



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**IMPLEMENTASI PROGRAM MANAJEMEN RISIKO KLINIS  
RUMAH SAKIT SILOAM KARAWACI TANGERANG  
TAHUN 2007**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
**MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

Disusun Oleh:

**RULI NURUL AMAN**  
**NPM : 7005050567**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2007**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Ruli Nurul Aman  
NPM : 700.50.50.567  
Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Tahun Akademik : 2005/2006

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

***Implementasi Program Manajemen Risiko Klinis  
Rumah Sakit Siloam Karawaci Tangerang  
Tahun 2007***

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 17 Juli 2007



(Ruli Nurul Aman)

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Depok, 17 Juli 2007



**Pembimbing**

  
**DR. Hendrik M. Taurany, dr, MPH**

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MEGISTER  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 17 Juli 2007

**Ketua**

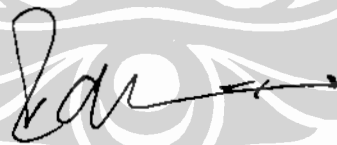


**DR. Hendrik M. Taurany, dr, MPH**

**Anggota**



**H.M. Hafizurrachman, dr, MPH**



**Peter Pattinama, dr, SKM**



**Anastina Tahjoo, dr, MARS**

PROGRAM PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
Tesis, Juli 2007

Ruli Nurul Aman

Implementasi Manajemen Risiko Klinis Rumah Sakit Siloam Karawaei Tahun 2007

113 halaman + 10 tabel + 18 Gambar + 8 lampiran

Abstrak

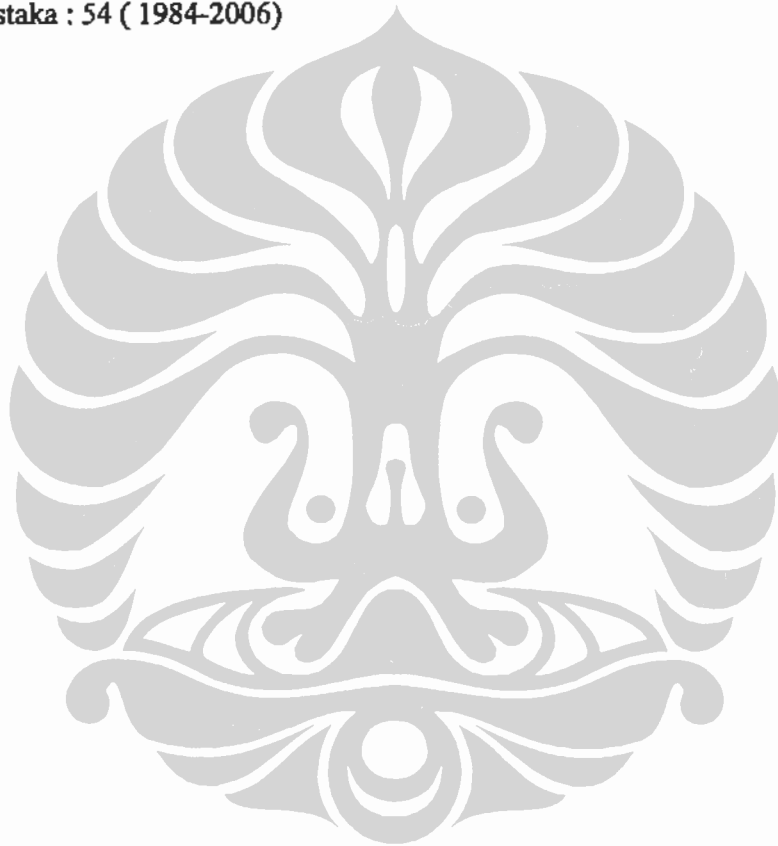
Rumah sakit telah mengalami transformasi besar, yaitu berada dalam suasana globalisasi dan kompetisi yang sangat ketat. Hal ini merupakan tantangan bagi rumah sakit terutama rumah sakit di Indonesia untuk menghadapi transformasi tersebut. Transformasi yang tidak kalah penting adalah persepsi masyarakat tentang mutu pelayanan rumah sakit, dimana masyarakat semakin kritis. Isue malpraktek yang semakin marak sampai terjadi tuntutan hukum merupakan salah satu dampak dari semakin kritisnya masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Untuk meminimalisir adanya komplain maupun tuntutan maka sebagai jawaban adalah menerapkan manajemen risiko klinis rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi manajemen risiko di rumah sakit Siloam yang notabene telah lama menerapkan program ini, selain itu yang lebih penting adalah mengetahui bagaimana dukungan dan komitmen pimpinan dan anggota organisasi dalam menyukseskan program ini, serta bagaimana tahapan proses manajemen risiko. Metode yang digunakan adalah kualitatif, dengan melakukan pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Tahap wawancara peneliti ingin mengetahui bagaimana komitmen pimpinan dan para staf untuk turut serta dalam kegiatan program manajemen risiko klinis, bagaimana kebijakan pimpinan yang berkaitan dengan program ini, dan kemudian bagaimana proses manajemen risiko klinis itu sendiri. Pada tahap observasi peneliti melihat secara langsung kegiatan-kegiatan program ini pada tingkat organisasi maupun di tingkat unit/departemen RS Siloam. Pada tahap telaah dokumen peneliti ingin melihat dokumen-dokumen menyangkut kebijakan yang meliputi pengorganisasian, alokasi dana, tenaga khusus dan pelatihan.

Hasil penelitian menunjukkan komitmen pimpinan dan anggota rumah sakit cukup kuat, terlihat dari adanya keterlibatan semua pihak dalam kegiatan program manajemen risiko klinis. Juga terlihat dari kebijakan, dimana pengorganisasian terstruktur dan formal, alokasi dana yang memadai, tenaga khusus yang terlatih, adanya pelatihan-pelatihan program manajemen risiko klinis pada semua staf. Proses manajemen risiko itu sendiri telah dilaksanakan dengan baik, namun dirasakan ada yang kurang lengkap khususnya dalam tahapan proses manajemen risiko, seperti proses identifikasi yang hanya bersifat reaktif, baik secara formal melalui *insident report form* maupun secara nonformal melalui *case report*, yang menurut hemat peneliti identifikasi juga dapat

dilakukan dengan cara proaktif melalui *occurance screening*. Pada tahapan analisa, RS Siloam tidak melakukan penilaian gabungan antara frekuensi dan dampak secara kualitatif dan kuantitatif, penilaian ini cukup penting untuk membantu dalam penggolongan kriteria risiko sehingga mudah untuk melakukan penentuan prioritas risiko. Pada tahap evaluasi, hanya menilai kriteria risiko yang dinyatakan dalam bentuk apakah risiko berkaitan dengan masalah medis atau non medis, *near miss* atau *sentinel event*. Evaluasi risiko belum cukup spesifik sehingga sulit untuk membuat prioritas pengelolaan risiko yang lebih spesifik lagi sesuai dengan kriteria dan *ranking* risiko.

Daftar Pustaka : 54 ( 1984-2006)



**UNIVERSITY OF INDONESIA  
POST GRADUATE PROGRAM  
FOR HOSPITAL ADMINISTRATION**

**Thesis, July 2007**

Ruli Nurul Aman

Implementation of Clinical Risk Management Program at Siloam Hospitals, 2007

114 Pages + 10 Tables + 18 Pictures + 8 appendix.

**Abstract**

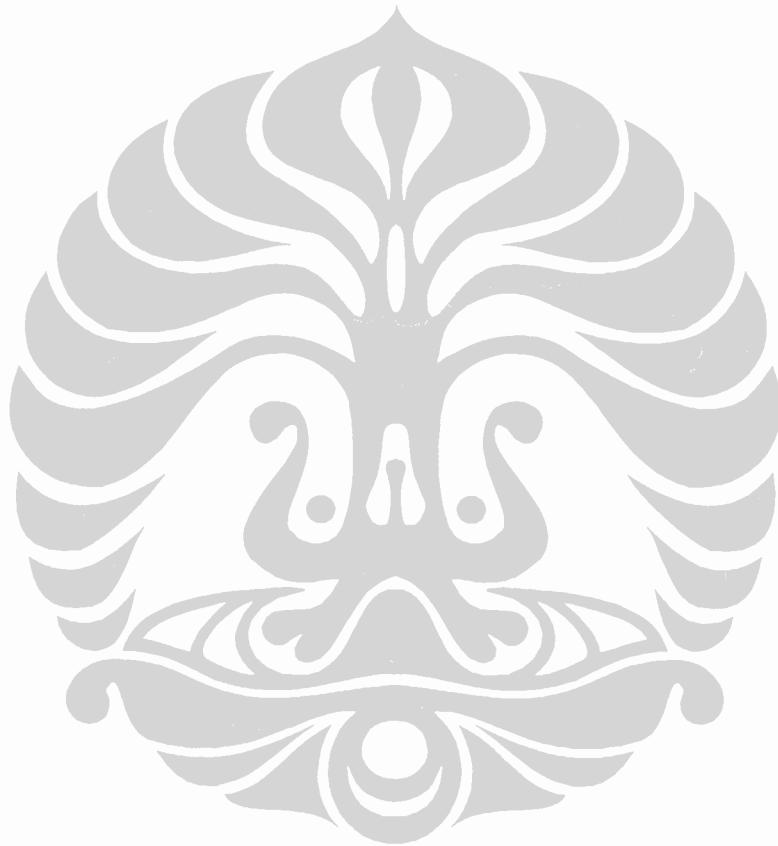
Hospital has experienced a big transformation which is on globalization atmosphere and it is very high competition. This is a challenge for hospital especially hospital in Indonesia to face the transformation. Transformation which does not less important is public perception concerning hospital service quality, where public is more critic. Malpractice issue which is more glow up until happened a prosecution is one of the impact of public who is more critic to hospital service. For minimalizing the existence of complain and demand so applying a clinic risk management at hospital as an answer.

This research aim to know how risk management implementation at Siloam hospital which have old apply this program, besides more important to know how head commitment and support and organizational member in this program success, and also how risk management process step. used qualitative method, by conducting data collecting through circumstantial interview, document study and observation. Phase interview researcher wish to know how head commitment and all staff to have a share in activity of risk management program, how policy of head related to this program, and later then how itself risk management process. At researcher observation phase see directly activity of this program at organizational level and also in unit level / departmental of Siloam hospital. At Researcher document study phase wish to see document concerning policy covering organization, fund allocation, special energy and training.

Result of research show of head commitment and hospital member enough strength, seen from existence of involvement all side in activity of risk management program. Also seen from policy, where structure organization and is formal, adequate fund allocation, special energy training, existence of training risk management program at all of staff. Risk management process have been executed better, but felt by there is less complete specially in risk management process step, like process identify which only having the character of reactive, either through formal through *incident report form* and also by nonformal through *case report*, which according to economizing researcher identify also can be conducted by proactive through *occurrence screening*. At analysis step, Siloam hospital do not conduct assessment of alliance between impact and

frequency qualitative and is quantitative, this important assessment enough to assist in classification risk criterion so that easy to do determination of risk priority. At evaluation phase, only assessing expressed risk criterion in the form of do risk relate to medical problem or non is medical, miss near or event sentinel. Risk evaluation not yet specific enough so that difficult to make priority management more specific risk again as according to risk *ranking* and criteria.

Bibliography : 54 ( 1984 - 2006 )





## RIWAYAT HIDUP

Nama : Ruli Nurul Aman  
Tempat Tgl Lahir : Serang 25 Agustus 1967  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : Menikah  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Tebet Timur dalam III E, NO 32  
Jakarta.

### Riwayat Pendidikan :

- SD XII Serang Banten, lulus 1980
- SMP II Serang Banten, lulus 1983
- SMA I Serang banten, lulus 1986
- Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, lulus 1996
- Mahasiswa Program Pasca Sarjana KARS FKM UI

### Riwayat Pekerjaan:

- Klinik Sejahtera, dokter umum, 1996-1997
- Puskesmas Bojonegara, Kepala, 1999-2002
- PT. Bermis, Medical Advisor, 1999-2000
- Medical team, Porda, 2001
- Ciledug Medical Service, dokter umum, 1997-2001
- Ciledug Medical service, Direktur, 2002-2004
- Dinas Kesehatan Jakarta, dokter umum, 2004-2005
- Klinik Supra Medika, dokter umum, 2005- sekarang

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucap puji dan syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunianya serta dengan doa dari keluarga dan orang tua mengiringi setiap langkah dan nafas yang akhirnya saya dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya. Dan tidak lupa mengucap banyak terima kasih yang tidak terkira atas segala dukungan dan bantuan kepada beberapa pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini dari mulai tahap penyusunan sampai tahap menyelesaikan tugas ini.

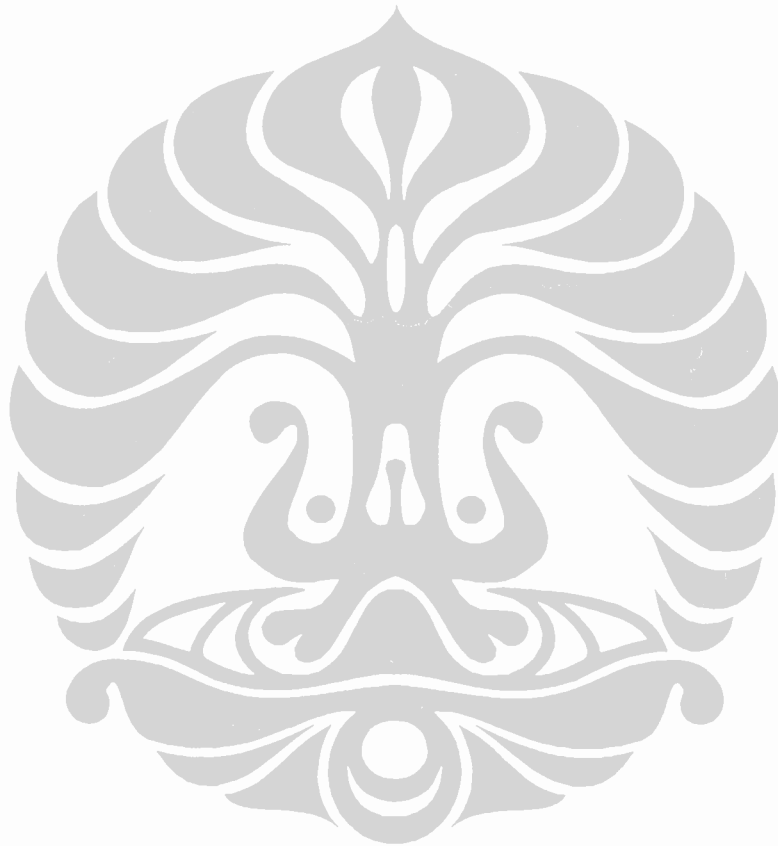
Adapun ucapan terima kasih saya curahkan kepada guru-guru saya di FKM UI khususnya program KARS UI, pembimbing penelitian yaitu Bpk. DR.dr.Hendrik M. Taurany, MPH yang telah membimbing saya selama proses penyusunan tesis, dr.H.M. Hafizurrahman, MPH, dr.Peter Pattinama, SKM yang telah berkenan memberi masukan untuk perbaikan-perbaikan tesis, rekan-rekan seperjuangan mahasiswa KARS UI angkatan 2005 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah menjalin kerja sama yang baik untuk saling membantu dalam penyusunan tesis, pihak rumah sakit Siloam terutama dr.Andri selaku CEO, dr. Anastina Tahjoo, MARS yang telah memberi ijin dan kesediaan menerima saya melakukan penelitian, semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Akhirnya saya hanya dapat berdoa semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan rahmat dan hidayahnya, serta membalas atas segala amal baik mereka yang telah tulus ikhlas membantu saya, amin.

**Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama bagi peneliti sendiri.**

**Depok, 22 Juni 2007**

**Penulis**



## DAFTAR ISI

**ABSTRAK**  
**RIWAYAT HIDUP**  
**KATA PENGANTAR**  
**DAFTAR ISI**  
**DAFTAR TABEL**  
**DAFTAR GAMBAR**  
**DAFTAR SINGKATAN**

▪ <b>Bab I Pendahuluan</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Masalah Penelitian .....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	11
D. Tujuan Penelitian	
1. Umum .....	11
2. Khusus .....	11
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	12
F. Manfaat Penelitian .....	12
▪ <b>Bab II Tinjauan Pustaka</b>	
A. Komitmen .....	14
B. Risiko .....	
1. Definisi .....	15
2. Komponen .....	16
3. Cakupan .....	17
C. Manajemen Risiko .....	18
1. Tujuan dan Fungsi Manajemen Risiko .....	19
2. Pengorganisasian .....	20
3. Implementasi .....	24
4. Proses Manajemen Risiko .....	29
5. Pemetaan .....	44
D. Hubungan Manajemen Risiko dan Manajemen Mutu .....	47
▪ <b>Bab III Kerangka Pikir &amp; Definisi Istilah</b>	
A. Kerangka Pikir .....	51
B. Definisi Istilah .....	53

▪ <b>Bab IV Metodologi Penelitian</b>	
A. Disain Penelitian .....	55
B. Lokasi Penelitian .....	55
C. Informan Penelitian .....	55
D. Instrumen Penelitian .....	56
E. Tehnik Pengumpulan Data .....	56
F. Pengolahan Data & Analisa Data .....	57
G. Pengujian Validasi Data .....	60
▪ <b>Bab V Gambaran Umum RS Siloam</b>	
A. Visi, Misi, dan Budaya .....	62
B. Fasilitas .....	63
▪ <b>Bab VI Hasil Penelitian</b>	
A. Keterbatasan Penelitian .....	66
1. Waktu Penelitian .....	66
2. Penelusuran Data Penelitian dan Observasi .....	66
3. Karakteristik Informan .....	66
B. Hasil Wawancara, Observasi, dan Telaah Dokumen	
1. Komitmen .....	67
2. Kebijakan .....	73
3. Proses manajemen Risiko .....	79
▪ <b>Bab VII Pembahasan</b>	
A. Komitmen .....	89
B. Kebijakan .....	91
C. Proses Manajemen Risiko .....	96
1. Identifikasi .....	97
2. Analisis Risiko .....	100
3. Evaluasi .....	101
4. Pengelolaan Risiko .....	102
5. Komunikasi & Konsultasi .....	104
6. <i>Monitoring &amp; Review</i> .....	105
▪ <b>Kesimpulan Dan Saran</b> .....	112
▪ <b>Daftar Pustaka</b>	
▪ <b>Lampiran</b>	


## DAFTAR TABEL

Tabel	Hal
1. Sepuluh Kasus Terbanyak Berdasarkan Jumlah Biaya di RS (USA)	5
2. Sepuluh Kasus Terbanyak Berdasarkan Ruangan di RS	6
3. Jumlah Kasus yang Dilaporkan ke MKEK th 2001-2003	7
4. Panduan Kebutuhan Manajemen Risiko	24
5. Pengukuran Kualitatif Konsekuensi/Dampak	35
6. Pengukuran Kualitatif Frekuensi ( <i>likelihood</i> )	35
7. Matriks Kualitatif Analisis Risiko-Tingkat Risiko	36
8. Penilaian Untuk Kemungkinan Berulangnya Insident	38
9. Identifikasi Dampak	39
10. Matriks Untuk Derajat Beratnya Insiden	39

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Hal
1. Transformasi Rumah Sakit	3
2. Rumah Sakit Padat akan Risiko	4
3. Jumlah Klaim dan Biaya	5
4. Jumlah Kepuasan dan Komplain Pasien RS Siloam (%)	9
5. Jumlah Komplain Pasien RS Siloam (%)	10
6. Organisasi Manajemen Risiko	21
7. Proses Manajemen Risiko	29
8. Flow Chart Pencatatan Risiko	41
9. Pemetaan Risiko	47
10. Peran Manajemen Mutu Dalam Konteks Manajemen Risiko	49
11. Kerangka Pikir	52
12. Struktur Organisasi RS Siloam	66
13. Struktur Organisasi Integrasi QA dan manajemen Risiko Menurut Peneliti	95
14. Hirarki Alur Proses Laporan Insident RS Siloam	99
15. Hirarki Alur Proses Laporan Insiden dan Investigasi	99
16. Bagan Penilaian Risiko ( <i>Risk Assesment</i> )	107
17. Hirarki Identifikasi, Investigasi sampai Kelola Risiko	108
18. Alur Proses Pelaporan Insiden	109

## DAFTAR SINGKATAN



<b>ASHRM</b>	<b>: The American Society of Hospital Risk Management</b>
<b>AS</b>	<b>: Australia standards</b>
<b>ATP</b>	<b>: Ability to Pay</b>
<b>CEO</b>	<b>: Chief Executive Officer</b>
<b>DPM</b>	<b>: Dewan Penasehat Medis</b>
<b>JCAHO</b>	<b>: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</b>
<b>KPRS</b>	<b>: Keselamatan Pasien Rumah Sakit</b>
<b>MKEK</b>	<b>: Majelis Kode Etik Kedokteran</b>
<b>NHS</b>	<b>: National health Service</b>
<b>NZS</b>	<b>: New Zealand Standards</b>
<b>QA</b>	<b>: Quality Assurance</b>
<b>QS</b>	<b>: Quality and Safety</b>
<b>RMO</b>	<b>: Risk Management Officer</b>
<b>SDM</b>	<b>: Sumber Daya Manusia</b>
<b>SMF</b>	<b>: Staf Medis Fungsional</b>
<b>SK</b>	<b>: Surat Keputusan</b>
<b>UGD</b>	<b>: Unit Gawat Darurat</b>



