewatan mencapai sasaran suku tahunan tanpa menjejaskan matlamat perkhidmatan keseluruhan	Kelewatan mencapai sasaran suku tahunan tanpa menjejaskan matlamat perkhidmatan keseluruhan	Kelewatan mencapai strategi objektif atau matlamat perkhidmatan	Kegagalan mencapai objektif pelanggan	Kegagalan mencapai strategik objektif atau matlamat perkhidmatan

iii. Mengkategorikan Risiko

Pengkategorian tahap risiko dilaksanakan berdasarkan kepada kebarangkalian ianya berlaku dan tahap impak sesuatu kejadian risiko keatas penyampaian perkhidmatan klinikal Hospital Tumpat.

Matrik ini digunakan bagi menentukan kedudukan bagi insiden risiko KKM dimana risiko yang dianalisa ditentukan boleh diterima atau tidak berdasarkan matrik berikut:

$$R = K \times I$$

Skala Tahap Risiko(1-25) = Kebarangkalian (1-5) x Impak (1-5)

Jadual 3 : **MATRIK KEBARANGKALIAN DAN IMPAK**

		TIADA KESAN	KECIL	SEDERHANA	BESAR	SANGAT BESAR
		1	2	3	4	5
5	HAMPIR PASTI	5	10	15	20	25
4	KEMUNGKINAN	4	8	12	16	20

	TINGGI					
3	ADA KEMUNGKINAN	3	6	9	12	15
2	KEMUNGKINAN RENDAH	2	4	6	8	10
1	JARANG	1	2	3	4	5

Kajian Semula Risiko dan Pemantauan Risiko

Penilaian risiko dan pelan tindakan kawalan risiko secara berterusan bagi memastikan risiko Jabatan sentiasa dikemaskini; sebelum, semasa dan selepas sesuatu risiko itu berlaku.

Kaedah pemantauan dan pengawalan risiko seperti berikut:

Penilaian Semula Risiko (secara berkala untuk mengenalpasti risiko baharu);
 Audit Risiko (memeriksa keberkesanan tindak balas risiko); dan
 Analisa *trend* (memantau keseluruhan prestasi).

Peranan Pasukan Pengurusan Risiko Hospital Tumpat (*Risk Officer*) adalah seperti berikut:

Mengenal pasti risiko, ancaman dan impak yang dihadapi oleh setiap unit di Hospital Tumpat:

A. Membangun, mengemaskini dan memantau pengurusan risiko u n i t m a s i n g - m a s i n g supaya sentiasa lengkap dan terkini

B. Menilai, menganalisis, mengklasifikasi dan mengenalpasti impak risiko

C. Mewakili dan mengetuai u n i t masing-masing dalam menangani dan mengawal risiko peringkat Hospital Tumpat

D. Mencadangkan kepada penyelaras Kualiti dan Pengarah Hospital bagi perkara-perkara yang berkaitan dengan pengurusan risiko unit.

Had Penerimaan Risiko

Had penerimaan risiko ditentukan berdasarkan Matrik Kebarangkalian dan Impak. Unit tertentu akan menentukan sama ada sesuatu risiko boleh diterima atau tidak berdasarkan keputusan Had Penerimaan Risiko.

Risiko BOLEH diterima (Skala Tahap Risiko: Rendah dan Sederhana, 1-8)

Risiko TIDAK BOLEH diterima (Skala Tahap Risiko: Tinggi dan Ekstrim (9-25)

TAHAP RISIKO	SKALA TAHAP RISIKO	PENERANGAN	HAD PENERIMAAN RISIKO
Emergency	15-25	PELAN TINDAKAN PERLU	RISIKO TIDAK BOLEH DITERIMA
High	9-12	DIBERI PERHATIAN OLEH PIHAK PENGURUSAN	
Moderate	4-8	DIURUS DAN DIBERI TANGGUNGJAWAB OLEH UNIT	RISIKO BOLEH DITERIMA
Low	1-3	DIURUS DENGAN PROSEDUR KERJA SEDIA ADA	

Berdasarkan Had Penerimaan Risiko tersebut, Hospital Tumpat telah bersetuju dengan ketetapan berikut:

Insiden-insiden risiko dalam skala 1 hingga 8 adalah risiko yang boleh diterima dan akan diuruskan dengan menggunakan mekanisme sedia ada;

Manakala skala 9 hingga 25 adalah tahap risiko yang tidak boleh diterima. Hospital Tumpat akan membina strategi kawalan yang sesuai bagi insiden-insiden risiko tersebut.