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A Latar Belakang**

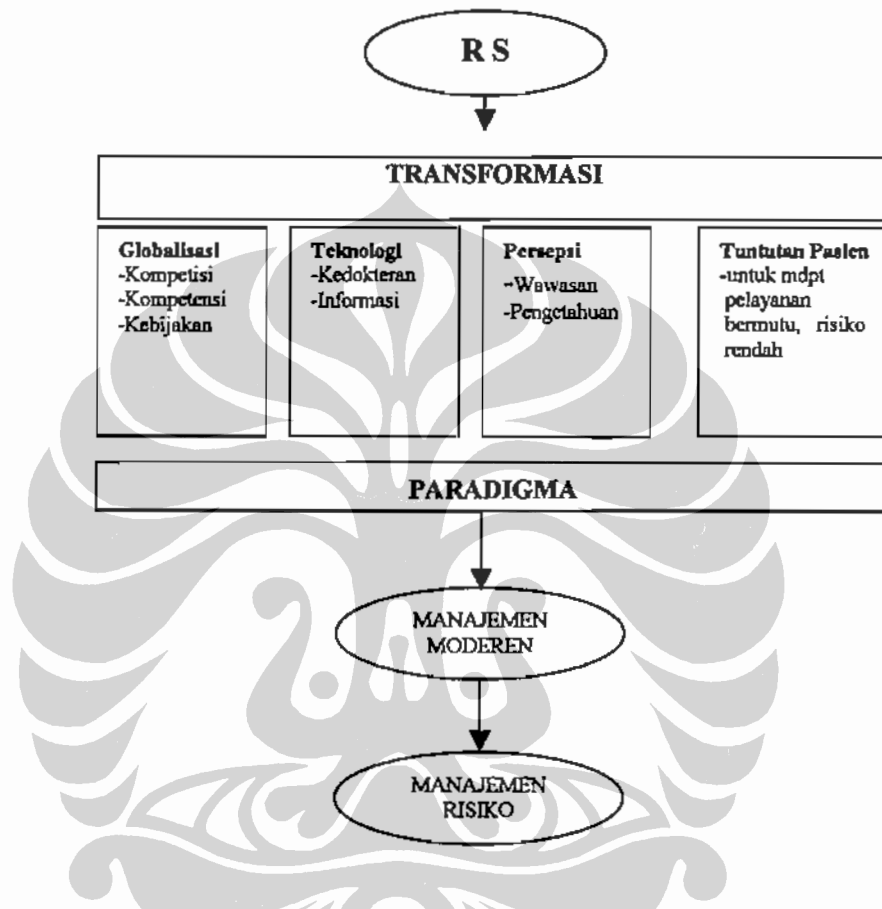
Rumah sakit saat ini mengalami perkembangan yang cukup besar, rumah sakit mengalami transformasi besar. Pada masa sekarang rumah sakit berada dalam suasana globalisasi dan kompetisi, persaingan semakin berat, baik rumah sakit pemerintah, swasta dalam negeri dan luar negeri, bahkan termasuk persaingan dengan pelayanan kesebatan alternatif. Pada keadaan ini pelayanan rumah sakit harus benar-benar dikelola secara baik dan profesional. Rumah sakit harus mampu menjawab tantangan-tantangan masa sekarang maupun masa yang akan datang, terutama harus mampu memenuhi tuntutan masyarakat yang menghendaki pelayanan yang bermutu dan terjangkau, jauh dari risiko. Maka dari itu paradigma manajemen rumah sakit harus berubah menjadi lebih efektif dan efisien, memiliki kemampuan untuk mengakomodasi perubahan-perubahan yang ada, saat ini maupun yang akan datang.

Di Indonesia kenyataan saat ini adalah belum dapatnya mengantisipasi globalisasi, fakta telah menunjukkan bahwa masih banyak orang Indonesia yang mencari pengobatan ke luar negeri, ini menunjukkan bahwa adanya ketidakpuasan sebagian masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit di Indonesia, dan ini merupakan era globalisasi pertama ( Laksono Trisnantoro, 2004). Era globalisasi berikutnya, yang merupakan ancaman globalisasi yang sesungguhnya adalah sudah masuknya perusahaan asing atau penanaman modal asing ke Indonesia. Banyak sekali rumah sakit di Indonesia belum mampu atau siap untuk bersaing, karena rumah sakit di Indonesia

belum mempersiapkan suatu manajemen moderen yang efektif dan efisien dalam menjawab tantangan era globalisasi dan persaingan. Ketidak mampuan dan ketidaksiapan ini menyebabkan banyak rumah sakit tidak mampu memecahkan persoalan-persoalan yang rumit, sebuah konsekuensi dari globalisasi tadi, baik persoalan yang menyangkut masalah-masalah internal maupun eksternal, rumah sakit tidak mampu merespon secara baik adanya perubahan-perubahan yang terjadi baik di lingkungan internal maupun eksternal.

Saat ini perubahan-perubahan yang sangat menonjol adalah yang *pertama*, adanya perubahan teknologi yang semakin canggih dan kompleks, seperti teknologi informasi yang menyebabkan masyarakat mampu mengakses informasi dengan mudah, cepat dan murah, sehingga mampu menilai dan membandingkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. *Kedua*, persepsi masyarakat akan mutu pelayanan berubah seiring dengan bertambahnya wawasan dan pengetahuan mereka terhadap mutu pelayanan kesehatan, masyarakat semakin kritis, berikutnya teknologi di bidang kedokteran yang semakin canggih pula, bidang kedokteran merupakan bidang yang cepat mengalami perubahan, sehingga ketika rumah sakit tidak mampu beradaptasi dengan perkembangan teknologi maka secara tidak langsung akan tertinggal. Karena persepsi masyarakat tadi yang membuat perubahan pada perspektif masyarakat terhadap mutu pelayanan, di tambah lagi kemampuan masyarakat untuk membeli semakin meningkat (*ATP/ability to pay*).

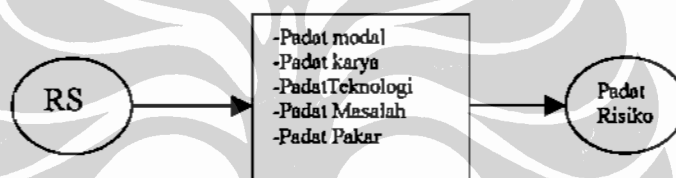
Gambar 1 Transformasi RS



Rumah sakit merupakan suatu institusi yang padat akan karya, modal, sumber daya, teknologi, dan tentu saja padat akan risiko. Membangun sebuah rumah sakit yang bermutu yang sesuai dengan keinginan dan harapan masyarakat, tentu harus memiliki modal dan investasi yang cukup besar, seiring dengan itu risikopun tidaklah kecil. Rumah sakit yang tidak memiliki kemampuan secara profesional untuk memana- jakan sulit mencegah kejadian-kejadian yang berpotensi terjadinya risiko yang tidak diharapkan, baik itu risiko kegagalan dalam mengimplementasikan strategi, banyaknya

*claim/complaint* masyarakat, dan boleh jadi tuntutan secara hukum baik pidana maupun perdata, kerugian kehilangan sumber daya yang potensial, risiko kehilangan reputasi dimata masyarakat, dan ini semua berujung pada kerugian secara finansial, akhirnya rumah sakit tidak memiliki kemampuan untuk *survive* apalagi untuk tumbuh dan berkembang.

Gambar 2 RS Padat akan Risiko



Risiko yang paling menjadi perhatian pihak rumah sakit sendiri adalah risiko klinis, dan tentunya yang berkaitan dengan tuntutan dari masyarakat/pasien akibat kesalahan dalam penanganan. Sudah bukan rahasia lagi bahwa kejadian malpraktek di Indonesia sudah semakin marak dan banyak kasus malpraktek di Indonesia belum terungkap atau diselesaikan dengan baik secara hukum, dan ini menyebabkan munculnya ketidakpercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terutama di rumah sakit. Masib banyaknya kasus malpraktek di Indonesia terkait dengan kompetensi dan akuntabilitas, baik kualitas pelayanan rumah sakit maupun para dokter serta paramediknya yang kurang baik, yang menjadi masalah adalah ketika ada tuntutan dari masyarakat/pasien karena adanya indikasi malpraktek siapa yang akan

bertanggung jawab, dan bagaimana upaya yang perlu dilakukan agar dapat meminimalkan risiko yang ditanggung oleh pihak rumah sakit, dan sekaligus dapat mencegah terulangnya kejadian-kejadian tersebut. Sebagai pimpinan rumah sakit harus berupaya untuk mencegah terulangnya kejadian itu dengan meminimalkan risiko yang ada. Oleh karena itu sudah saatnya menerapkan manajemen risiko di rumah sakit terutama rumah sakit besar.

Gambar 3 Jumlah *Claim* dan Biaya



Tabel 1 Sepuluh Kasus Terbanyak Berdasarkan Jumlah Biaya di RS (USA)

Ranking		Kasus	Jumlah klaim	Biaya Rata-rata(\$)
1995	1996			
2	1	Salah diagnosis masalah kehamilan	95	187,500
3	2	Terapi yang tidak sesuai pada bayi yang baru lahir	365	158,900
6	3	Salah diagnosis pada perdarahan	53	156,000
1	4	Salah diagnosis pada infeksi	170	147,300
7	5	Salah diagnosis pada kanker	457	129,000
4	6	Salah diagnosis pada miokard infarkk	146	125,600
8	7	Salah diagnosis pada masalah sirkulasi	136	123,500
5	8	Pembedahan/kematian post operasi 1	121	110,900
9	9	Terapi/salah obat	112	99,300
-	10	Terapi/efek samping obat	223	86,400

Sumber: St.Paul Fire and Marine Insurance Co.(1996) yg dikutip Sanbar at.al(1998)

Tabel 2 Sepuluh Kasus Terbanyak Berdasarkan Ruangan di RS

LOKASI	JML KLAIM	Persentase
Klinik	2554	37
Ruang Bedah	1951	28,3
Area Perawatan	655	9,5
Gawat Darurat	564	8,2
Ruang Bersalin	461	6,7
Ruang Lain RS	308	4,5
Ruang Rawat jalan Bedah RS	234	3,4
Subtotal	4173	60,6
Lain-lain	128	1,8
Ruang bedah Pusat RS	38	0,6
Total	6893	100

Sumber: St.Paul Fire and Marine Insurance Co.(1996) yg dikutip Sanbar et.al(1998)

Data di Indonesia yang terkait dengan kasus malpraktek yang ditangani oleh MKEK selama kurun waktu juli 2001 hingga oktober 2003, adalah sebanyak 41 kasus. Berbagai jenis variasi kasus melibatkan 15 spesialis kebidanan & Kandunganm, 8 kasus dokter umum, 5 spesialis anak, 5 spesialis penyakit dalam, 5 spesialis bedah ortopedi, 2 spesialis bedah umum, 2 spesialis THT (telinga, hidung, tenggorokan), dan masing-masing satu kasus untuk spesialis mata, rehabilitasi medis, kulit dan kelamin, bedah anak, syaraf, radiologi, bedah digestive. Dari ke 41 kasus yang telah diselesaikan, dokter yang dinyatakan bersalah dan atau melanggar etik kedokteran adalah 16 (39%), dengan variasi derajat pelanggaran.

Tabel 3 Jumlah Kasus Yang Dilaporkan ke MKEK Th 2001-2003

Tahun	Jumlah Pengaduan	Dicabut	Ditolak	Tidak terdapat pelanggaran etik/Profesi	Terjadi pelanggaran etik/Profesi
2001	11	3	1	5	2
2002	14	-	2	6	6
2003	16	-	2	6	8
<b>JML</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Sumber : Laporan Kerja Periode Juli 2001-Oktober 2003 MKEK IDI DKI Jakarta.

Menurut penelitian yang dilakukan di RS *Wimmera Australia*, menunjukkan hasil bahwa melalui manajemen risiko klinis dapat mendeteksi kejadian merugikan pasien di rumah sakit, dan pengelolaannya dapat mengurangi angka kejadian yang merugikan. Hasil penelitian memperlihatkan angka kejadian merugikan pada pasien rawat menurun dari angka 1,35% menjadi 0,74 %, angka kejadian yang merugikan di IGD menurun dari 3,26 % menjadi 0,48%.

Keberhasilan pendekatan manajemen risiko klinis telah dilakukan pula di beberapa negara. Sebagai contoh, beberapa institusi medis di Jepang yang menggunakan pendekatan manajemen risiko dalam praktek transfusi darah dengan menerapkan sistem manajemen risiko di pusat transfusi darah dan di setiap institusi medis. Pelaksanaan manajemen risiko dalam praktek transfusi darah tersebut secara strategis telah dapat membatasi dan meminimalkan kasus-kasus *human errors* ( Ikeda, dalam Dewita, 2005). Penelitian lain di Jepang menunjukkan adanya penerapan tiga sistem pendekatan dalam manajemen risiko, yaitu sistem pelaporan kecelakaan, sistem pelaporan kejadian khusus, dan sistem pelaporan kejadian rutin. Melalui pendekatan

sistem ini, kemungkinan kejadian kecelakaan dapat teridentifikasi ( Miyake, dalam Dewita, 2005).

Manajemen risiko telah di kenal secara luas terutama di bidang perbankan dan asuransi, sayangnya kebanyakan rumah sakit di Indonesia tidak memandang hal ini penting bagi kelangsungan hidup dan reputasi rumah sakit.

Pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit secara efektif sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain; pengaruh budaya saling menyalahkan, "kambing hitam" yang menyebabkan sulit berkembangnya lingkungan yang mendukung; komitmen manajemen dan *stakeholder* yang lemah menyebabkan manajemen risiko membutuhkan dana yang tidak sedikit; partisipasi dan pemberdayaan karyawan yang kurang optimal. Adapun komponen penting dalam membentuk sebuah manajemen risiko yang ideal yaitu: adanya komitmen dan suport manajemen; penunjukan seorang *risk manager*; partisipasi dari staf medis; integrasi dengan manajemen mutu; adanya mekanisme pelaporan yang baik; pendidikan dan pelatihan bagi staf medis; alokasi dana yang cukup.

Dengan adanya bukti bahwa pelaksanaan manajemen risiko yang dikelola secara baik maka risiko terjadinya kesalahan dalam pelayanan kesehatan akan teridentifikasi dengan cepat dan tentunya dapat diminimalisasi kerugian yang akan terjadi, yaitu kerugian terjadinya reputasi rumah sakit yang buruk sehingga menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit tersebut.

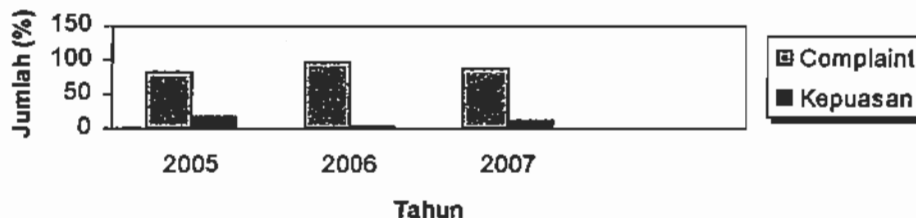


## B Masalah Penelitian

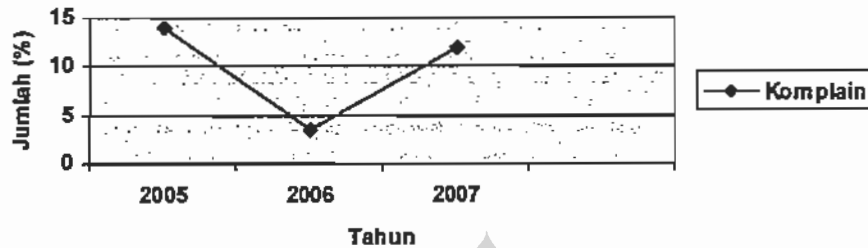
Mengimplementasikan manajemen risiko secara operasional yang efektif tidaklah mudah yang dibayangkan. Beberapa komponen penting untuk membentuk sebuah manajemen risiko yang ideal yaitu adanya komitmen dan *support* pimpinan rumah sakit yang diwujudkan dalam bentuk kebijakan, rencana strategis dan peran serta secara aktif dalam setiap kegiatan manajemen risiko klinis di rumah sakit; organisasi yang terstruktur dan formal, partisipasi semua staf; pendidikan dan pelatihan; alokasi dana.

Rumah sakit Siloam Karawaci telah melaksanakan program manajemen risiko klinis sejak tahun 1991. Menurut dr. Andri sebagai CEO rumah sakit Siloam, program manajemen risiko sangat penting perannya dalam menjamin mutu sebuah rumah sakit, tidak mungkin rumah sakit bisa menjaga kualitas tanpa menjalankan manajemen risiko. Dirasakan bahwa dengan pelaksanaan program manajemen risiko klinis telah membawa pengaruh yang besar pada jumlah komplain pasien rumah sakit.

**Gambar 4 Jumlah Kepuasan dan Komplain Pasien RS Siloam (%)**



Gambar 5 Jumlah Komplain Pasien RS Siloam (%)



Menurut JCHAO bahwa manajemen risiko adalah suatu kegiatan klinik untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kejadian pada pasien, karyawan rumah sakit dan pengunjung. Menurut *Standard Australia (AS/NZS, 1999)* manajemen risiko adalah suatu proses dimana perusahaan melakukan identifikasi, pengukuran, penentuan dan pengendalian risiko. Dari kedua sumber tadi maka identifikasi merupakan proses awal dari manajemen risiko yang memiliki peran yang cukup besar, karena risiko tidak dapat dikelola jika risiko tersebut tidak dapat diidentifikasi.

Identifikasi risiko secara dini dengan melaporkan insiden bukan untuk dipersalahkan (*no Blame*) tapi justru untuk mencegah agar kerugian yang akan timbul tidak terjadi lagi dikemudian hari, dan juga laporan insiden merupakan suatu pembelajaran.

Begitu banyak faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program manajemen risiko klinis di rumah sakit, memang implementasi program ini tidaklah semudah yang dibayangkan. Sedikit sekali rumah sakit di Jakarta khususnya, yang telah

melaksanakan manajemen risiko. Sementara rumah sakit Siloam telah menerapkan program manajemen risiko sekian lama, dan menurut persepsi mereka bahwa program ini telah membawa dampak yang sangat positif terhadap penurunan jumlah komplain pasien. Maka dengan kenyataan tersebut diatas peneliti ingin mengetahui lebih banyak dan belajar tentang manajemen risiko klinis, bagaimana pelaksanaan program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam menurut perspektif organisasi RS Siloam.

### **C Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana dukungan dan Komitmen para pimpinan dalam hal ini CEO, komite medik, direktur medis (*Head of Medical & Ancillari services Div*), dan para staf di rumah sakit Siloam.
2. Bagaimana Pelaksanaan program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam Karawaci

### **D Tujuan Penelitian**

1. Umum  
Diketuhiya pelaksanaan program manajemen risiko klinis yang diterapkan di RS Siloam tahun 2007.
2. Khusus
  - a. Diperolehnya gambaran komitmen pimpinan dan staf rumah sakit terhadap pelaksanaan manajemen risiko klinis tahun 2007.

- b. Diperolehnya gambaran tentang kebijakan program manajemen risiko tahun 2007, khususnya yang menyangkut pengorganisasian, tenaga khusus, pelatihan, dan alokasi dana.
- c. Diperolehnya gambaran tahapan proses manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam tahun 2007 mulai dari identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, pengelolaan risiko, komunikasi, dan *monitoring*.

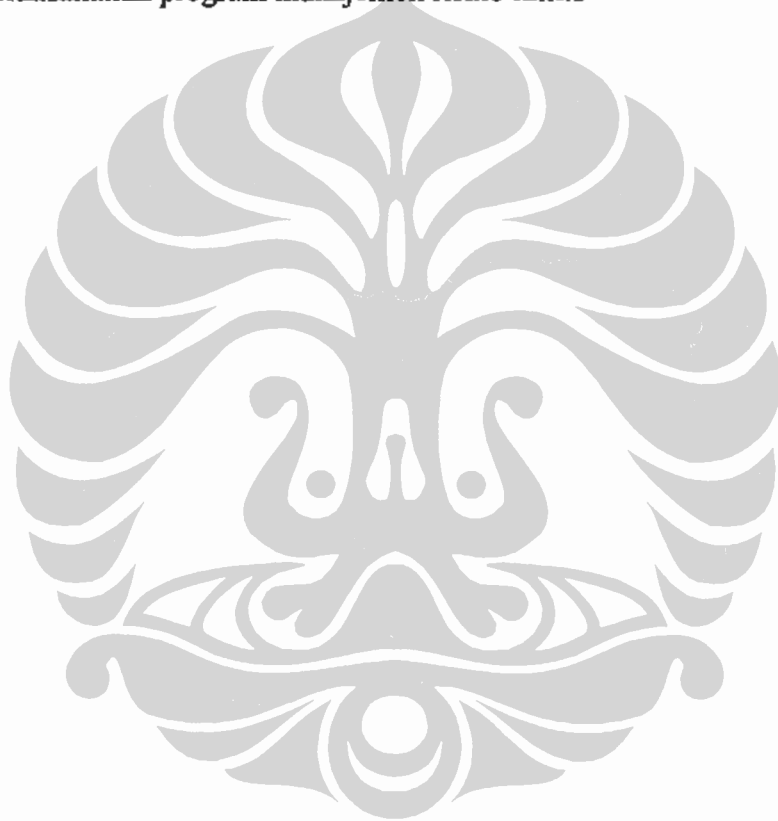
#### **E Ruang lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Pelaksanaan manajemen risiko, dengan ruang lingkup utama tentang risiko klinis. Penelitian dilakukan di rumah sakit Siloam Karawaei yang telah melaksanakan manajemen risiko. Dan selain itu penelitian ini juga melihat seberapa besar dukungan dan komitmen pimpinan rumah sakit yaitu dewan direksi dan manajer senior terhadap pelaksanaan program manajemen risiko klinis.

#### **F Manfaat Penelitian**

1. Diharapkan dapat bermanfaat baik bagi rumah sakit Siloam maupun peneliti sendiri. Diharapkan dengan melihat gambaran/kondisi pelaksanaan manajemen risiko tersebut peneliti dapat belajar dan menambah wawasan serta pengetahuan yang lebih mendalam tentang program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam

2. Diharapkan hasil penelitian ini akan menjadi data awal atau data lanjutan untuk peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai manajemen risiko di rumah sakit
3. Diharapkan dapat memberi masukan kepada rumah sakit yang belum melaksanakan program manajemen risiko klinis



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A Komitmen**

Komitmen didefinisikan sebagai keadaan keinginan yang kuat dari para anggota/pimpinan organisasi untuk mengikat diri dalam suatu organisasi secara sukarela dan sungguh-sungguh berusaha keras untuk kepentingan organisasi (Permana, S, Hanna, 2005). Jadi komitmen merupakan gambaran kesetiaan para anggota/pimpinan terhadap organisasinya. Komitmen merupakan proses yang berkelanjutan dimana para anggota organisasi masing-masing mengembangkan karyanya untuk kemajuan organisasi. Komitmen merupakan hal utama yang paling penting dalam merekatkan sistem-sistem yang diberlakukan dalam organisasi untuk menjalankan aplikasi-aplikasi strategis yang sudah disepakati bersama. Komitmen menekankan kepada perasaan dan menggambarkan dedikasi yang menjadikan seseorang meneurahkan segenap waktu, tenaga, dan pikirannya untuk organisasi. Komitmen juga merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan dan para manajer, komitmen ini sangat diperlukan agar suatu program dapat terlaksana dengan baik. Komitmen tersebut merupakan langkah awal dari penerapan suatu program.

Dalam konteks manajemen risiko, komitmen pimpinan puncak dalam mengelola risiko ditunjukkan dengan adanya peran serta aktif dalam setiap kegiatan manajemen risiko, kebijakan-kebijakan yang mendukung terlaksananya program manajemen risiko, diantaranya adalah membuat suatu tim khusus dalam organisasi yang mengurus pengelolaan risiko. Ada dua cara yang dilakukan dalam hal ini yaitu:

1. Membuat suatu unit atau bagian manajemen risiko, atau
2. Membentuk satu satuan kerja (komite) manajemen risiko.

Selain itu, kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan program manajemen risiko adalah adanya rencana strategis yang menyangkut tujuan, visi dan misi, alokasi dana yang memadai, pengorganisasian, adanya pelatihan, dll.

## **B Risiko**

### **1. Definisi**

Menurut *Jacobalis S (2003)*, risiko adalah bahaya, kesialan, atau potensi terjadinya hal-hal yang tidak diharapkan dan tidak diinginkan dan yang berdampak merugikan bagi perorangan atau organisasi. Definisi risiko lainnya, antara lain menurut *NHS Trust (National Health Service Trust, 2004)* mengemukakan beberapa definisi risiko antara lain:

- a. Risiko adalah kemungkinan untuk rugi (*risk is the chance of loss*)

Kemungkinan untuk rugi ini biasanya dipergunakan untuk menunjukkan suatu keadaan dimana terdapat suatu paparan (*exposure*) terhadap kerugian atau kemungkinan kerugian. Risiko adalah kemungkinan kerugian (*Risk is the possibility of lost*).

- b. Risiko adalah ketidakpastian (*risk is Uncertainty*).

Tampaknya ada kesempatan bahwa risiko berhubungan dengan ketidak pastian yaitu adanya risiko, karena adanya ketidak pastian.

Berdasarkan pada karakteristik dasar, risiko dibagi menjadi risiko murni dan risiko *spekulatif* (Djohanputro, Bramantyo, 2006). Risiko murni mengacu pada risiko yang dapat diamati dan diukur secara fisik, tidak terbantahkan dan umumnya disebabkan oleh penyebab alami, seperti gempa bumi, kebakaran, banjir, dan sebagainya, yang dapat mengakibatkan kerugian pada perusahaan. Risiko spekulatif mengacu pada risiko yang tidak dapat diamati dan diukur secara fisik, yang dapat mengakibatkan dua kemungkinan, merugikan atau menguntungkan perusahaan. Ini terjadi sebagai produk atau hasil dari tindakan tertentu buatan manusia seperti risiko valuta asing, risiko suku bunga, dan fluktuasi bisnis, dll.

## 2. Komponen Risiko

- a. Risiko inheren (*inherent risk*), risiko yang secara inheren karena terjadinya suatu aktivitas, dan melekat pada aktivitas itu sendiri. Contoh: Jika saat kita berjalan dan terjadi hujan tanpa pelindung, risiko inherennya adalah kebasahan.
- b. Risiko yang terkendali (*control risk*), bagian dari risiko inheren yang dapat dikendalikan melalui aplikasi atau aktivitas pengendalian tertentu. Contoh: Dari kasus diatas, maka risiko kebasahan itu kita kurangi dengan membawa payung.
- c. Risiko residual (*residual risk*), tingkat atau besaran risiko yang tetap melekat pada suatu aktivitas tertentu walaupun aplikasi pengendalian sudah diterapkan.



Contoh: Menggunakan payung ketika hujan tidak menjamin 100% bahwa kita tidak kebasahan.

### 3. Cakupan Risiko

Risiko adalah kondisi yang melibatkan keterpaparan terhadap pencapaian tujuan entitas perusahaan, baik yang bersifat langsung maupun yang tidak langsung, yang merupakan hasil dari sebuah kombinasi antara kemungkinan terjadinya sebuah peristiwa dan besaran dari konsekuensinya.

Di rumah sakit terdapat dua komponen *governance* sehingga dapat dianggap sebagai kelompok resiko yaitu : *Corporate governance* dan *Clinical governance* seperti yang dikutip dari *Jacobalis S (2003)*.

a. *Corporate Governance* yang menyebabkan risiko layanan usaha (*corporate risk*) seperti:

- 1) Risiko kerugian aset
- 2) Risiko kerugian pendapatan bisnis
- 3) Risiko kerugian tuntutan hukum
- 4) Risiko kesalahan SDM (Sumber daya manusia)
- 5) Risiko kerugian akibat kelemahan sistem prosedur operasional baku atau petunjuk pelaksanaan.
- 6) Risiko korupsi, tindak kriminal, ketidakjujuran karyawan
- 7) Risiko kerugian akibat biaya kesejahteraan tenaga kerja yang tinggi

b. *Clinical Governance* yang menyebabkan risiko klinis (*clinical risk*) seperti:

- 1) Risiko komplain pasien
- 2) Risiko *claim* pasien
- 3) Risiko kejadian-kejadian kritis (*critical incidents*)
- 4) Risiko malapraktek
- 5) Risiko infeksi nosokomial
- 6) Risiko kesalahan medis (*medical error*)
- 7) Risiko K3 (insiden keselamatan dan kesehatan kerja)

### **C Manajemen Risiko**

Manajemen risiko didefinisikan oleh *The American Society of Hospital Risk Management* (ASHRM) sebagai kegiatan meminimalkan bahaya terhadap pasien/kegiatan untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan, pasien dan pengunjung. Manajemen risiko menurut *Emmet J. Vaughn*, yaitu "*Risk Management is a scientific approach the dealing with pure risk by anticipating possible accidental losses and designing and implementing procedures that minimize the occurrence of loss or the financial impact of the losses the do occur*". Sedang *C.Arthur Wiliam S,Jr, et al*, menjelaskan bahwa, manajemen risiko adalah "*A general management function that seeks to identify, asses, and address the causes and effects of uncertainty and risk on an organization*".

*The joint Commision on accreditation of healthcare organization* (JCAHO, 2006) memberikan pengertian yaitu manajemen risiko adalah suatu kegiatan klinik dan

administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan rumah sakit itu sendiri.

Beberapa definisi yang dikutip oleh *Kuntjoro T* (2000) adalah menurut *Dankmyer* (1997) manajemen risiko adalah pendekatan manajemen untuk identifikasi, evaluasi dan penanganan terhadap risiko kerugian finansial. Menurut *Sullivan* (1988) memberikan definisi manajemen risiko sebagai suatu program terencana untuk pencegahan kerugian dan pengendalian terhadap tuntutan pertanggungjawaban sedangkan menurut *Interavenous Nurse Society* ( dalam *Dewita*, 2005), manajemen risiko adalah suatu proses yang meliputi identifikasi, analisis, perlakuan dan evaluasi terhadap risiko nyata dan potensial. Menurut standar Australia manajemen risiko adalah suatu proses dimana perusahaan melakukan identifikasi, pengukuran, penentuan dan pengendalian exposure risiko, dengan tujuan mencegah terjadinya risiko.

#### 1. Tujuan dan Fungsi Manajemen Risiko

Menurut *Bryant F* ( dalam *Kunjoro T*, 2000) tujuan utama *risk management* adalah pencegahan dan pengendalian kerugian yang dapat dijabarkan dalam empat fungsi antara lain:

- a. Proteksi terhadap aset finansial dari rumah sakit
- b. Proteksi terhadap reputasi rumah sakit
- c. Pencegahan terjadinya cedera pasien, pengunjung, karyawan dan properti secara berkesinambungan.

d. Pembahasan terhadap tiap kejadian dan pola kejadian melalui sistem manajemen risiko.

Menurut *Liverpool Womens NHS Foundation Trust*, tujuan dari manajemen risiko adalah untuk mengembangkan dan memelihara kejelasan dan efektifitas struktur tanggung jawab dan akuntabilitas, bersamaan dengan kejelasan sistem untuk mengidentifikasi risiko. Jadi seluruh karyawan dapat berperan dalam menangani keselamatan pasien dan karyawan.

## 2. Pengorganisasian

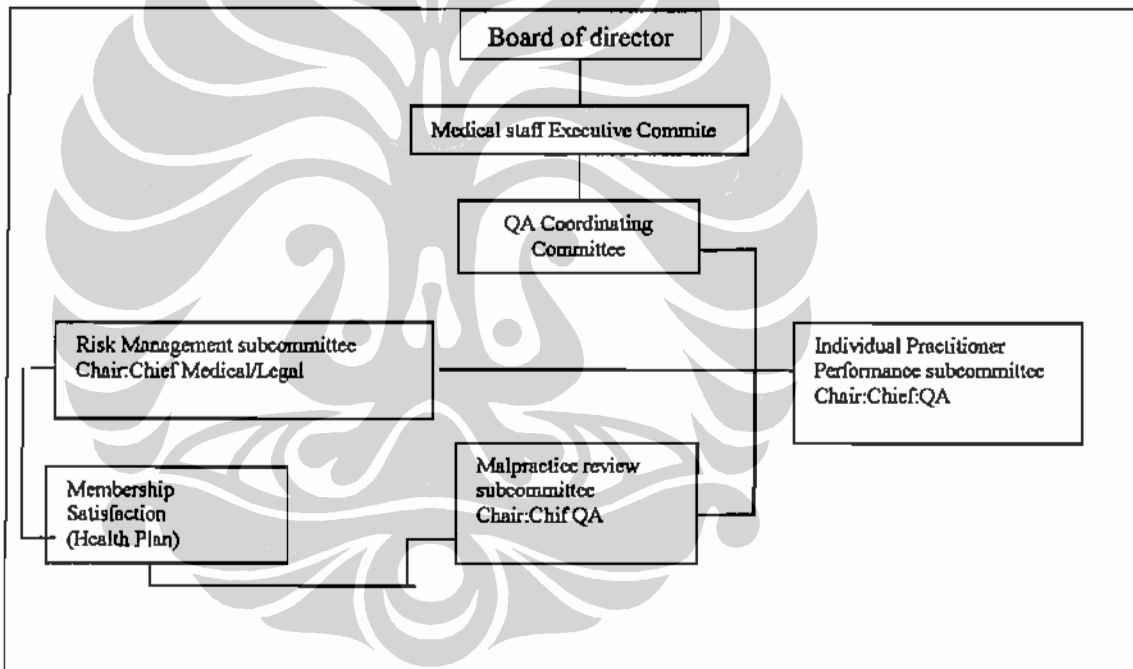
Sebuah organisasi dapat mengambil bentuk struktur formal atau informal dalam mengelola risiko. Pendekatan formal membutuhkan struktur organisasi eksplisit, kebanyakan ditandai dengan keberadaan departemen manajemen risiko. Di sisi lain pendekatan informal tidak membutuhkan struktur formal denikian, tidak memiliki unit khusus atau suatu departemen, namun membentuk satu satuan kerja (*committee*) yang disebut dengan *Risk Management Committee*. *Risk Management Committe* ini bukan merupakan *line function* tetapi *staff function* dimana dia tidak memiliki garis komando kebawah. Orang-orang yang masuk di dalam *risk management committee* diambil dari masing-masing fungsi dalam organisasi.

Ada beberapa model struktur organisasi, ada rumah sakit menempatkan manajemen risiko di bawah direktur medis, karena perhatian rumah sakit lebih pada hal-hal menyangkut keamanan atau *safety* pasien dan juga menyangkut

kualitas pelayanan medis. Ada pula yang menempatkan manajemen rumah sakit langsung dibawah direktur /CEO.

Contoh model yang tergambar dibawah ini, direktur membawahi Komite medik dan komite medik membawahi komite koordinasi QA yang mengawasi subkomite manajemen risiko dan komite performa dokter. (Rowland H,1992).

Gambar 6 Organisasi Manajemen Risiko



Sumber : Rowland H& Rowland B (1999)

## b. Penanggung Jawab Manajemen Risiko

### 1) Komite Manajemen Risiko

Menurut Kuntjoro T (2000), Komita manajemen risiko bertugas mengumpulkan dan melakukan *review* terhadap informasi yang masuk ke Komite/panitia, melakukan monitoring terhadap "*potensi hazards*" dan

mengembangkan serta melaksanakan program-program manajemen risiko. Sedangkan keanggotaan Komite dibentuk interdisiplin yang terdiri dari representatif dari medik, perawat, komite mutu, asuransi, *legal council* dan sebagainya sesuai dengan kebutuhan.

## 2) Manajer Risiko

Fungsi manajer risiko adalah mencegah kerugian (*loss prevention*) serta pengawasan keselamatan, seminar dan pendidikan untuk karyawan serta analisis tentang keadaan yang berpotensi untuk terjadi klaim. Fungsi lain adalah mengawasi kerugian (*loss control*) dengan cara identifikasi, identifikasi, evaluasi, monitor, mengukur, dan menangani klaim (Rowland H, 1992). Manajer risiko menurut Kuntjoro T (2000), adalah *chairman* Komite manajemen risiko. Syaratnya adalah telah mendapatkan pelatihan tentang audit medik dan program manajemen risiko. Sedangkan tanggung jawabnya adalah pengembangan koordinasi program-program pencegahan yang strategis. Sedangkan menurut ASHRM, tugas manajer risiko adalah sebagai berikut:

### a) Mencegah dan mengurangi kerugian

kegiatan seperti :

- (1) Mengembangkan mekanisme identifikasi risiko seperti *incident report*, rujukan staf, *review medical record*, *review* dan keluhan pasien.

- (2) Mengembangkan dan memelihara hubungan kolaborasi dengan departemen terkait seperti: Manajemen mutu, keperawatan, staf medis dan infeksi kontrol.
- (3) Mengembangkan statistik dan laporan kualitatif *trend* dan pola manajemen risiko.
  - b) Mengelola klaim
  - c) Mengelola risiko keuangan

Menurut *Rowland H* (1992), tidak mungkin untuk mendapatkan kandidat manajer risiko dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman pada semua bidang manajemen risiko. Tentunya rumah sakit harus mengeluarkan biaya untuk pendidikan dan biaya konsultasi untuk mendapatkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan. Manajer risiko yang sukses akan belajar dan mengejawantahkan manajemen risiko, konsep hukum asuransi secara interaktif dengan para staf dan karyawannya. Untuk itu telah dibuat sebuah panduan yang dapat membantu rumah sakit dalam menentukan kebutuhan manajer risiko *full time* atau *part time*.

Tabel 4 Panduan Kebutuhan Manajer Risiko

Item	Jumlah/Nilai	Nilai
Tempat tidur	0-99	0
	100-199	1
	200-299	2
	300-399	3
	>400	5
<i>Incident Report</i> per tahun	<50	0
	50-99	1
	100-199	2
	>200	4
Riwayat tuntutan ( <i>claim</i> ) terhadap RS	Excellent	0
	Baik	1
	Cukup	3
Penampilan saat ini ( <i>Current Performance</i> ) (Bagaimana fungsi manajemen risiko dapat diterapkan)	Sangat baik	1
	Kurang	3
	Buruk	5
Level Litigasi	Kurang	1
	Sedang	3
	Tinggi	5
Total		

Sumber : Rowland H (1992)

Penilaian :

Nilai  $\leq 5$ : tidak diperlukan manajer risiko, CEO atau asisten lainnya dapat menjalankan fungsi ini

6-15.1 : dibutuhkan manajer risiko *part time*

$\geq 15$  : dibutuhkan manejer risiko *full time*

### 3. Implementasi

Sejumlah langkah diperlukan untuk mengimplementasikan sistem manajemen risiko yang efektif dalam suatu organisasi. Langkah-langkah tersebut adalah:



a. Dukungan & Komitmen Top manajemen

Mengembangkan kewaspadaan tentang manajemen risiko kepada manajemen senior. Hal ini dapat dilakukan dengan pendidikan, pelatihan dan pemberian input dari top manajer. Untuk itu diperlukan:

- 1) Dukungan aktif top manajemen
- 2) Inisiatif dari manajemen madya

b. Mengembangkan Kebijakan Manajemen Risiko

Kebijakan manajemen risiko adalah suatu dokumen formal yang dibuat untuk memberikan landasan kebijakan perusahaan yang melukiskan filosofi dan toleransi risiko, struktur dan pendekatan manajemen risiko yang diambil oleh organisasi. Biasanya mereka terdokumentasi dengan baik, seperti kebijakan perusahaan yang lainnya, dan digunakan sebagai referensi utama internal dalam mengelola risiko perusahaan. Dalam *standards* Australia (AS/NZS, 1999) dikatakan bahwa para pimpinan organisasi harus mendefinisikan dan mendokumentasikan kebijakan manajemen risiko yang didalamnya mengandung tujuan dan komitmen terhadap manajemen risiko. Pengembangan suatu kebijakan organisasi manajemen risiko dibutuhkan dalam menyiapkan kerangka kerja untuk melaksanakan program kerja manajemen risiko. Kebijakan bukan dihasilkan sesudah terjadi peristiwa tetapi berdasarkan perencanaan dan analisis sistemik. Setiap kebijakan harus ditulis dalam bahasa yang jelas untuk mencegah salah interpretasi. Kebijakan risiko memuat hal-hal sebagai berikut:

- 1) Tujuan organisasi
- 2) Hubungan kebijakan dan strategi organisasi
- 3) Ruang lingkup kebijakan
- 4) Pedoman kegiatan
- 5) Orang yang bertanggung jawab untuk manajemen risiko
- 6) Dukungan ahli atau pakar
- 7) Perencanaan kebijakan

Menurut *Rowland H (1992)*, contoh kebijakan manajemen risiko adalah memuat hal-hal sebagai berikut:

- 1) Wewenang:
  - a) Wewenang manajemen risiko ada pada CEO untuk *review* seluruh eatatan dan laporan rumah sakit mengenai identifikasi dan kontrol risiko serta penyelidikan dan penyelesaian klaim yang bertentangan dengan rumah sakit.
  - b) Manajer risiko berwenang untuk memberikan rekomendasi perubahan kebijakan dan prosedur untuk mencegah atau mengontrol risiko bila diperlukan.
- 2) Tugas dan Tanggung jawab
  - a) Manajemen risiko akan melakukan penyelidikan insiden yang terjadi pada pasien dan mengidentifikasi kemungkinan risiko tuntutan.

- b) Manajemen risiko akan menganalisa dan mengevaluasi pengalaman tuntutan hukum yang pernah terjadi dan paparan risiko untuk dapat memprediksi pengaruhnya terhadap pelayanan pasien, citra dan kegiatan rumah sakit.
  - e) Manajemen risiko akan mengevaluasi laporan *Quality Assurance*.
  - d) Manajemen risiko akan memberikan laporan kegiatan kepada departemen dan komite *quality assurance*.
  - e) Manajemen risiko akan merekomendasikan perubahan kebijakan dan prosedur untuk mengurangi risiko rumah sakit.
  - f) Manajemen risiko akan berpartisipasi dalam komite keselamatan dan *Quality Assurance*.
  - g) Manajemen risiko akan berpartisipasi dalam mendidik karyawan mengenai cara mengukur berbagai kontrol risiko.
- c. **Komunikasikan Kebijakan**
- sosialisasikan kebijakan ke semua level organisasi di rumah sakit. Mengembangkan pelatihan manajemen risiko, dan menjadikan manajemen risiko sebagai bagian yang tak terpisahkan dari proses dan budaya organisasi, termasuk didalamnya:
- 1) Membentuk tim
  - 2) Meningkatkan kewaspadaan tentang manajemen risiko
  - 3) Berdialog dengan organisasi tentang manajemen risiko
  - 4) Meningkatkan keterampilan staf tentang manajemen risiko

5) Memastikan semua level memahami dan menerapkan manajemen risiko

d. Pengelolaan risiko di tingkat organisasi

Membentuk dan mengembangkan program manajemen risiko pada tingkat organisasi. Proses manajemen risiko harus diintegrasikan dengan rencana strategi dan proses manajemen organisasi, termasuk didalamnya, yaitu:

- 1) Membuat konteks manajemen risiko dan organisasi
- 2) Mengidentifikasi risiko organisasi
- 3) Melakukan evaluasi dan analisis risiko
- 4) Melakukan strategi pengelolaan
- 5) Membuat mekanisme program kajian (*review*)
- 6) Membuat strategi dalam meningkatkan kewaspadaan, keterampilan, pelatihan dan edukasi.

e. Kelola risiko di tingkat tim

Mengembangkan dan membentuk program untuk mengelola risiko pada tiap area sub organisasi, program, departemen dan tim.

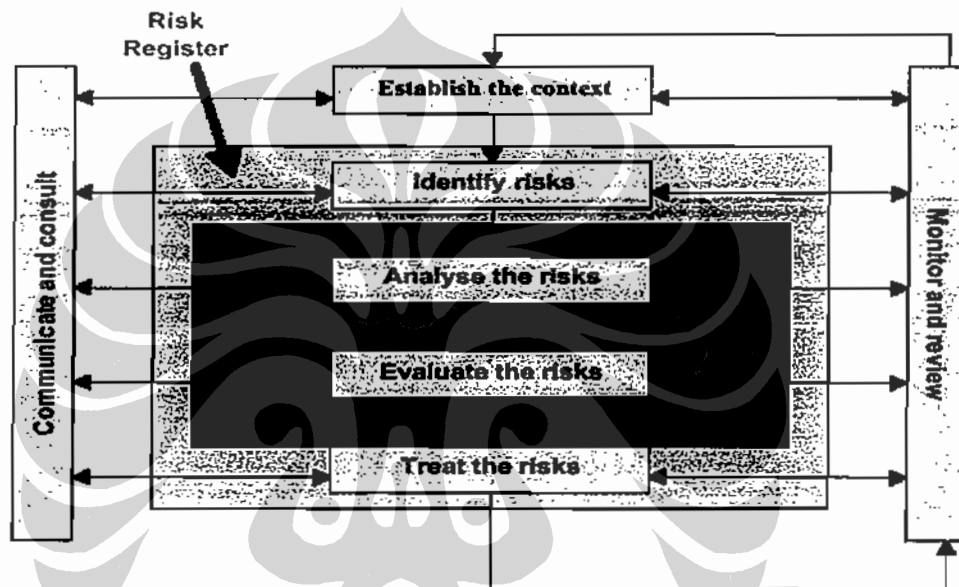
f. Monitor dan Kajian

Mengembangkan mekanisme kajian risiko, untuk memastikan bahwa pelaksanaan dan kebijakan masih relevan dalam kondisi yang terus berubah dari waktu ke waktu, karena risiko tidak statis. Efektifitas proses manajemen risiko harus dievaluasi dan dikaji tiap waktu.

#### 4 Proses Manajemen Risiko

Menurut *Standards Australia (AS/NZS, 1999)* proses manajemen risiko terdiri dari kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

Gambar 7 Proses Manajemen Risiko



Sumber data : AS/NZS 4360,(1999)

##### a. Menyusun *Context (establish Context)*

Langkah awal dalam menetapkan konteks adalah mendefinisikan parameter organisasi. Direksi dan para manajer harus memilih parameter yang jelas yang akan digunakan dalam manajemen risiko, disamping itu juga harus diketahui risiko dari aktifitas yang dilakukan serta konsekuensinya yang dapat diidentifikasi ke dalam strategi organisasi.

### 1) Menyusun *Context* Strategi

Pada tahap ini lebih difokuskan pada lingkungan organisasi dengan menentukan faktor-faktor pendukung untuk menghadapi risiko. Analisis strategik harus dibuat ditingkat eksekutif dan digunakan sebagai pedoman dalam proses manajemen risiko serta berhubungan erat dengan misi organisasi atau tujuan strategi organisasi.. Mendefinisikan hubungan antar organisasi dan lingkungannya, mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, kesempatan dan ancaman organisasi. Termasuk didalamnya berisi tentang keuangan, operasional, kompetitif, politik, budaya dan aspek hukum organisasi.

### 2) Menyusun *context* organisasi

Sebelum memulai suatu manajemen risiko, perlu dipahami pengorganisasian dan kapabilitinya termasuk sasaran dan tujuan strategisnya. Hal ini penting karena :

- a) Manajemen risiko berhubungan dengan tujuan, sasaran dan strategi organisasi.
- b) Kegagalan organisasi mencapai tujuan, kegiatan atau proyek merupakan salah satu pertimbangan risiko yang perlu dikelola.
- c) Kebijaksanaan dan tujuan organisasi dapat membantu penyusunan kriteria risiko.

### 3) Menyusun *context* manajemen risiko

Pengaturan batasan aplikasi proses manajemen risiko adalah :

- a) Menentukan proyek/kegiatan, sasaran dan tujuan.
  - b) Menentukan perluasan lokasi dan waktu
  - c) Mengidentifikasi setiap penelitian yang dibutuhkan dan ruang lingkungannya.
  - d) Sasaran dan sumber daya yang diperlukan.
  - e) Menentukan kegiatan manajemen risiko yang komprehensif
- 4) Menyusun kriteria evaluasi risiko
- Keputusan diterimanya risiko atau perlunya penanganan risiko berdasarkan pada kriteria operasional, teknis, keuangan, hukum, sosial atau kriteria lain. Hal ini tergantung pada kebijakan internal organisasi, sasaran, tujuan .
- 5) Menyusun struktur
- Adalah memisahkan kegiatan atau proyek dalam suatu bagian dengan menyiapkan kerangka kerjanya untuk mengidentifikasi dan menganalisa serta membantu memastikan risiko yang bermakna agar tidak dinilai berlebihan.

#### b. Identifikasi risiko

- 1) Menurut *Rowland H (1992)*, identifikasi adalah bagian yang penting dalam manajemen risiko karena risiko tidak akan efektif ditangani bila belum dilakukan identifikasi. Risiko dapat dikatakan sebagai kemungkinan untuk terjadinya kejadian. Potensi kejadian ini sering menyebabkan kematian, cedera atau kerusakan barang, kerugian, salah strategi. Beberapa risiko

mungkin tidak dapat dicegah, meskipun risiko dapat dikurangi dengan perencanaan, kebijakan dan prosedur mengenai risiko. Menurut Standar *Australia (AS/NZS, 1999)* identifikasi risiko adalah proses untuk mengidentifikasi "apa yang dapat terjadi?", "bagaimana dan mengapa hal itu terjadi?", dan "Alat dan teknik apa yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko?". Sedangkan alat dan cara untuk mengidentifikasi risiko terdiri dari : *Cheklis, flowchart, brainstorming, analisis sistem dan analisa skenario*. Pendekatan yang akan dipakai tergantung pada aktifitas yang sedang di *review* dan tipe risikonya. Menurut ASHRM sistem identifikasi risiko dapat dibagi atas:

a) Sistem Formal :

- (1) *Incident report*
- (2) *Occurance reporting*
- (3) *Occurance screening*

b) Sistem Informal

- (1) Pertemuan komite-komite (*commite meeting minutes*)
- (2) Data yang diklaim (*claims data*)
- (3) Laporan-laporan survey (*survey report*)
- (4) Ronde ke setiap lantai (*floor round*)

Atau:



a) Reaktif:

(1) *Incident reporting*

(2) *Case report*

(3) *Complaint*

(4) *Claim data*

b) Proaktif

(1) *Clinical care review*

(2) *Audit medis*

(3) *Occurrence screening/medical record*

(4) *Survey/Self assesment*

- 2) Menurut *Sanbar SS et al,1998*, program manajemen risiko di rumah sakit memerlukan daftar khusus risiko seperti: Kesalahan obat (*medication error*), pasien jatuh, kesalahan alat, kesalahan pengamaman misalnya peneurian, kesalahan penyimpanan dan pemberian darah, kesalahan yang berhubungan dengan makanan, kesalahan kebijakan, kesalahan dengan laboratorium dan radiologi, kesalahan yang berhubungan dengan dokter. Dalam mengidentifikasi suatu kasus diperlukan penyidikan yang bertujuan untuk menilai secara dini kemungkinan nilai kerugian dan identifikasi sumber informasi yang relevan. Tahap-tahap yang penting dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut adalah:

2) Menurut *East Sussex hospital NHS Trust* (2003), analisis risiko dapat dilakukan dengan cara :

a). Penggolongan risiko (*risk grading*)

Analisis dilakukan dengan penggolongan risiko/*risk grading* untuk menentukan keparahan dari tiap risiko dengan cara memeriksa kecendrungan terjadinya risiko dan akibatnya bila hal itu terjadi.

Tabel 8 Penilaian Untuk Kemungkinan Berulangnya *Incident*

Frekuensi	Deskripsi	Nilai
Jarang	Tidak dapat dipercaya bahwa keadaan berulang	1
Kadang-kadang	Tidak diharapkan akan terjadi tapi masih mungkin	2
Mungkin	Dapat terjadi sewaktu-waktu	3
Mungkin sekali	Akan mungkin terjadi tapi tidak menetap	4
Hampir pasti	Akan dapat terjadi pada tiap keadaan dan menetap	5

Sumber : *East Sussex hospital NHS Trust* (2003)

Tabel 9 Identifikasi Dampak

Dampak	Dampak aktual atau Potensial pada individu	Dampak aktual atau potensial pada organisasi	Jumlah orang yang terkena pada suatu waktu	Potensi untuk menghadapi masalah hukum
Tidak Signifikan (1)	Tidak ada cedera	Tidak ada risiko sama sekali pada organisasi	0-1	Tidak akan menyebabkan masalah hukum
Kecil (2)	Cedera dalam jangka pendek, contoh: cedera yang membaik dalam satu bulan	Risiko minimal pada organisasi	2-4	Keluhan mungkin akan menyebabkan masalah hukum
Sedang (3)	Luka/kerusakan semipermanen, contoh: cedera yang membaik dalam satu tahun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membutuhkan hubungan masyarakat yang hati-hati</li> <li>• Menyebabkan dampak buruk dalam jangka pendek</li> </ul>	5-10	Perkara hukum mungkin terjadi tapi belum pasti, potensi untuk menjadi masalah hukum
Berat (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka permanen</li> <li>• Kehilangan anggota tubuh</li> <li>• Misdiagnosis/prognosis jelek</li> </ul>	Dekat dengan pelayanan	Jumlah sedang	Pasti terjadi perkara hukum
Katastropik (5)	Meninggal	Publikasi nasional	Banyak	Pasti terjadi perkara hukum

Sumber: East Sussex Hospital NHS Trust (2003)

Tabel 10 Matriks Untuk Derajat Beratnya *Incident*

Frekuensi	Dampak				
	Sangat rendah	Rendah	Sedang	Besar	Ekstrim/ Katastropik
Jarang	1	2	3		
Kadang-kadang	2	4	6		
Mungkin	3	6			
Mungkin sekali	4				
Hampir pasti	5				

Sumber : East Sussex Hosapital Trust (2003)

Ket :

Hijau : *Very low risk*

Kuning : *Low risk*

Orange : *Medium Risk*

Merah : *High*

Nilai :

1-3	4-6	8-12	15-25
Rendah	Sedang	Bermakna	Tinggi

Contoh :

Seorang pasien diketahui salah diagnosis dalam pemeriksaan rontgennya saat dilakukan pembiusan di kamar operasi

Insident : frekuensi/Probability (3)

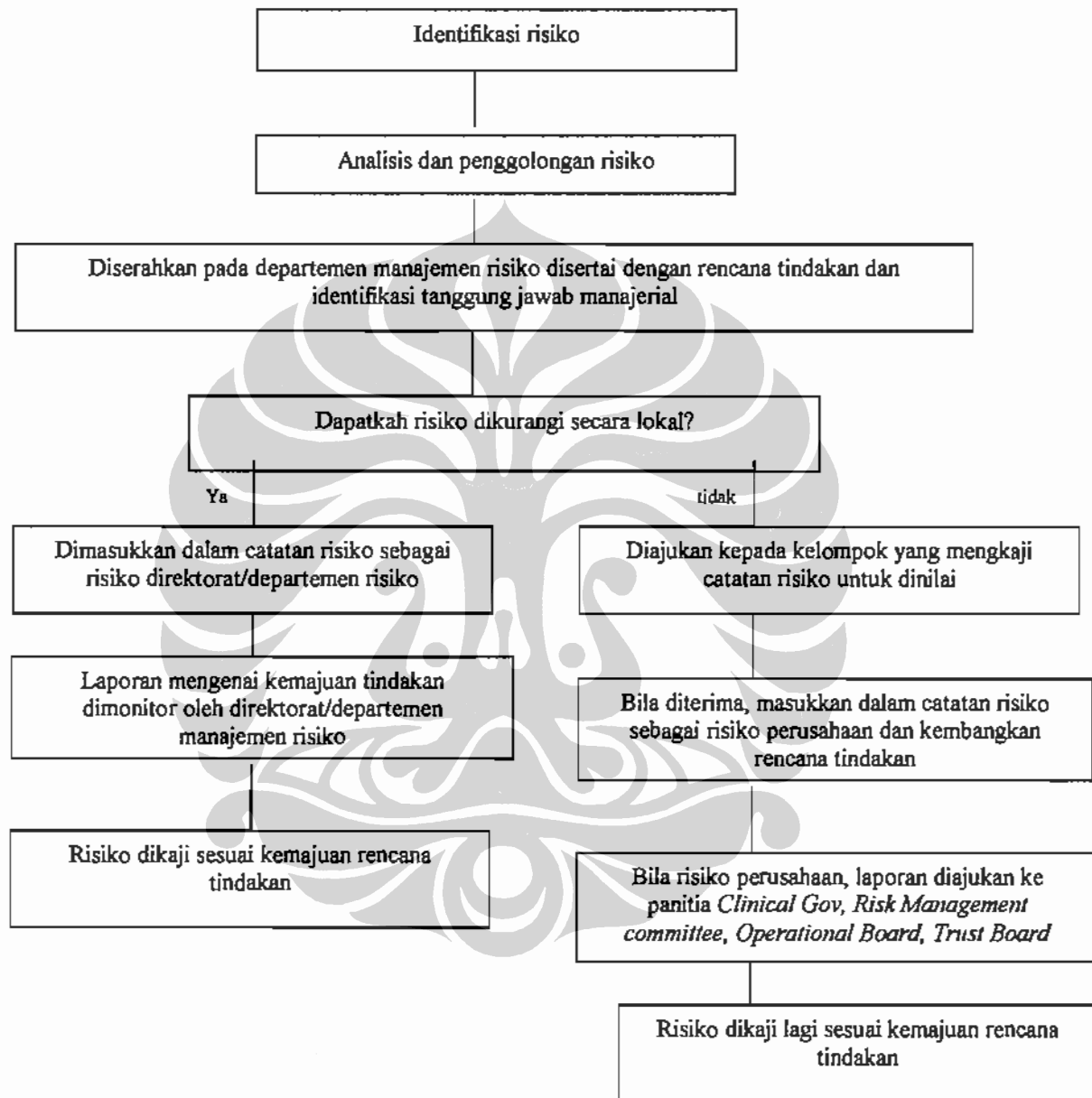
Dampak/Consequence (3)

= Derajat risiko (9)

b) Pencatatan Risiko ( *Risk register* )

Risiko akan dimasukkan dalam pencatatan risiko sesuai dengan penggolongan risiko dan panduan tindakan. Manajer risiko bertanggung jawab terhadap pengembangan, pemeliharaan dan pengawasan pencatatan risiko.

Gambar 8 *Flow Chart* Pencatatan Risiko



Sumber : *East Sussex hospital NHS Trust (2003)*

#### d. Evaluasi Risiko

Menurut *standards* Australia (AS/NZS, 1999), evaluasi risiko adalah membandingkan derajat risiko yang ditemukan dalam proses analisis dengan kriteria risiko yang telah dibuat sebelumnya. Evaluasi kualitatif meliputi perbandingan derajat risiko kualitatif dengan kriteria kualitatif sedangkan evaluasi kuantitatif berupa perbandingan derajat risiko numerik dengan kriteria dinyatakan dalam suatu jumlah yang spesifik seperti *fatality*, frekuensi dan nilai uang. Hasil evaluasi risiko adalah daftar risiko untuk ditindak lanjuti. Jika risiko tidak dapat turun ke kategori risiko rendah atau yang risiko yang dapat diterima, maka pengelolaan risiko harus dikelola dengan menggunakan satu atau lebih pilihan seperti yang dibahas dalam pengelolaan risiko.

#### e. Pengelolaan risiko (*treat Risk*)

Dalam *standards* Australia (AS/NZS, 1999), pengelolaan risiko adalah mengidentifikasi pilihan pengelolaan risiko, menilai pilihan, merencanakan pengelolaan risiko dan mengimplementasikannya.

- 1) Mengidentifikasi pilihan untuk pengelolaan risiko (*identifying options for risk treatment*). Pilihannya seperti:
  - a) Menghindari risiko dengan memutuskan untuk tidak memproses kegiatan risiko umum.
  - b) Mengurangi terjadinya frekuensi (*likehood*)
  - c) Mengurangi dampak
  - d) Pengalihan risiko (*transfer the risk*)

e) Menahan risiko (*retain the risk*)

2) Menilai pilihan pengelolaan risiko (*assessing risk treatment options*)

Pilihan seharusnya dinilai berdasarkan ekstensi pengurangan risiko, dan adanya tambahan keuntungan atau adanya kesempatan. Jumlah pilihan mungkin perlu dipertimbangkan secara individual atau kombinasi. Seleksi pilihan terbaik perlu memperhatikan keseimbangan biaya dari setiap implementasinya. Pada umumnya biaya pengelolaan risiko perlu dipertimbangkan dengan keuntungan yang akan didapat.

3) Persiapan perencanaan pengelolaan (*preparing treatment plans*)

Pengelolaan harus mendokumentasikan bagaimana pilihan dapat diimplementasikan. Rencana pengelolaan harus mengidentifikasi tanggung jawab, jadwal, hasil yang diharapkan, biaya, pengukuran dan ulasan proses.

4) Rencana pengelolaan implementasi (*implementing treatment plans*)

Keberhasilan implementasi perencanaan pengelolaan risiko memerlukan sistem manajemen yang efektif. Jika sesudah pengelolaan terdapat risiko yang tersisa, keputusan harus diambil untuk mengelola risiko yang tertinggal atau mengulang proses pengelolaan risiko. Menurut Rowland H (1992), pengelolaan risiko akan mengikuti analisis risiko termasuk pemilihan metode yang dipakai dalam manajemen risiko. Bila memungkinkan paparan risiko perlu dieliminasi.

Contohnya memperbaiki alat yang rusak, memberikan pendidikan staf medis yang belum mendapatkan edukasi tentang prosedur alat. Bila risiko tidak dapat dieliminasi, maka perlu dicari teknik lain untuk menurunkan risiko kerugian. Menurut Darmawi H (dalam Arjati Daud, 2005)), sesudah manajer risiko mengidentifikasi dan menganalisa risiko yang dihadapinya, maka ia harus mengelola risiko tersebut.

Ada dua pendekatan dasar untuk itu:

1) Pengendalian risiko (*risk control*), risiko sedapat mungkin dihindari karena perusahaan tidak berani mengambil risiko, dijalankan dengan metode berikut:

a) Menghindari risiko (*risk Avoidance*)

- Salah satu cara mengendalikan risiko murni adalah menghindar.

Tidak melakukan aktifitas yang beresiko

b) Reduksi/*Mitigation* (*risk reduction*): Mereduksi atau meminimalkan berulangnya atau dampak kejadian

Contoh kontrol risiko:

- (1) Ganti atau perbaiki alat
- (2) Buat parameter baru agar masalah tidak terulang
- (3) Buat peringatan (*notivy*)
- (4) *Training*
- (5) Sosialisasi



2). Pembiayaan risiko (*risk financing*) meliputi:

- a) Pemindahan risiko (*risk transfer*) melalui pembelian asuransi: membagi beban atau risiko ke asuransi, kontrak kerja sama, dll.
- b) Menanggung risiko (*risk retention*). Risiko diterima dan ditangani sendiri oleh rumah sakit. Artinya rumah sakit mentolelir terjadinya kerugian akibat kegiatan operasionalnya dengan menyediakan dana untuk menanggulangnya. Biasanya risiko mungkin minimal dan dapat diterima.

f. Komunikasi dan Konsultasi

Dalam *Standards Australia (AS/NZS, 1999)*, komunikasi dan konsultasi adalah bagian penting dari setiap proses manajemen risiko. Membangun rencana komunikasi baik untuk *stakeholder* internal dan eksternal pada awal tahap proses sangatlah penting. Rencana ini harus ditujukan pada isu yang berhubungan dengan risiko dan proses pengelolaan. Efektifnya komunikasi internal dan eksternal adalah penting untuk memastikan tanggung jawab untuk implementasi manajemen risiko. Persepsi risiko dapat bervariasi akibat perbedaan asumsi dan konsep serta kebutuhan, isu, perhatian *stakeholder* sehubungan dengan risiko yang dibicarakan. *Stakeholder* akan membuat keputusan berdasarkan persepsi mereka. *Stakeholder* mempunyai dampak yang bermakna dalam pembuatan keputusan, ini penting bahwa persepsi mereka sama dengan persepsi tentang keuntungan, dapat diidentifikasi dan didokumentasi dan menjadi dasar alasan untuk dimengerti.

g. *Monitoring dan Review*

Risiko, efektifitas rencana pengelolaan risiko, dan strategi, perlu dimonitor. Efektifitas pengawasan adalah memastikan bahwa perubahan yang dilakukan tidak mengganggu prioritas risiko. Ulasan (*review*) penting dilakukan untuk memastikan bahwa rencana manajemen masih relevan. Ulasan adalah bagian dari rencana pengelolaan manajemen risiko. (AS/NZ,1999).

5. Pemetaan

Menurut ASHRM yang dikutip *Roberta C,(2000)*, pemetaan risiko adalah proses persamaan secara grafik suatu risiko organisasi. Pemetaan risiko secara grafik ditunjukkan melalui hubungan antara frekuensi (seberapa sering kejadian terjadi) dan dampaknya (berapa besar nilai kerugian) sebagai cara agar dapat diketahui risiko yang akan berdampak pada keuangan perusahaan.

Untuk dapat membuat pemetaan risiko, perusahaan harus dapat mengidentifikasi paparan kerugian. Sebagai contoh paparan kerugian perusahaan adalah karyawan, aktifitasnya, pelayanan, dan produk yang dijual. Jika kita memiliki gedung, maka dapat terjadi kebakaran dan kita butuh dana untuk menggantinya sehingga kegiatan dapat berjalan kembali. Atau dokter dapat lalai terhadap prosedur sehingga timbul cedera yang menyebabkan perlunya ganti rugi.

Penilaian terhadap potensial dampak kerugian keuangan memerlukan estimasi perhitungan biaya kerugian yang terjadi. Estimasi yang diharapkan dari tiap kerugian adalah fungsi rerata frekuensi dan rerata derajat beratnya. Frekuensi dapat dibuatkan grafik X yang menunjukkan jumlah kerugian atau kejadian dalam periode tertentu

(bulan atau tahun), sedangkan garis Y menunjukkan dampak kerugian dari tiap kerugian. Derajat berat dapat disimbolkan dalam mata uang atau persentase. Pemetaan risiko akan membantu manajer risiko dalam memvisualisasikan frekuensi dan derajat berat kerugian perusahaan dalam periode tertentu. Pemetaan risiko dapat digunakan sebagai alat manajemen risiko dalam menentukan strategi karena dapat digunakan dalam menganalisa risiko yang teridentifikasi.

Gambar 9 Pemetaan Risiko



#### D Hubungan Manajemen Risiko dan Manajemen Mutu/QA (*Quality Assurance*)

Menurut Kuntjoro T (2000) manajemen risiko dan manajemen mutu adalah pendekatan manajemen untuk menanggulangi masalah kesehatan di rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari dua sudut pandang yaitu manajemen risiko lebih berorientasi pada

pencegahan terjadinya risiko yang diderita rumah sakit sedangkan mutu pada pemberian pelayanan yang optimal kepada pasien.

Manajemen risiko dan manajemen mutu tidak identik, tetapi merupakan "related program" dan mempunyai : "shared areas of concern ". Menurut Kelly H (1992) yang dikutip Kuntjoro T, (2000) : "all risk management issues are not quality issues, but every quality issues is a risk management issues".

Menurut Bryan F, (1996) yang dikutip Kuntjoro T (2000) manajemen risiko dan manajemen mutu mempunyai beberapa perbedaan sebagai berikut:

1. Perbedaan dalam motivasi dan fokus
2. Manajemen risiko menekankan pada pelayanan yang akseptabel terhadap tingkat keamanan yang maksimal sedangkan manajemen mutu mengarah pada penyediaan pelayanan yang optimal.
3. Manajemen risiko mempunyai lingkup yang lebih luas, tidak hanya pelayanan terhadap pasien, tetapi ekspos terhadap fasilitas rumah sakit.
4. Manajemen risiko memperhatikan aspek legal, asuransi dan kegiatan pencegahan kerugian, sedangkan manajemen mutu berfokus pada fasilitas dalam berbagai kegiatan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien.

Manajemen mutu berperan pada tahap pengenalan dan kajian terhadap potensi terjadinya kerugian dan pada tahap pencegahan terhadap terjadinya kerugian melalui kegiatan-kegiatan perbaikan proses dan standarisasi.

JCAHO, Wilkinson & Moore (1990) yang dikutip Kuntjoro T (2000), merekomendasikan pengintegrasian manajemen risiko dan program mutu dalam satu

fungsi sebagai metode evaluasi terhadap risiko yang lebih efisien dibandingkan masing-masing sebagai fungsi yang berbeda.

Pengintegrasian kegiatan tidak selalu berarti penggabungan menjadi satu departemen, tetapi kegiatan manajemen risiko dan manajemen mutu ditangani oleh satu komite yaitu *Committe for risk management and quality assurance* dan mempunyai kantor yang sama yang secara garis besar mempunyai dua fungsi yaitu fungsi administrasi terhadap komplain dan fungsi pencegahan dan jaminan mutu, tetapi dapat juga merupakan unit kerja yang berbeda tetapi melakukan integrasi dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang sama.

Gambar 10 Peran Manajemen Mutu Dalam Konteks Manajemen Risiko



Sumber: *Stand Alone Hospitals*, AHA (1996)

*Joint Commision on Accreditaion of Health Care Organization (JCAHO, 2006)* merekomendasikan pengintegrasian manajemen risiko dan manajemen mutu dalam satu fungsi sebagai metode evaluasi terhadap risiko yang lebih efisien jika dibandingkan dengan masing-masing sebagai fungsi yang berbeda, dengan lima parameter berikut:

1. Pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan;
2. Penggunaan data dari berbagai sumber;
3. Peningkatan protokol kredensial untuk tenaga praktisi di rumah sakit;
4. Pengembangan dan pemberlakuan aturan, kebijakan, dan prosedur;
5. Penetapan kriteria tertulis untuk menilai faktor risiko.

Seringkali terjadi fragmentasi kegiatan antara manajemen risiko, manajemen mutu. Tiap-tiap bagian mempunyai dan menggunakan formulir, peralatan, perangkat lunak, dan metode yang berbeda untuk melaksanakan kegiatan yang serupa, yang berakibat pada bervariasinya proses dan informasi yang dikumpulkan. Manfaat yang didapat dengan melakukan integrasi adalah penghematan dalam waktu, *paper-work*, dan kegiatan yang terintegrasi yang meningkatkan proses pelayanan.

Manajemen risiko lebih berorientasi pada pencegahan terjadinya risiko yang diderita oleh rumah sakit, sedangkan manajemen mutu berorientasi pada pemberian pelayanan yang optimal kepada pasien. Dalam pelaksanaannya, baik manajemen risiko maupun manajemen mutu mempunyai kegiatan yang serupa sehingga diperlukan integrasi, baik dalam penyediaan informasi maupun kegiatan-kegiatan dalam mencegah terjadinya risiko ataupun perbaikan kegiatan pelayanan. Integrasi dapat dilakukan dalam hal kegiatan serupa, bahkan pengintegrasian fungsi dalam satu unit.

### BAB III

## KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

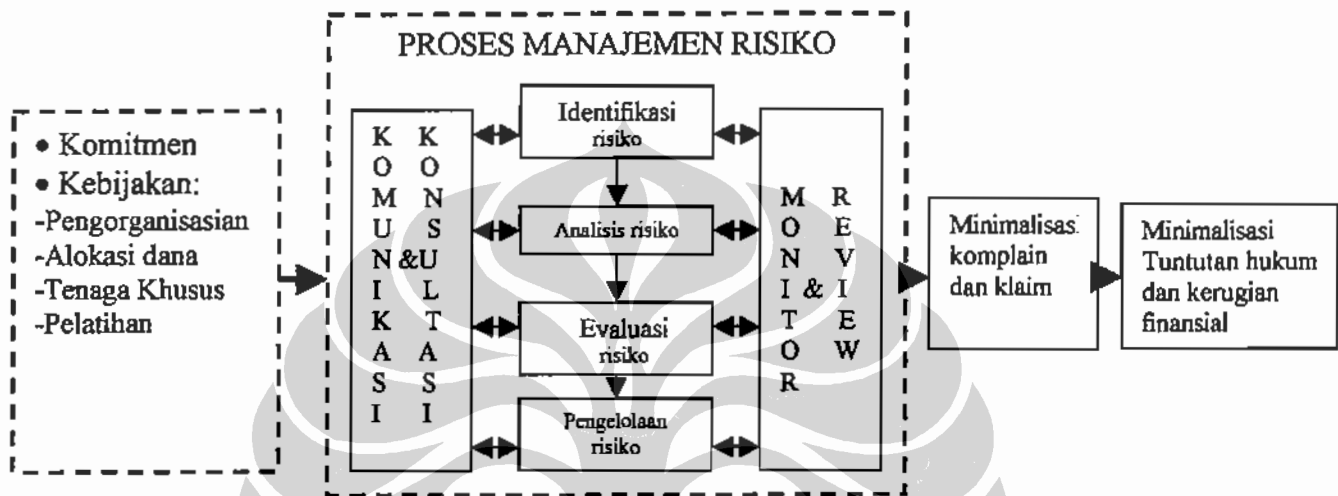
#### A Kerangka Pikir

Manajemen moderen yang efektif dan efisien merupakan jawaban yang paling tepat agar dapat tercapai keinginan masyarakat termasuk para *stakeholder*. Salah satu yang membutuhkan perhatian dan pengelolaan yang baik adalah pengelolaan risiko di rumah sakit, khususnya risiko klinis.

Melihat ruang lingkup, masalah dan tujuan penelitian dengan landasan teori, dan adanya keterbatasan dalam berbagai hal, maka kerangka pikir dalam penelitian ini hanya beberapa variabel yang diteliti yang dituangkan dalam kerangka pikir ini, dimana variabel tersebut yang dianggap paling penting dalam mendukung pelaksanaan program manajemen risiko klinis, dan tentunya yang dapat dinilai. Sebagaimana teori yang dikemukakan di awal, maka langkah-langkah implementasi program manajemen risiko yang menjadi fokus penelitian adalah seperti Dukungan dan komitmen, kebijakan yang meliputi pengorganisasian, alokasi dana, tenaga khusus, dan adanya pelatihan. Kemudian tentunya proses pelaksanaan program manajemen itu sendiri.

Dalam penelitian ini dilakukan wawancara mendalam dengan direktur rumah sakit, komite medik, manajer risiko dan tentunya dokter dan perawat. Selain itu dilakukan observasi proses pelaksanaan program manajemen risiko klinis, telaah dokumen dengan menggunakan *chek list*.

Gambar 11 KERANGKA PIKIR



 : Area Penelitian



## B Definisi Istilah

Untuk memudahkan pelaksanaan penelitian ini terdapat beberapa istilah yang akan diuraikan dalam bentuk definisi istilah sebagai berikut:

1. Komitmen adalah Keinginan kuat dari pimpinan dan para anggota organisasi rumah sakit Siloam yang ditunjukkan dengan peran aktif para anggota organisasi dalam kegiatan program manajemen risiko klinis. Khususnya dalam penelitian ini adalah CEO, Komite medik, direktur medis, manajer risiko, dokter dan perawat.

Metode : Wawancara mendalam, observasi

Instrumen : Panduan wawancara

2. Kebijakan adalah kebijakan pimpinan rumah sakit Siloam yang menjadi pedoman dalam menjalankan manajemen risiko klinis yang menyangkut:

- a. Pengorganisasian adalah Pengorganisasian manajemen risiko klinis yang digambarkan dalam struktur organisasi rumah sakit Siloam, dan pelimpahan wewenang dan tugas pada seseorang atau kelompok orang yang berkaitan dengan pelaksanaan program manajemen risiko klinis.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

- b. Alokasi Dana adalah dana yang dipergunakan untuk kegiatan program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

c. Tenaga Khusus adalah tenaga yang dilatih dalam program manajemen risiko klinis yang dipersiapkan untuk melaksanakan program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

d. Pelatihan adalah pelatihan program manajemen risiko yang diberikan kepada para staf terutama para dokter dan perawat, manajer risiko, terutama yang menyangkut dalam hal bagaimana proses identifikasi sampai pengelolaan risiko.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Instrumen : Panduan wawancara, *check list*

3. Proses Manajemen risiko klinis adalah tahapan kegiatan yang dilaksanakan, meliputi identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko, pengelolaan risiko, komunikasi dan *monitoring*

a. Identifikasi risiko adalah bagian dari proses manajemen risiko klinis untuk mengidentifikasi kejadian-kejadian yang berpotensi/berisiko menyebabkan kerugian atau kecelakaan pada pasien. Adapun identifikasi tersebut meliputi identifikasi "apa yang dapat terjadi?", "Bagaimana dan mengapa hal itu terjadi?", alat dan teknik apa yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko?". (AS/NZS, 1999).

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen, observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

b. Analisis risiko adalah langkah selanjutnya dari proses identifikasi yang memakai informasi yang tersedia untuk menentukan seberapa sering peristiwa akan terjadi

(frekuensi) dan dampaknya serta menggabungkan perhitungan frekuensi dan dampak, yang bertujuan untuk memisahkan risiko minor dan mayor.(AS/NZS, 1999).

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen,observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

e.Evaluasi risiko adalah menilai risiko-risiko yang telah dianalisis, membandingkan derajat risiko dengan kriteria yang telah dibuat sebelumnya, kemudian dibuat ranking untuk menjadi prioritas dalam pengelolaan risiko. (AS/ NZS, 1999)

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen, observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

d.Pengelolaan risiko adalah bagian dari proses manajemen risiko klinis untuk merencanakan dan mengimplementasikan pengelolaan risiko yang sesuai dengan penilaian prioritas risiko yang akan dikelola. Adapun pengelolaan risiko adalah seperti menghindari risiko (tidak melakukan kegiatan yang berisiko), mengurangi terjadinya frekuensi dan dampak (contoh: ganti alat, buat standar atau prosedur baru, buat peringatan, pelatihan), dan pengalihan risiko (melalui transfer risiko ke pihak asuransi)

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen,observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

f.Komunikasi & Konsultasi adalah suatu dialog dua arah antar *stakeholder* mulai dari tahap awal proses manajemen risiko.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen, observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*

e. *Monitor & Review* adalah suatu pengawasan dan pengkajian risiko mulai dari perencanaan hingga pengelolaan risiko. Untuk memastikan rencana pengelolaan risiko dan strategi efektif.

Metode : Wawancara mendalam, telaah dokumen, observasi

Instrumen : Panduan wawancara, *Check list*



## **BAB IV METODE PENELITIAN**

### **A Disain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif. Metode ini untuk mendapatkan dan menggali informasi mengenai komitmen para pimpinan rumah sakit, komite medik, manajer senior, manajer risiko, dokter dan perawat, selain itu mengetahui kebijakan program manajemen risiko. Kemudian metode kualitatif juga untuk mendapatkan gambaran secara keseluruhan proses pelaksanaan program manajemen risiko klinis.

### **B Lokasi Penelitian**

Lokasi dalam penelitian ini adalah rumah sakit Siloam Karawaci. Pemilihan lokasi penelitian ini menggunakan teknik *purposive*, yaitu teknik pengambilan dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu yaitu lokasi rumah sakit yang telah menerapkan program manajemen risiko klinis. Teknik *purposive* juga dilakukan dengan adanya pertimbangan yang disesuaikan dengan adanya tujuan penelitian.

### **C Informan Penelitian**

Informan pada penelitian ini adalah beberapa pihak yang dianggap memiliki keterkaitan dengan pengelolaan risiko di rumah sakit. Pemilihan informan berdasarkan kesesuaian (*appropriateness*) yaitu informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dan berkaitan dengan topik penelitian serta kecukupan (*adequancy*) yaitu jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama tetapi kelengkapan data yang lebih

diutamakan. Informan penelitian adalah pejabat yang mempunyai kompetensi, kewenangan dalam pengaturan, pengawasan pelaksanaan dan pelaksana kebijakan tersebut yang dalam hal ini adalah direktur, komite medik, manajer senior, manajer risiko. Selain itu alasan pemilihan pimpinan puncak dalam organisasi rumah sakit karena pemahaman, pengetahuan dan komitmen mereka akan sangat mempengaruhi kebijakan dan keputusan yang akan diambil dalam pengelolaan program manajemen risiko. Sedangkan pemilihan ketua komite medik, manajer risiko, direktur medik, para dokter dan perawat disebabkan peneliti ingin mendapatkan gambaran pelaksanaan manajemen risiko klinis di rumah sakit dan keterlibatan mereka dalam pelaksanaan program manajemen risiko klinis.

#### **D Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri dengan panduan wawancara mendalam, dibantu dengan pencatatan secara manual serta *tape recorder* untuk merekam hasil wawancara. Selain itu observasi di lapangan untuk menilai kelengkapan dokumen.

#### **E Teknik Pengumpulan Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer didukung dengan data sekunder. Tahap pengumpulan data adalah sbb:

##### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri ( Sugiyono, 2005) data primer ini didapat melalui wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan secara langsung oleh peneliti. Panduan wawancara mendalam sebagai

panduan yang berisi pertanyaan terbuka untuk mendapatkan informasi mengenai komitmen, kebijakan, proses pelaksanaan program manajemen risiko.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dari suatu sumber dan biasanya data itu sudah dikompilasi terlebih dahulu oleh institusi atau pemilik data. Data sekunder ini selain di dapat dari penelusuran literatur dan jurnal yang ada juga dari telaah dokumen (*Check list*) sesuai dengan kerangka konsep penelitian yang dibutuhkan. Dokumen yang dimaksud adalah antara lain kebijakan, yang meliputi rencana strategis, pengorganisasian, uraian tugas.

## F Pengolahan Data dan Analisa Data

Data hasil wawancara diolah secara manual. Langkah-langkah pengolahan data antara lain, dengan melakukan *editing*, yaitu upaya mengecek kembali mengenai kelengkapan dan ketepatan yang ada. Data yang masuk diperiksa: apakah terdapat kekeliruan dengan pengisian. Kemudian data diolah menjadi bentuk transkrip secara narasi sesuai ide pertanyaan dan dimasukkan ke dalam matriks.

Hasil penelitian dan pembahasan dilakukan dengan melakukan analisis isi (*Content Analysis*) dari hasil yang didapat baik dari wawancara, telaah dokumen dan observasi, kemudian hasil penelitian dibandingkan dengan teori yang ada. *Content analysis* adalah teknik yang digunakan untuk menarik simpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistimatis (Seohartono, dalam Dewita, 2005). Menurut Moleong (dalam Arjadi Daud, 2005) metode *content analysis* adalah membandingkan hasil penelitian dengan teori pada kepustakaan.

Mengikuti konsep *Miles & Huberman* (1984), aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung terus-menerus pada setiap tahapan penelitian sehingga sampai tuntas dan menghasilkan suatu kesimpulan.

Tahap awal penelitian difokuskan pada masalah-masalah yang berkaitan dengan kebijakan dan komitmen. Pada tahap ini peneliti ingin mengetahui gambaran bagaimana pimpinan menerapkan kebijakan yang berkaitan dengan program manajemen melalui wawancara dan telaah dokumen. Kemudian selanjutnya peneliti juga ingin mengetahui komitmen pimpinan dalam pelaksanaan manajemen risiko bagaimana peran aktif baik pimpinan maupun staf dalam menyukseskan program manajemen risiko sebagai gambaran komitmen para anggota organisasi, melihat gambaran ini peneliti melakukan wawancara secara mendalam dan observasi langsung kegiatan organisasi.

Tahap berikutnya adalah mencari tahu bagaimana implementasi proses manajemen risiko mulai dari bagaimana identifikasi risiko di rumah sakit Siloam, bagaimana menganalisa dan mengevaluasi risiko yang telah teridentifikasi, yang kemudian dikelola. Kemudian bagaimana komunikasi serta *monitor & review*, tahap ini dilakukan wawancara terutama dengan manajer risiko, melakukan telaah dokumen terutama yang berkaitan dengan perencanaan, alur proses, pelaporan dsb. Dan melakukan observasi langsung kegiatan manajemen risiko.

Hasil dan pembahasan penelitian dilakukan dengan menggunakan pola penelitian yang menjelaskan hal-hal berikut: pertanyaan penelitian, tujuan, dan metode penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah panduan wawancara terbuka yang disusun dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan secara garis besar, yang mengacu



kepada permasalahan dan pertanyaan penelitian. Penyajian hasil secara narasi diawali dengan gambaran model rumah sakit, visi, misi, fasilitas, serta hasil wawancara yang mendalam terhadap informan, hasil observasi, dan hasil telaah dokumen tentang variabel-variabel. Pembahasan kajian isi disajikan setelah narasi hasil penelitian untuk memudahkan mencerna. Dengan pola ini diharapkan dapat memberikan suatu penjelasan yang memadai, sistematis dan lengkap pada setiap tahapan. Secara ringkas tahapan penelitian meliputi:

- Wawancara, tahap ini peneliti ingin mengetahui bagaimana pelaksanaan program manajemen risiko klinis. Bagaimana komitmen para pimpinan dan staf dalam melaksanakan program ini, bagaimana kebijakan yang digariskan dalam pelaksanaan program ini, dan kemudian bagaimana proses manajemen risiko itu sendiri di tingkat organisasi maupun ditingkat tim atau departemen.
- Observasi, untuk melihat yang sesungguhnya yang terjadi dilapangan dalam hal pelaksanaan program manajemen risiko baik tingkat organisasi maupun di tiap unit/departemen. Peneliti dapat langsung melihat kegiatan yang dilakukan oleh organisasi.
- Telaah dokumen, melihat data atau dokumen dimana semua pelaksanaan program manajemen risiko mulai dari kebijakan, rencana strategis, program kerja, pelaporan dsb.

## **G Pengujian Validitas dan Reliabilitas data**

Pengujian validitas dan reliabilitas data pada kualitatif memiliki spesifikasi tersendiri. Menurut *Lincoln dan Guba* ( dalam sugiyono, 2005) ada beberapa kriteria utama guna menjamin keabsahan hasil penelitian kualitatif. Dalam hal ini peneliti menggunakan kriteria yaitu uji kredibilitas, uji ini identik dengan validitas internal dalam penelitian kuantitatif, agar hasil penelitian kualitatif memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan dalam uji ini adalah:

### **1 Triangulasi**

#### **a. Triangulasi sumber**

Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber informan yang berbeda yaitu: direksi, manajer senior, ketua komite medik, manajer risiko, dokter jaga, perawat.

#### **b. Triangulasi Metode**

Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, yaitu data diperoleh dengan wawancara, lalu dicek dengan observasi atau telaah dokumen seperti kebijakan, Program & perencanaan, pelaporan, dll.

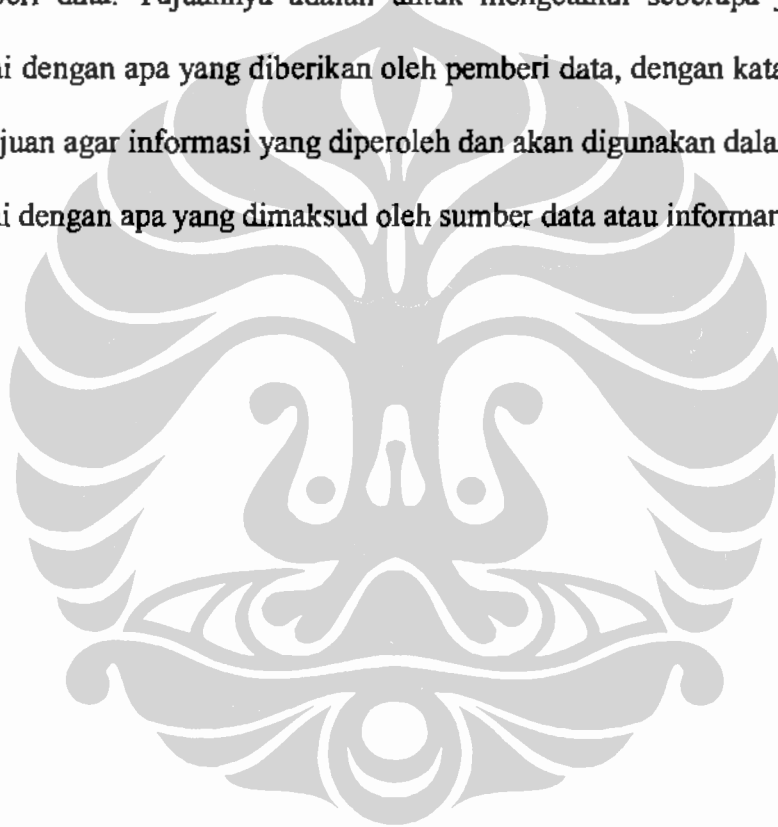
### **2. Menggunakan bahan Rferensi**

Yang dimaksud dengan referensi di sini adalah adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Sebagai contoh, data hasil

wawancara yang didukung dengan adanya hasil rekaman wawancara dengan *tape recorder*

### 3. Mengadakan *Member Check*

*Member Check* adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa jauh data diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data, dengan kata lain *member check* bertujuan agar informasi yang diperoleh dan akan digunakan dalam penulisan laporan sesuai dengan apa yang dimaksud oleh sumber data atau informan.



## **BAB V**

### **GAMBARAN UMUM RS SILOAM**

Rumah sakit Siloam Karawaci berlokasi di "Township area" Lippo Karawaci Tangerang Banten. Rumah sakit ini berdiri pada tahun 1997 dengan kawasan hunian yang strategis dan moderen, rumah sakit ini dilengkapi dengan 160 tempat tidur dan didukung oleh 173 dokter spesialis dan 266 perawat. Dengan berbagai fasilitas yang ditawarkan, baik kepada pasien rawat jalan maupun rawat inap.

#### **A Visi , Misi dan Budaya**

##### **1. Visi**

Menjadi sarana penyembuhan yang dipilih oleh pelanggan karena mutu pelayanan yang dilaksanakan dalam semangat cinta kasih serta berimankan kepada Tuhan.

##### **2. Misi**

Mewujudkan pelayanan kesehatan bermutu yang dilandasi semangat cinta kasih dalam mencapai kesembuhan jasmani dan rohani serta tanggap setiap kebutuhan dan harapan pengguna jasa.

##### **3. Budaya**

Dalam upaya untuk menjamin pelayanan yang bermutu dan memuaskan pasien, setiap karyawan dan dokter selalu senantiasa melakukan pengisian *form incident report* dalam rangka mengidentifikasi adanya risiko kesalahan.

## B Fasilitas

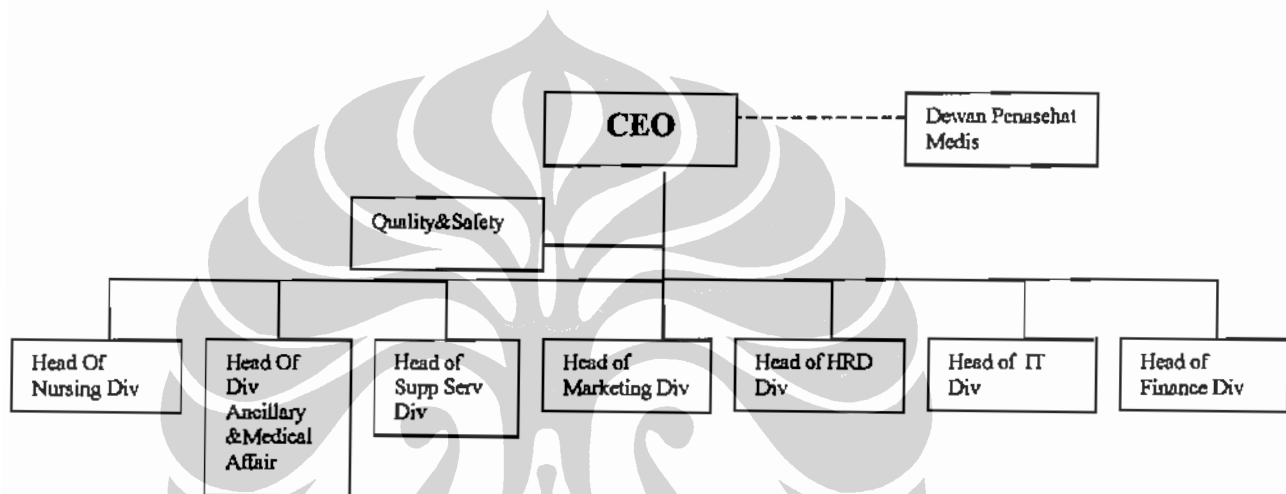
### 1. Ketenagaan/Sumber Daya Manusia

Sarana dan prasarana rumah sakit dilengkapi dengan ketenagaan yang terdiri dari berbagai jenis status kepegawaian, antara lain karyawan tetap, honorer, ada yang struktural dan fungsional, yang dikategorikan lagi menjadi dokter penuh waktu, paruh waktu dan dokter tamu.

Hubungan kerja sama antara rumah sakit dan dokter diatur dengan perjanjian kerja sama untuk menjamin terselenggaranya layanan medis yang baik. Struktur organisasi rumah sakit Siloam cukup sederhana yaitu sebagai pemangku jabatan tertinggi dalam operasional rumah sakit yaitu CEO (*Chief Executive Organization*), CEO ini dibantu oleh tujuh divisi yaitu divisi HRD, *Marketing, Medical Affair & Ancillary, Support Services*, Keuangan IT, Keperawatan. CEO juga dibantu oleh dewan penasihat medis (DPM) atau sama dengan Komite Medis, yang bertugas membantu CEO dalam memberi masukan dan pertimbangan yang berkaitan dengan mutu pelayanan, standar medis, kode etik, dan mengadakan pembinaan staf medik fungsional/dokter. Dalam konteks program manajemen risiko CEO mendelegasikan kewenangan pada departemen *Quality and Safety* yang bertanggung jawab langsung kepada CEO. Departemen inilah yang kemudian melakukan tugas untuk menjalankan program manajemen risiko, yang kemudian kepala departemen QS (*Quality and Safety*) ini yang mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko di tingkat departemen. Dalam melaksanakan fungsinya

QS ini dibantu RMO yaitu singkatan dari *Risk Management Officer*, tugas RMO ini yang utama adalah mencatat dan melaporkan *incident report* kepada QS.

Gambar 12 Struktur Organisasi RS Siloam



Sumber data : Divisi HRD RS Siloam,2007

## 2. Jenis Pelayanan

Ada beberapa jenis pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit Siloam yaitu: Pusat Pelayanan Terpadu, Pelayanan dokter umum dan dokter gigi, Pelayanan dokter spesialis, Pelayanan penunjang, psikologi, instalasi farmasi, Kamar bersalin, lima kamar Operasi, Unit hemodialisa, unit gawat darurat (UGD), unit perawatan intensif (ICU & ICCU), unit perawatan intensif bayi baru lahir (NICU), ambulance, pelayanan unggulan, dan memiliki pelayanan unggulan seperti : Pusat pelayanan *Neuro-Science, Heart center, Liver canter*

### 3. Manajemen Risiko

Rumah sakit Siloam menempatkan manajemen mutu dan manajemen risiko dalam satu departemen yang disebut dengan QS dan mengangkat seorang kepala untuk bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program-program manajemen risiko, diantaranya yang menjadi prioritas adalah membudayakan pembuatan *insident report* atau kejadian luar biasa, dan langsung bertanggung jawab kepada CEO (lihat gambar 12).



## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A Keterbatasan Penelitian**

##### **1. Waktu Penelitian**

Karena proses pelaksanaan penelitian ini menyangkut pejabat struktural rumah sakit, maka waktu penelitian dan frekuensi pertemuan dengan para pejabat rumah sakit dibatasi oleh kesibukan pejabat-pejabat yang terkait. Walaupun demikian pihak pimpinan rumah sakit dapat berkenan menyediakan waktu untuk wawancara.

##### **2. Penelusuran Data Penelitian dan Observasi**

Pihak informan sejak awal sudah terbuka dalam memberikan data yang diperlukan dalam penelitian meskipun demikian ada beberapa hal seperti data maupun dokumen yang tidak boleh mempublikasikan kepada pihak luar. Walau demikian peneliti sudah cukup mendapat data dan dokumen yang diperlihatkan oleh pihak pemberi data dan dapat memberikan gambaran adanya bukti pelaksanaan operasionalnya yang didapat dari hasil wawancara. Observasi di lapangan tidak dapat langsung ikut terlibat dalam kegiatannya, jadi observasi hanya dapat dilakukan dengan mengamati kegiatan.

##### **3. Karakteristik Informan**

Informan sasaran dalam wawancara mendalam ini adalah CEO, Komite Medik, Direktur Medis (*Head of Division Ancillary & Medical affair*), Kepala Departemen



QS (*Quality & Safety*), Kepala departemen UGD, dokter jaga dan perawat. Pada pelaksanaan wawancara informan sasaran sesuai dengan target yang diharapkan.

## **B. Hasil Wawancara, Observasi dan Telaah Dokumen**

### **1. Komitmen**

Pada tahap ini peneliti ingin melihat sejauh mana komitmen dan dukungan para pimpinan terhadap pelaksanaan program manajemen risiko di rumah sakit. Peneliti juga ingin melihat bagaimana komitmen para staf dibawahnya dalam melaksanakan program ini. Komitmen ini bisa tergambar atau terlihat bagaimana pimpinan membuat kebijakan, keterlibatan pimpinan dalam menyukseskan program ini, dan para staf dapat tergambar dalam keterlibatannya dalam manajemen risiko klinis dan kepatuhannya dalam melaporkan setiap kejadian.

Pimpinan rumah sakit Siloam menganggap program manajemen risiko sangat penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada pelanggan, dan dapat dipahami oleh anggota organisasi.

*" Program manajemen risiko sangat penting dalam menjamin mutu sebuah rumah sakit, tidak mungkin rumah sakit bisa menjaga quality tanpa menjalankan manajemen risiko..."(I.1)*

*" Sebagaimana dengan visi RS Siloam Hospital, yaitu menjadi sarana penyembuhan yang dipilih oleh pelanggan karena mutu pelayanan yang dilaksanakan dalam semangat cinta kasih serta berimankan kepada Tuhan, serta motto kami yaitu We*

*Care kepanjangan dari customer oriented service, Aim for continuous improvement, responsive and competent staff, Effective and cost contained care. Maka kami tentunya sangat mendukung sekali program manajemen risiko di Siloam karena dengan melakukan program manajemen risiko yang baik dapat mencapai visi tersebut".(I.1)*

*"Program manajemen risiko sangat penting, itu semua untuk kepentingan pasien"(I.2)*

*"Semua dokter sadar akan risiko"(I.2)*

*"Kita selalu mencatat kejadian-kejadian pada incident report form..." (I.5)*

*"semua dokter dan perawat melaporkan, semua terbuka tidak ada rasa takut di salahkan" (I.5)*

*"dokter senantiasa melaporkan incident report" (I.4)*

*" saya selalu mengisi incident report, dan tidak takut disalahkan " (I.7)*

Berdasarkan hasil wawancara dengan CEO diketahui bahwa pucuk pimpinan rumah sakit Siloam diketahui bahwa komitmen pimpinan rumah sakit pada program ini adalah dengan membentuk suatu unit atau departemen yang khusus dan bertanggung jawab dalam mengimplementasikan program manajemen risiko, kemudian pimpinan terlibat langsung dalam kegiatan rutin untuk membahas kejadian-kejadian yang dilaporkan. Pertemuan yang dilakukan setiap satu bulan sekali, yang mana dalam pertemuan itu terlibat beberapa pihak yaitu divisi keperawatan, departemen farmasi, departemen laboratorium, infeksi kontrol, kepala Dept *Quality and Safety*, dan juga CEO terlibat didalamnya. Dalam konteks program manajemen risiko

kegiatan tersebut membahas mengenai *incident report*, yang mana *incident report* adalah laporan yang di catat di *form* khusus, *form* ini tersedia di setiap departemen, dan semua pihak mulai dari dokter, paramedis dan staf lainnya berkewajiban mencatat/melaporkan setiap kejadian. Terungkap pula dalam wawancara dengan pimpinan bahwa semua pihak sangat terlibat dalam kegiatan ini. Berikut wawancara dengan CEO mengenai komitmennya dalam melaksanakan program manajemen risiko.

*" CEO terlibat langsung di dalam kegiatan pertemuan rutin setiap bulan, yang juga membicarakan incident report..." (I.1)*

*"Semua pihak terlibat langsung dalam pelaksanaan program ini, yang membahas incident report dimana dokter dan perawat semua terlibat dan sebagian besar dokter dan perawat aktif mencatat incident report dan melaporkan" (I.1)*

Komitmen Komite medik atau disebut dengan Dewan Penasehat Medis (DPM) di rumah sakit Siloam merupakan bagian yang tak terpisahkan dalam pelaksanaan program manajemen risiko khususnya yang berkaitan dengan risiko adanya kesalahan medis atau yang menyangkut dengan kode etik dan *attitude* para SMF, dan juga terlibat dalam peningkatan mutu terutama yang menyangkut *patient safety*. Dalam kegiatan program manajemen risiko, DPM terlibat dalam kegiatan audit medis yang juga membicarakan hal-hal menyangkut terjadinya suatu kesalahan atau kejadian yang berpotensi menimbulkan adanya keluhan dan klaim. DPM juga selalu memberikan dorongan dan menumbuhkan komitmen pada semua anggotanya (SMF) agar senantiasa

melaporkan setiap ada kejadian yang berpotensi merugikan pasien. Berikut petikan wawancara dengan Komite Medik mengenai komitmennya dalam menyukseskan program manajemen risiko.

*" Dewan penasehat medis dan semua komite terlibat langsung dalam pelaksanaan audit medis yang dilakukan rutin setiap bulan..... "(I.2)*

*" DPM melakukan rapat setiap bulan sekali setiap hari jumat, sedangkan komite-komite melakukan rapat tiga bulan sekali atau sesuai dengan kebutuhan mereka" (I.2)*

*" pimpinan mendorong para dokter untuk komit pada pelaksanaan manajemen risiko terutama yang menyangkut patient safety, artinya setiap aktifitas yang berpotensi menimbulkan kejadian atau membuat kesalahan yang dapat merugikan pasien, mereka harus senantiasa melaporkan, tapi memang tidak semua dokter melakukan itu terutama dokter spesialis apalagi yang senior pula. Maka jika demikian orang lain yang melaporkan kejadian tersebut. contohnya jika ada pasien appendisititis yang dirawat sampai lebih dari empat hari, itu kan ada risiko tentunya, maka mereka harus mencatat dan melaporkan"(I.2)*

*" komitmen pimpinan terhadap manajemen risiko adalah bagaimana jangan sampai terjadi adanya komplain apalagi sampai klaim"(I.2)*

Direktur medis atau disebut juga dengan *Head of Division Medical Affair & Ancillary services* yang juga merupakan anggota dari *Quality and Safety* selalu turut

serta dalam kegiatan. KPRS yang rutin dilakukan setiap bulan. Direktur medis juga bertugas mengawasi jalannya program manajemen risiko terutama memastikan bahwa *incident report* berjalan dengan baik. Kegiatan yang rutin dilakukan setiap hari adalah *case report* yang mana kesempatan ini selain membicarakan kasus-kasus yang terjadi juga membicarakan insiden yang dilaporkan maupun yang tidak dilaporkan. Terlihat dalam pengamatan peneliti kegiatan ini dilakukan setiap hari. *Head of div* inipun menerima laporan-laporan langsung dari departemen baik itu persoalan medis maupun non medis. Selain kesempatan pertemuan diatas juga direktur medis terlibat dalam pertemuan dengan RMO yang rutin dilakukan setiap 2-3 bulan sekali. Berikut petikan wawancara dengan direktur medis.

*" Saya sebagai anggota Quality and Safety dan setiap sebulan sekali ada kegiatan pertemuan dan juga pada kegiatan audit medis saya terlibat di dalamnya"(I.3)*

*" kita membahas incident report setiap bulan bersama-sama dengan QS, khususnya mengenai hal-hal medis dan non medis"(I.3)*

*" di setiap departemen ada RMO yaitu risk management officer dan setiap 2-3 bulan kita ada pertemuan ..."(I.3)*

*"RMO bertugas untuk mencatat atau melaporkan semua kejadian yang berisiko merugikan pasien"(I.3)*

Beberapa informan juga menyatakan bahwa mereka terlibat dalam kegiatan ini terutama dalam kegiatan melaporkan semua kejadian yang merugikan dan mereka

diwajibkan mengisi atau mencatatnya kedalam *form incident*. Setiap departemen disediakan *incident report form* dan setiap staf berkewajiban mencatat setiap ada kejadian, setiap personil tidak merasa berat untuk mencatat setiap kejadian meskipun itu berkaitan dengan kesalahan yang dilakukannya dalam melayani pasien. Terungkap dalam wawancara berikut.

" Semua pihak terlibat langsung dalam program ini, setiap dokter dan perawat melaporkan *incident report*"(1.1)

"Kita selalu mencatat kejadian- kejadian pada *incident report form*..." (1.5)

"*Insident report form* selalu tersedia di setiap departemen. ada dua macam yaitu medis dan umum" (1.5)

" semua dokter dan perawat selalu mengisi *incident report* dan sekaligus mencari penyebab masalah.." (1.5)

"semua dokter dan perawat melaporkan, semua terbuka tidak ada rasa takut di salahkan" (1.5)

"kita ada *incident report* ada yang medis dan umum, dan kita selalu mengisi form itu.." (1.6)

"..laporan dicatat dalam form yang sudah disediakan dan dibicarakan bersama kenapa bisa terjadi , lalu kita teruskan ke QS.." (1.6)

*"Setiap hari kita ada pertemuan antara perawat sebelum kerja, dan juga membahas incident report..."(I.7)*

*" semua dokter dan perawat selalu mengingatkan kembali dokter-dokter yang tidak mengisi medical record yang tidak lengkap (I.4)*

Para staf konsisten untuk selalu meneatat dan melaporkan setiap *incident* sehingga dapat dilihat dari banyaknya jumlah laporan *incident* setiap bulan, berikut wawancara dengan CEO.

*"Setiap bulan ada sekitar 20-30 laporan incident report "(I.1)*

Selama pengamatan penelitian, ada beberapa yang nampak terlihat keikutsertaan baik pimpinan maupun para staf di rumah sakit. Yang jelas terlihat saat peneliti mengamati adalah kegiatan *case report* yang dilakukan setiap hari, dan hadir pada kegiatan tersebut adalah direktur medis, dokter jaga, perawat dan dokter spesialis. Memang peneliti tidak langsung terlibat atau hadir dalam kegiatan tersebut, namun hasil dari wawancara dan pernyataan mereka, bahwa kegiatan tersebut membicarakan juga hal-hal yang menyangkut kejadian atau kesalahan yang berpotensi merugikan pasien. Kemudian pengamatan di departemen yaitu di UGD dan ruang rawat inap nampak memang mereka melakukan pencatatan insiden.

## 2.Kebijakan

Pada tahap ini peneliti ingin mengetahui bagaimana kebijakan yang diterapkan di rumah sakit menyangkut pelaksanaan program manajemen risiko klinis yaitu:

#### a. Pengorganisasian

Dari hasil wawancara dengan CEO terungkap bahwa kebijakan manajemen risiko di rumah sakit Siloam yang menyangkut pelaksanaan program manajemen risiko adalah dibentuknya pengorganisasian. Secara struktural tanggung jawab program manajemen risiko berada di Dept. *Quality and Safety* dan langsung bertanggung jawab kepada CEO. Departemen ini mempunyai seorang kepala, dalam melaksanakan tugasnya *Quality and safety* ini berkoordinasi dengan semua divisi maupun departemen, dan juga komite medik/komite keperawatan, selain itu QS mempunyai tugas adalah, membuat perencanaan, melaporkan semua kegiatan program manajemen risiko klinis, melakukan pengawasan kegiatan di tingkat departemen, mengkoordinir pertemuan KPRS.

Dalam program manajemen risiko rumah sakit Siloam menugaskan secara khusus seorang kepala *Quality and Safety*, dan kepala QS ini telah mengikuti pendidikan dan pelatihan mengenai manajemen risiko dan *patient safety*.

Dalam struktur organisasi, manajemen mutu dan manajemen risiko tidak dipisahkan (lihat gambar 12) tetapi dalam kaitannya dengan manajemen risiko maka komite yang ada adalah KPRS (Keselamatan pasien rumah sakit)..

Berikut petikan wawancara dengan CEO,

*” Kita mempunyai struktur yang jelas, terutama yang berkaitan dengan manajemen risiko, kita memiliki tujuh divisi yang langsung bertanggung jawab ke CEO, sedang program manajemen risiko sendiri berada di Quality and Safety yang dalam*



*pengelolaannya kami mempunyai manajer atau kepala dan bertanggung jawab langsung kepada CEO....”(I.1)*

*” Manajemen quality dan risiko tidak dipisahkan langsung, namun ada komite atau panitia yang dibentuk dan memiliki tugas masing-masing. Misalnya yang disebut dengan KPRS singkatan dari keselamatan pasien rumah sakit ” (I.1)*

*”KPRS membicarakan hal-hal mengenai kesalahan medis, prosedur. Dilakukan setiap bulan kecuali ada hal-hal khusus, dan CEO terlibat didalamnya”(I.1)*

*”Semua karyawan di rumah sakit berkewajiban untuk saling berbagi mengenai program manajemen risiko di bagian masing-masing, namun demikian tentunya kami mempunyai seorang kepala departemen Quality and safety yang bertanggung jawab untuk berkordinasi untuk seluruh kegiatan ini”.(I.1)*

*”KPRS menerima semua laporan kejadian baik yang medik maupun yang non medik, kejadian yang nonmedik misalnya salah memberi menu makanan, kalau yang medik misalnya pasien jatuh atau salah memberikan obat”(I.1)*

Demikian juga wawancara dengan direktur medis, yang menyampaikan bahwa program manajemen risiko klinis berada di departemen *Quality and Safety* yang bertanggung jawab pada implementasi program tersebut, dan langsung bertanggung jawab kepada CEO. Selain itu pernyataan dari Kepala *Quality and Safety* mengungkapkan bahwa dalam pelaksanaan program manajemen risiko, setiap departemen atau unit pelayanan ada yang disebut dengan RMO singkatan dari *risk management officer* yang tugasnya adalah mencatat dan melaporkan *incident*.

Kemudian terungkap juga dalam wawancara dengan kepala dept QS bahwa *Quality and safety* bersama-sama dengan berbagai pihak yaitu *head of div*, dll. mengeluarkan rekomendasi dan solusi untuk mengelola risiko tersebut yang biasanya ini dilakukan dalam pertemuan rutin setiap bulan.

*"Program manajemen risiko dikita ditangani oleh departemen *Quality and Safety*"(I.3)*

*"kita di setiap departemen punya yang disebut dengan RMO dan kegiatannya selalu diintegrasikan dengan *Quality and Safety*, tugas RMO ini mencatat kejadian"(I.4)*

*"QS bersama dengan beberapa pihak seperti *head of div* memberi rekomendasi dan solusi, keputusan ada di CEO"(I.4)*

#### b. Alokasi Dana

Kebijakan yang menyangkut dengan program manajemen risiko rumah sakit Siloam telah mengalokasikan dana khusus untuk program ini, terutama untuk pelatihan dan pendidikan personil khususnya yang berkaitan dengan manajemen risiko khususnya yang berkaitan dengan *patient safety*.

*"Pelaksanaan program manajemen risiko membutuhkan biaya yang cukup besar, tanpa biaya maka program ini mustahil berjalan dengan baik. terutama yang berkaitan dengan pelatihan para pelaksana di lapangan dalam hal ini para dokter dan staf, ada dana khusus untuk program manajemen risiko, diantaranya mengadakan pelatihan..."(I.1)*

*"Untuk meningkatkan mutu dan meminimalkan timbulnya risiko tentu membutuhkan dana yang cukup besar, terutama kita alokasikan untuk training khususnya untuk karyawan baru, karyawan tersebut harus mengikuti training orientasi selama dua minggu baru boleh menangani pasien langsung, bagi perawat tiga bulan baru boleh kontak langsung dengan pasien"(I.1)*

### c. Tenaga Khusus & Pelatihan

Kebijakan dalam hal tenaga khusus untuk mengelola risiko ini rumah sakit Siloam telah membuat program pelatihan atau pendidikan bagi manajer/kepala maupun staf/dokter.

*" Kita mempunyai tenaga khusus untuk program ini, yang memang telah dilatih untuk mengelola risiko..."(I.1)*

*"Ada pelatihan-pelatihan untuk dokter dan perawat untuk manajemen risiko terutama patient safety"(I.4)*

Rumah sakit memiliki rencana strategis yang berkaitan dengan pelaksanaan program manajemen risiko klinis, dan selalu di *up date* setiap saat.

*" Kondisi rumah sakit senantiasa berubah mengikuti perkembangan dan perubahan lingkungan, maka rumah sakit harus senantiasa melakukan perubahan-perubahan yang bertujuan untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada, begitu juga dengan perubahan kebijakan program manajemen risiko yang harus disesuaikan dengan*

*tujuan strategi rumah sakit. kebijakan selalu di up date, karena kondisi rumah sakit selalu berubah...”(I.1)*

Kebijakan pimpinan rumah sakit dalam kaitannya dengan program manajemen risiko yang lainnya adalah yang menyangkut dengan *patient safety* adalah yang disebut dengan enam goal *patient safety*, yang harus dicapai yaitu terungkap dalam petikan wawancara berikut ini.

*”Program-program manajemen risiko terutama yang menyangkut patient safety, kita punya 6 goal yang harus dicapai, yang pertama kita istilahkan dengan time out yaitu ketika pasien mau dioperasi sebelum masuk kamar operasi harus dilakukan check kembali apakah pasien yang hendak dioperasi tepat, hal lain adalah kita istilahkan dengan read back yaitu mengulang kembali catatan medik atau instruksi dari dokter, kemudian istilah dengan hand washing yaitu budaya mencuci tangan untuk setiap karyawan, dan kita menempatkan alkohol jell disetiap ruangan, Identifikasi pasien yaitu mulai dari nama, Nomor medical record, DOB (date of birth), kemudian mengurangi pasien jatuh, dan yang terakhir adalah electrolit konsentrasi tinggi di ruang perawatan (KCL, NaCl & potasium chloride > 0,9%) tidak boleh ada di ruangan ”(I.1)*

Dalam pengamatan nampak memang terlihat beberapa ruangan disediakan sabun *jell* untuk mencuci tangan, nampak juga di beberapa dinding koridor rumah sakit terpampang tulisan enam goal *patient safety*.

DPM menyampaikan bahwasanya kebijakan sudah cukup baik namun belum sempurna pada penerapannya, berikut petikan wawancara dengan DPM.

*"Kebijakan sudah cukup baik, namun aplikasinya yang harus ditingkatkan lagi" (I.2)*

Hasil dari telaah dokumen tentang kebijakan peneliti mendapatkan beberapa dokumen antara lain adalah: Kebijakan & rencana strategis, struktur organisasi, uraian tugas dan wewenang, *incident report form* termasuk catatan analisis dan *action plan* berikut catatan *monitoring*, bukti keikutsertaan beberapa dokter dan perawat dalam kegiatan pelatihan program manajemen risiko khususnya *patient safety*.

### 3. Proses Manajemen Risiko

#### a. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah bagian dari proses manajemen risiko. Rumah sakit Siloam melakukan identifikasi baik secara formal maupun informal, secara formal melalui *Incident Report*, laporan insiden ini memiliki *form* yang disediakan di setiap departemen, peneliti mendapatkan *form* ini di departemen UGD, sedangkan yang nonformal melalui forum pertemuan yang rutin dilakukan seperti *meeting* koordinasi yang dilakukan setiap minggu sekali, dalam pertemuan tersebut membahas permasalahan-permasalahan yang ada di rumah sakit dan yang terlibat dalam pertemuan tersebut adalah semua kepala departemen, kepala divisi, Kepala QS sampai CEO. Pertemuan *case report* yang dilakukan setiap hari yang melibatkan para dokter dan perawat jaga, dokter spesialis serta direktur medis.

Pertemuan audit medis yang dilakukan ketika ada kasus-kasus tertentu. Pada pengamatan peneliti dapat mengamati beberapa kegiatan seperti kegiatan di departemen yaitu peneatatan atau pelaporan insiden (*insident report*), yang nampak mereka mengisi kedalam *form* yang memang sudah disediakan di UGD dan rawat inap, mereka nampak sudah terbiasa untuk meneatat pelaporan tersebut. Rumah sakit Siloam mempunyai *form* untuk *incident report*, *form* ini terbagi dua yaitu yang medis dan umum, semua departemen disediakan *form* ini dan semua staf berkewajiban menulis setiap kejadian yang terjadi. Peneliti mendapatkan dokumen tersebut di departemen UGD dan rawat inap yang terdiri dari *form* untuk insiden medis dan umum, dan masing-masing terdiri dari dua lembar, lembar yang pertama adalah berisi tentang apa yang terjadi, tempat kejadian, uraian kejadian, kemudian lembaran yang kedua tentang analisis kejadian, *action plan* dan monitor.

*"Incident report adalah kejadian yang tidak diharapkan semua kejadian baik yang medis maupun nonmedis disediakan form incident report"(I.1)*

*"Kita punya form insident report, khususnya menyangkut masalah medis dan umum"(I.3)*

*"Identifikasi ada yang formal dan nonformal, yang formal itu dengan incident report sedangkan yang nonformal lewat forum misalnya seminggu sekali kita duduk bersama membahas semua masalah yang ada, semua head departemen, head division ikut, sampai CEO"(I.4)*

*"Incident report ada dua macam yaitu medis dan umum"(I.5)*

*"Kita ada incident report, ada yang medis dan yang umum"(I.6)*

Sedangkan alur proses pelaporan *incident* adalah *form* diisi oleh staf/karyawan yang mengalami atau melihat adanya kejadian, atau menugaskan RMO, sebelum diserahkan dan ditandatangani oleh kepala departemen *form* tersebut dibahas atau dianalisis terlebih dahulu oleh semua personil yang ada di departemen tersebut, adapun pembahasan yang dibicarakan adalah mencari penyebab akar masalah yang terjadi (RCA), setelah proses tersebut lalu *form* ditanda tangani oleh kepala departemen, kemudian kepala divisi dan *form* ini lalu diteruskan ke kepala *Quality and Safety*. Berikut petikan wawancara dengan Kepala Dept. QS .

*" Semua kejadian di tiap unit dicatat dalam form khusus oleh semua yang melakukan kesalahan atau melihat kejadian yang berpotensi merugikan pasien. Dan selain itu ada RMO yang juga mencatat kejadian, tetapi sebelum dicatat dan dilaporkan secara lengkap RMO akan membahas terlebih dahulu dengan semua komponen yang ada di departemen yang bersangkutan, kenapa itu bisa terjadi, lalu catatan tersebut dianalisis, sampai pada action plannya dan setelah selesai report tadi diteruskan ke QS. QS kemudian membahas kembali report tadi sampai membuat RCA nya lebih detail lagi, disini CEO terlibat. Lalu kita duduk sama-sama untuk membahas akar penyebabnya sampai pada kesimpulan, dan solusinya yaitu sampai pada tahap correction plan dan ini dilakukan oleh masing-masing*

*divisi sesuai dengan kasusnya. Pertemuan ini dilakukan setiap bulan, dan banyak pihak terlibat".(I.4)*

b. Analisis Risiko

Analisis risiko dilakukan pada tahap awal laporan kejadian ( *incident report*) di level departemen. *Incident report form* menyediakan catatan untuk menganalisa masalah atas kejadian yang terjadi atau disebut dengan RCA (*root case analysis*), dengan menggunakan *fish bone*. Setiap ada insiden semua staf mencatat di *form* tersebut dan dilakukan analisis. Setiap departemen melakukan analisis terhadap insiden yang sudah dilaporkan dan dicatat dalam *form* khusus, semua personil yang ada dipertemen terlibat dalam proses ini. *Form* khusus ini merupakan satu kesatuan dengan catatan *incident report form* baik yan medis maupun yang umum. Berikut petikan wawancara dengan Kepala Dept QS.

*"Semua dokter dan perawat selalu mengisi incident report form, sekaligus mencari penyebab masalah..."(I.4)*

*"Incident report juga menganalisa root causenya dengan memakai fish bone, mencari akar masalahnya apa, tindakan action plannya apa. Dan setelah itu dirapatkan semua bagian dan dibuat tindakan correction plan"(I.4)*

Di tingkat organisasi analisis dilakukan pada tahap kegiatan pertemuan KPRS setiap bulan, dan memprioritaskan kejadian yang menyebabkan kematian dan yang harus segera diselesaikan. Analisis dilakukan dengan melihat apakah



kasus tersebut kasus medis atau non medis, kemudian dilakukan penilaian dengan melihat apakah risiko termasuk *near miss* atau *sentinel event* sebagai acuan untuk tahap pengelolaan.

*"Kejadian dilihat apakah termasuk near miss atau sentinel event, kalau sudah termasuk sentinel event harus segera ditindak lanjuti"(1.4)*

*"Incident report dicatat mulai dari departemen baru ke QS, QS menganalisa dan melakukan ivestigasi lalu dibicarakan tingkat organisasi setiap bulan dalam pertemuan dengan KPRS".(1.3)*

*"Semua dokter dan perawat setelah mengisi form langsung membahas"(1.5)*

Pada pengamatan sudah dikemukakan di atas bahwa proses analisis dilakukan pada tahap pencatatan insiden di departemen yang dilakukan oleh staf di departemen. Pada lembaran atau *form insident report* tersebut ada kolom pencatatan untuk analisis dengan menggunakan *fish bone*.

### c. Evaluasi Risiko

Tahapan ini adalah untuk menilai apakah analisis yang dilakukan telah sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya, untuk tahap selanjutnya yaitu tahap pengelolaan risiko. Rumah sakit Siloam melakukan evaluasi melalui pertemuan KPRS yang dilaksanakan setiap bulan sekali. Adapun evaluasi untuk melihat kejadian yang telah dilaporkan dan melihat analisis yang telah mereka

lakukan, kemudian evaluasi dilakukan untuk melihat apakah laporan insiden selalu mereka isi dan dilaporkan. Berikut petikan wawancara dengan Kepala Dept QS.

*" kita setiap bulan mengadakan pertemuan untuk evaluasi semua kejadian-kejadian yang telah dilaporkan"(1.4)*

*" setiap bulan kita evaluasi, apakah risiko masih terjadi atau tidak, dan apakah incident report selalu diisi dan dilaporkan.."(1.4)*

*" evaluasi juga kita lihat dari incident report yang masuk"(1.4)*

#### d. Pengelolaan Risiko

Risiko dikelola berdasarkan macam risiko atau masalah yang timbul sebagaimana yang terungkap dalam proses analisis, yaitu berdasar apakah kejadian itu termasuk medis atau umum, sehingga pengelolaan akan diserahkan kepada pihak-pihak yang terkait. Kemudian pengelolaan berdasar pada kejadian yang termasuk *near miss* atau *sentinel event* untuk melakukan prioritas pengelolaan risiko. Dan pengelolaan dilakukan dengan adanya *correction plan*, *contingency plan*. Berikut petikan wawancara dengan manajer risiko.

*"Kita incident report ada dua medis dan nonmedis atau umum, maka penanganan risiko tergantung masalah yang muncul..."(1.4)*

*"dan setelah dilakukan analisa dan evaluasi semua kejadian yang menyebabkan kerugian dilakukan correction plan"(1.4)*

*" Kita mempunyai kebijakan yang disebut dengan contingency plan yang bertujuan untuk mengatur semua pelayanan agar dapat berjalan dengan lancar"(I.4)*

e. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi dan konsultasi dilakukan rutin pada setiap kesempatan, pada komunikasi berjalan pada semua level organisasi. Adapun komunikasi dan konsultasi dilakukan pada setiap pertemuan baik pertemuan setiap hari di level departemen, setiap dua minggu sekali di level divisi maupun departemen, dan setiap bulan sekali pada kesempatan ini semua pihak terlibat. Selain beberapa kesempatan tersebut diatas kadangkala konsultasi maupun komunikasi dilakukan apalagi yang menyangkut persoalan yang mendesak yang harus segera diselesaikan. Berikut petikan wawancara dengan Kepala Dept. QS.

*"Kita melakukan komunikasi pada setiap kesempatan. setiap hari, setiap minggu, dan setiap bulan duduk sama-sama untuk semua departemen, divisi, CEO, Kepala QS "(I.4)*

*" Kepala QS memberi rekomendasi dan solusi kepada CEO.."(I.4)*

*" Komunikasi lancar, baik non formal langsung ke individu, maupun formal dalam pertemuan rutin, tidak ada kekakuan, fleksibel..."(I.2)*

*"KPRS membicarakan hal-hal mengenai kesalahan medis dan non medis sebulan sekali, kecuali hal-hal khusus menyangkut persoalan yang harus segera ditangani"(I.1)*

f. *Monitoring dan Review*

Rumah sakit Siloam melakukan rutin *Monitoring dan Review* sebulan sekali, kecuali ada hal yang mendesak untuk dikaji atau ada hal yang memang harus dimonitor setiap saat. Adapun proses ini dilakukan terhadap kebijakan yang sudah ditetapkan, dilaksanakan atau tidak oleh pihak pelaksana dalam hal ini Dept QS dan pelaksana di tingkat departemen. Selain itu *monitoring* terhadap *action plan* di level departemen, Adapun *action plan* yang dimaksud adalah insiden yang sudah dianalisis, dilakukan kegiatan-kegiatan untuk melakukan pencegahan agar tidak terulang kejadian tersebut. Ada catatan khusus untuk *monitoring* ini. Seperti yang disampaikan pada hasil wawancara berikut ini.

*"Monitoring kita ada sebulan sekali, kecuali case yang khusus atau kasus-kasus berat.."(I.4)*

*" Setiap saat kita lakukan monitoring, apakah kebijakan dilaksanakan atau tidak"(I.1)*

## **BAB VII PEMBAHASAN**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa rumah sakit Siloam telah memiliki komitmen yang cukup kuat, kebijakan yang mendukung program manajemen risiko yang meliputi rencana strategi, pengorganisasian, alokasi dana, tenaga khusus, tugas dan kewenangan pelatihan sebagaimana yang telah diuraikan dalam kerangka konsep. Meskipun demikian ada beberapa hal yang masih perlu dioptimalkan, agar program ini berjalan lebih efektif sesuai dengan yang diharapkan .

### **1. Komitmen**

Komitmen merupakan niat dan dukungan dari pihak pimpinan dan para manajer senior serta seluruh anggota organisasi/perusahaan, komitmen ini sangat diperlukan agar suatu program dapat terlaksana dengan baik, komitmen merupakan langkah awal dari penerapan suatu program ( Permana S, Hanna, 2005). Salah satu komponen kunci untuk memulai kegiatan manajemen risiko adalah komitmen organisasi untuk mendukung dan menyetujui program, menunjukkan tanggung jawab untuk ikut berpartisipasi secara aktif. Manajemen risiko rumah sakit harus disadari oleh semua karyawan rumah sakit mulai dari tingkat tertinggi sampai terendah, dengan penggerak utamanya berada di tingkat teratas organisasi. Pada tingkat terendah, karyawan diharapkan punya pengetahuan, sikap serta tindakan yang mencerminkan tanggung jawab mereka terhadap risiko dan berperan aktif pada semua tahap proses manajemen risiko.

Pimpinan rumah sakit Siloam sudah memiliki komitmen yang cukup kuat, terlihat dari arah kebijakan dan strategi rumah sakit yang menyangkut program manajemen risiko, yaitu dibangunnya organisasi yang formal dan terstruktur, pendelegasian tugas dan kewenangan kepada seorang manajer yang terdidik dan terlatih, pengalokasian dana untuk menunjang program ini terutama dana yang dikeluarkan untuk pelatihan dan pendidikan manajemen risiko.

Komitmen pimpinan rumah sakit terlihat dalam pernyataan, sikap maupun tindakan, seperti yang terungkap dalam pernyataan bahwa program manajemen sangat penting dalam menjamin mutu. Sedangkan perilaku bisa terlihat dari hasil pengamatan maupun wawancara *cross check* dengan staf, terungkap dari pernyataan bahwa semua terlibat dalam kegiatan program ini mulai dari CEO komite medik, *head of division*, para staf dan dokter.

DPM terlibat langsung dalam kegiatan manajemen risiko, rutin mengikuti pertemuan bulanan dalam kegiatan audit medis dimana pertemuan yang dilakukan setiap bulan membahas risiko-risiko kesalahan medis, hal ini terkait dalam upaya *patient safety*. Semua panitia yang ada di DPM terlibat langsung dalam kegiatan tersebut. Komunikasi berjalan dengan baik secara nonformal yaitu langsung berkomunikasi dengan ketua komite maupun sekretaris atau formal yaitu yang dilakukan secara rutin setiap bulan.

Komitmen para dokter dan perawat dalam pelaksanaan program manajemen risiko dapat terlihat dari hasil wawancara yaitu pernyataan mereka bahwa setiap hari mereka mencatat dan membahas *incident report*, para informan dengan yakin memberikan pernyataan tersebut, walaupun terungkap masih ada dokter yang belum

komit melaksanakan program ini terutama dalam hal mencatat kejadian di formulir *incident*, dari *cross check* wawancara dengan pimpinan juga terungkap bahwa memang sebagian besar para dokter dan perawat komit terhadap pelaksanaan program ini dapat dilihat dari banyaknya laporan *incident* yang masuk yaitu sebanyak 20-30 laporan *incident*. Dalam pengamatan peneliti dapat mengambil kesan terutama di UGD bahwasanya para dokter jaga dan perawat memang selalu melakukan kegiatan pembahasan dan analisis tentang laporan kejadian yang telah dicatat dalam formulir khusus, ini menunjukkan peran aktif para dokter dan perawat di UGD untuk menunjang program manajemen rumah sakit sesuai dengan kebijakan pimpinan.

## 2. Kebijakan

Kebijakan manajemen risiko merupakan dokumen formal yang dibuat oleh pimpinan organisasi untuk memberikan landasan kebijakan perusahaan/organisasi (Alijoyo, A, 2005). Dan kebijakan harus terdokumentasi dengan baik dan digunakan sebagai referensi utama internal dalam mengelola risiko organisasi. Dalam standar Australia (AS/NZS, 1999) dikatakan bahwa para pimpinan organisasi harus mendefinisikan dan mendokumentasikan kebijakan manajemen risiko yang didalamnya mengandung tujuan dan komitmen terhadap manajemen risiko. Setiap kebijakan harus ditulis dalam bahasa yang jelas. Pengembangan suatu kebijakan organisasi manajemen risiko dibutuhkan dalam menyiapkan kerangka kerja untuk melaksanakan program kerja manajemen risiko. Kebijakan manajemen risiko memuat beberapa hal yaitu Sasaran, Tujuan organisasi, ruang lingkup kebijakan, pedoman kegiatan, orang yang bertanggung jawab untuk manajemen risiko, tenaga khusus, perencanaan, indikator.

Dari hasil penelitian, yaitu wawancara dan telaah dokumen rumah sakit Siloam telah memiliki kebijakan yang jelas dan terdokumentasi dengan baik, adapun kebijakan tersebut meliputi adanya organisasi yang terstruktur dan formal, perencanaan, *Job description*, alokasi dana, tenaga khusus, pelatihan, dan kebijakan disosialisasikan keseluruh anggota organisasi.

a. Pengorganisasian

Sesuai dengan prinsip strategi manajemen risiko bahwa risiko harus dikelola secara sistimatis dalam suatu kerangka struktur organisasi yang jelas, dimana tergambar tugas, fungsi dan tanggung jawab masing-masing jabatan dalam organisasi secara hirarki. Untuk penerapannya bentuk suatu organisasi tidaklah bersifat mutlak, akan tetapi penempatan posisi manajemen risiko disesuaikan dengan situasi dan kondisi dimasing-masing rumah sakit, yang pada prinsipnya harus jelas kedudukan dan hubungan kerjanya dengan bagian lain yang ada di rumah sakit.

Beberapa model organisasi dalam manajemen risiko misalnya, model pertama memiliki seorang manajer risiko dalam satu bagian sendiri, sejajar dan terpisah dengan QA (*Quality Assurance*), model kedua yaitu adanya suatu komite QA yang membawahi seorang manajer risiko dan manajer QA. Komite QA ini berada di bawah supervisi komite medik dan tentunya BOD (*board of directure*), model ketiga menjadikan direktur operasional membawahi manajer risiko atau QA, sehingga dapat dikatakan seorang direktur atau CEO juga seorang manajer. Pengorganisasian menurut Rowland (1992), Departemen manajemen risiko ada



dibawah koordinasi QA dan melaporkan kegiatan ke komite QA, disamping itu juga melaporkan pada komite medik dan diteruskan kepada CEO.

Rumah sakit Siloam sendiri mempunyai struktur sendiri yaitu program manajemen risiko ada di bawah departemen QS, dimana ada penyatuan antara manajemen mutu dengan manajemen risiko. Pengorganisasian program manajemen risiko di rumah sakit Siloam terlihat sudah terstruktur dan formal, program manajemen risiko dibawah tanggung jawab kepala departemen *Quality and Safety*. Kepala QS ini bertanggung jawab langsung ke CEO, ia dalam melakukan tugasnya berkoordinasi dengan berbagai pihak. Kepala QS bertugas untuk mengawasi implementasi manajemen risiko di setiap departemen, dan mengkoordinir pertemuan rutin KPRS. Dalam pelaksanaan pengelolaan risiko juga dibantu oleh RMO (*risk management officer*) di setiap departemen.

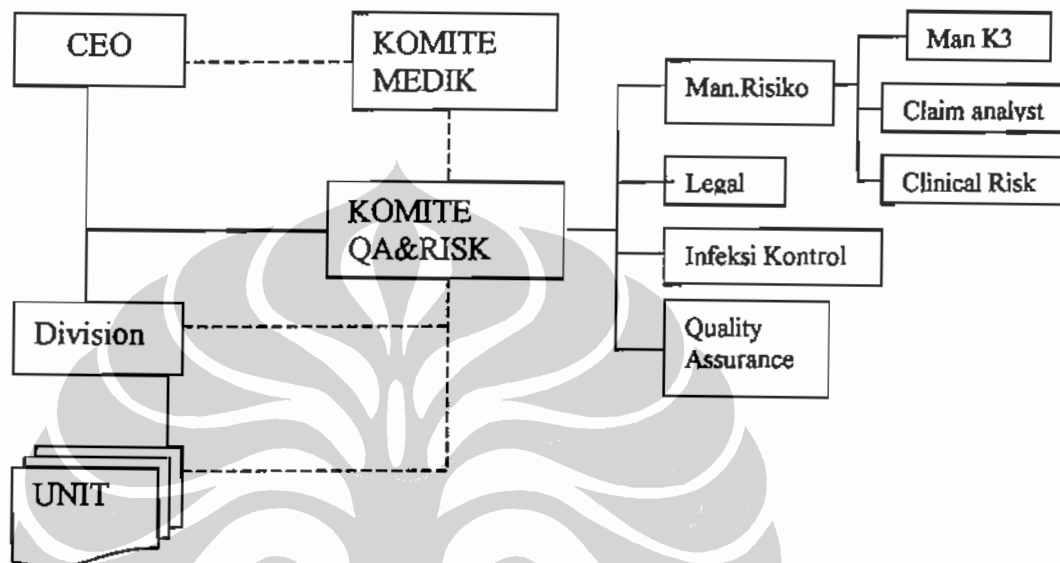
Menurut peneliti manajer risiko harus independen tidak merangkap jabatan atau mempunyai fungsi ganda. Penyatuan jabatan manajer risiko dan QA dalam rumah sakit seperti halnya di Siloam menurut peneliti cukup memberatkan, karena keduanya memiliki fungsi yang berbeda serta pelaksanaannya memiliki sistematika yang berbeda, walaupun mempunyai tujuan yang sama dan mengolah data atau sumber informasi yang sama. Manajemen risiko mempunyai lingkup yang lebih luas, tidak hanya pelayanan terhadap pasien, tetapi ekspose terhadap fasilitas rumah sakit, dan manajemen risiko memperhatikan aspek legal, asuransi dan kegiatan pencegahan kerugian, sedangkan manajemen mutu fokus pada fasilitas, sumber

daya dan sistem dalam berbagai kegiatan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien.

Melihat beberapa model struktur organisasi, maka menurut peneliti perbedaan struktur organisasi memang tidaklah terlalu penting. Rancangan struktur organisasi yang dibuat tergantung kesepakatan dan komitmen para stakeholder serta kondisi dan kemampuan rumah sakit yang ada, yang terpenting adalah pendelegasian tugas dan wewenang yang jelas dan koordinasi yang baik dan juga kesadaran semua pihak terhadap pengelolaan risiko. Tapi walau demikian peneliti memiliki pendapat lain yang berkaitan dengan pengorganisasian (lihat gambar 13).

Dalam sistem organisasi manajemen risiko, terdapat empat pihak yang harus berperan secara aktif antara lain : Dewan direksi, manajemen rumah sakit, para klinisi dan manajer senior serta seluruh staf. Dan hal ini nampak sudah dilakukan oleh rumah sakit Siloam, hanya ada perbedaan dengan peneliti pada struktur, yang sudah disampaikan diatas bahwasanya perbedaan struktur tidaklah terlalu penting dalam pelaksanaan program manajemen risiko. Apalagi menilai bahwa struktur organisasi tertentu lebih baik dibanding dengan yang lain. Ini harus dibuktikan secara ilmiah dengan melakukan penelitian lebih spesifik.

Gambar 13 Struktur Organisasi Integrasi QA dan Manajemen Risiko Menurut Peneliti



b. Alokasi Dana

Program manajemen risiko membutuhkan dana yang cukup besar, tanpa dana maka program tidak akan jalan. Rumah sakit siloam telah mengalokasikan dana untuk program ini, terutama dana untuk melakukan pelatihan dan pendidikan khususnya pelatihan yang menyangkut *patient safety*. Walaupun tidak menunjukkan angka yang spesifik namun peneliti dapat menyimpulkan bahwa pimpinan telah komit dan mendukung upaya terlaksananya program ini. Hal ini peneliti dapatkan dari telaah dokumen dimana banyak aktifitas pelatihan yang menunjukkan bahwa kegiatan ini memerlukan biaya yang tidak sedikit.

### c. Tenaga Khusus & Pelatihan

Untuk dapat mendukung pelaksanaan program manajemen risiko, tentunya faktor sumber daya manusia sangat penting. Rumah sakit Siloam telah mempersiapkan tenaga yang memang khusus dilatih dalam kaitannya dengan program manajemen risiko khususnya yang berkaitan dengan *patient safety*. Selain itu pelatihan-pelatihan rutin yang berkaitan dengan program diatas rutin dilakukan baik pelatihan dilakukan secara internal yaitu pelatihan yang dilakukan di rumah sakit dengan pelatih dari rumah sakit sendiri, juga pelatihan eksternal. Dimana para staf dalam hal ini dokter dan perawat diikut sertakan pelatihan di luar rumah sakit. Menurut Kuntjoro ( 2000), seorang manajer risiko haruslah dilatih khusus program manajemen risiko. Menurut *Liverpool Women NHS Foundation Trust*, bahwa seluruh karyawan harus dapat berperan dalam menangani keselamatan pasien, maka dari itu tentunya seluruh karyawan baik dokter maupun perawat harus mampu untuk melakukan identifikasi risiko atau dengan kata lain dapat melakukan setiap tahapan proses manajemen risiko klinis. Untuk itu perlu adanya pelatihan dan pembinaan yang rutin dilakukan.

### 3. Proses Manajemen Risiko

Dalam penelitian ini proses manajemen risiko memakai beberapa standar, diantaranya adalah menurut *standards* Australia (AS/NZS, 1999) yang terdiri dari identifikasi, analisa, evaluasi, pengelolaan, komunikasi dan monitor.

a. Identifikasi Risiko

Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut. Menurut Rowland H, (1990), identifikasi adalah bagian penting dalam manajemen risiko karena risiko tidak dapat ditangani/dikelola dengan efektif tanpa adanya identifikasi.

Secara konseptual rumah sakit Siloam telah melakukan proses identifikasi secara formal yaitu melalui *incident report* dan nonformal yaitu pertemuan rutin KPRS dan *case report*. Ini sesuai dengan ASHRM dimana identifikasi dibagi menjadi dua yaitu formal dan non formal, namun cara formal yang dilakukan oleh Siloam terbatas pada *Incident report* saja, sedangkan menurut ASHRM ada beberapa cara lain, yaitu dengan melakukan *occurance screening* yaitu penyaringan kejadian yang dilakukan oleh karyawan yang ditunjuk khusus untuk memeriksa dokumen seperti berkas rekam medik untuk mencari adanya penyimpangan pada praktek maupun prosedur.

*Occurance screening* juga merupakan upaya identifikasi risiko yang proaktif, sedangkan *incident report* merupakan proses identifikasi yang reaktif dimana risiko akan teridentifikasi dan akan dapat dikelola manakala adanya kejadian yang dilaporkan. Identifikasi secara proaktif menurut peneliti sangat penting karena proses identifikasi melalui *incident report form* sebagaimana yang dilakukan oleh rumah sakit Siloam belumlah cukup, karena masih ada potensi risiko yang mungkin tidak dilaporkan oleh petugas, dengan cara proaktif maka kemungkinan risiko yang tidak dilaporkan dapat teridentifikasi.

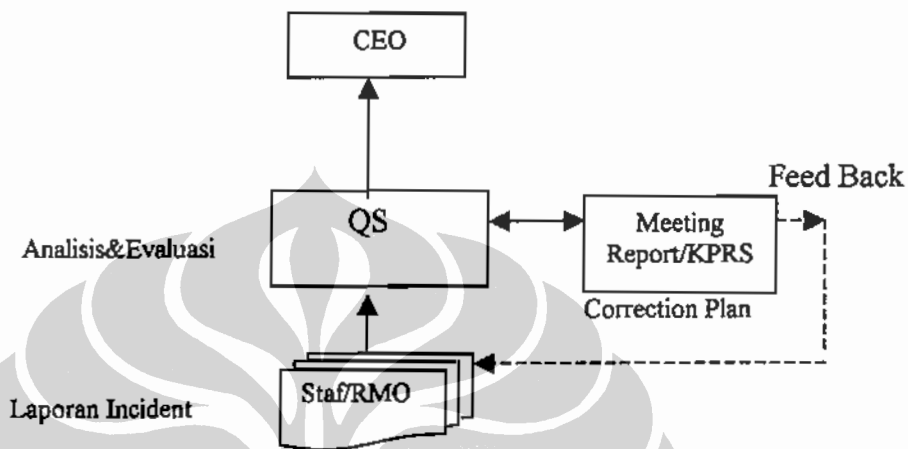
Menurut ASHRM (2005) *Incident report* dibagi menjadi dua yaitu *incident report* medis dan *incident report* umum, *incident report* umum sesuai dengan *Occurance report*.

Identifikasi non formal yang dilakukan oleh rumah sakit Siloam yaitu dengan melakukan pertemuan rutin KPRS ini sesuai dengan ASHRM dimana proses identifikasi nonformal dapat dilakukan dalam pertemuan komite-komite atau laporan-laporan kasus (*case report*).

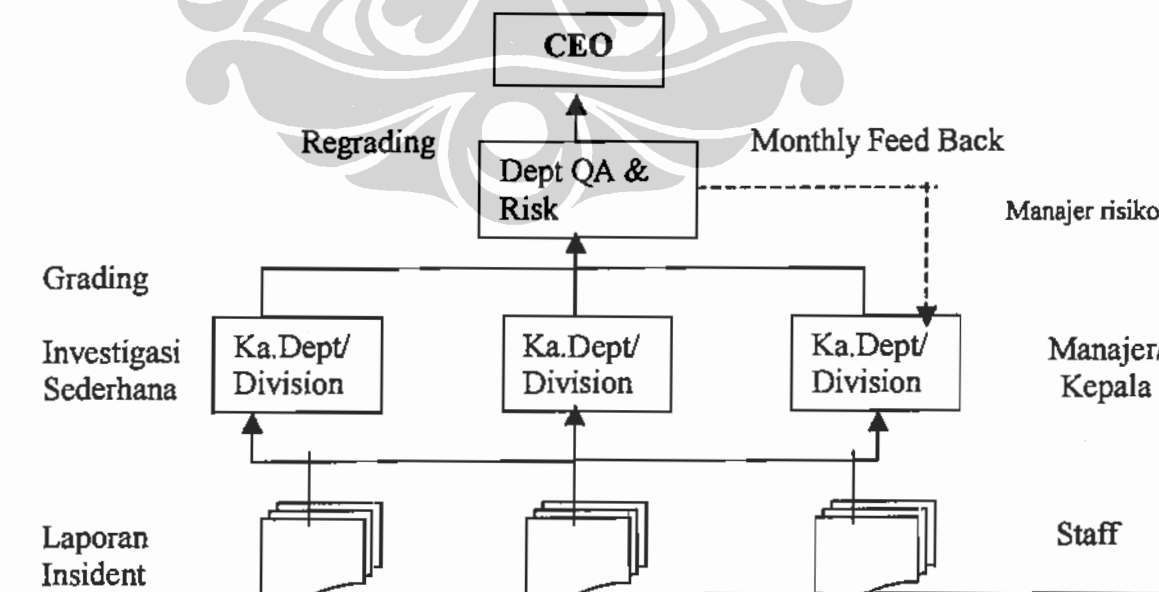
Alur proses laporan kejadian di rumah sakit sesuai dengan standard australia (AS/NZS, 1999) tidak ada perbedaan yang signifikan, yang membedakannya hanyalah terletak pada proses analisis, dimana rumah sakit Siloam melakukan analisis dala pertemuan KPRS yang kemudian KPRS ini memberikan rekomendasi pengelolaan risiko, sedangkan standard australia dilakukan oleh dept QA dan Risk. Laporan dibuat atau dilaporkan mulai dari staf kemudian diteruskan ke QS dan laporan itu dibahas di pertemuan KPRS, dan akhirnya sampai pada CEO ( lihat contoh gambar 14 dan 15)

Menurut peneliti tahap paling penting dalam proses manajemen risiko adalah identifikasi, maka identifikasi harus benar-benar dikelola dengan baik terstruktur dan sistimatis dengan program yang jelas. Maka proses identifikasi tidak cukup hanya reaktif saja tapi harus proaktif dalam mcngidentifikasi risiko.

Gabar 14 Hirarki Alur proses Laporan *Incident* RS Siloam



Gambar 15 Hirarki Alur Proses Laporan Insiden dan Investigasi



Sumber : Standard Australia ( AS/NZS, 1999)

## b. Analisis Risiko

Analisis risiko adalah langkah selanjutnya setelah identifikasi risiko, umumnya risiko yang akan menyebabkan kerugian keuangan akan menjadi prioritas intervensi., makin besar kerugian yang akan terjadi makin segera tindakan yang harus dilakukan. Menurut *Standards Australia (AS/NZS, 1999)* tujuan analisa adalah untuk memisahkan risiko minor dan risiko mayor dan untuk menyediakan data yang akan digunakan dalam evaluasi dan pengelolaan.

Secara umum rumah sakit Siloam sudah melakukan analisis risiko. Rumah sakit Siloam menganalisis risiko dari *incident report form*. Pada *form* insiden ada catatan untuk menganalisa kejadian dengan mencari akar masalah kejadian (RCA) dengan metode *fish bone*. Analisis juga dilakukan dengan melihat apakah risiko termasuk kasus medis atau kasus umum dan analisis juga melihat apakah kejadian tersebut termasuk *near miss* atau *sentinel event*. Namun analisis ini tidak melihat *incident* secara kualitatif maupun kuantitatif dari dampak dan frekuensi risiko (AS/NZS, 1999), sehingga tidak bisa menganalisa tingkat/level risiko yang terjadi, tidak dapat memisahkan risiko minor maupun mayor, sehingga prioritas intervensi tindakannya tidak melihat prioritas risiko, namun lebih kearah jenis kasus seperti kasus medis dan non medis, dan apakah kasus termasuk *near miss* atau *sentinel event*.

Alasan peneliti agar proses analisis dengan melihat frekuensi dan dampak risiko adalah agar lebih mudah untuk melakukan pengelolaan risiko, dan dapat lebih efisien dan efektif dalam tahap selanjutnya yaitu tahap evaluasi dan



pengelolaan risiko. Dengan cara mengukur risiko secara kualitatif dan kuantitatif maka tahap berikutnya yaitu mengevaluasi risiko lebih mudah untuk melihat risiko dengan menggolongkan kriteria-kriteria risiko dan membuat prioritas. Sehingga dalam pengelolaan risiko akan melihat dari prioritas, intervensi dilakukan terlebih dahulu pada risiko-risiko yang mendapat prioritas yaitu risiko-risiko yang tergolong berat lalu kemudian yang sedang sampai yang risiko rendah, maka *action plannya* tentu sesuai dengan urutan prioritasnya. Analisis dapat dilakukan sesuai dengan kriteria tersebut, bila tingkatan kasusnya ringan maka tahap analisis bisa dilakukan pada level unit/departemen, dan bila kriteria risikonya tergolong kasus sedang sampai berat maka analisis lebih detail dilakukan pada level organisasi yang lebih tinggi, yaitu mulai dari QA, manajer risiko sampai melibatkan pimpinan.

### c. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko adalah membandingkan derajat risiko yang ditemukan dalam proses analisis dengan kriteria risiko yang telah dibuat sebelumnya, kemudian risiko dibuat ranking untuk menjadi prioritas risiko (AS/NZS, 1999). Hasil evaluasi risiko adalah daftar risiko untuk ditindak lanjuti, jika risiko tidak dapat turun ke kategori risiko rendah atau risiko yang dapat diterima, maka pengelolaan risiko harus dikelola dengan menggunakan satu atau lebih pilihan seperti yang dibahas dalam pengelolaan risiko.

Berdasarkan penelitian, rumah sakit Siloam telah melakukan evaluasi risiko dengan membandingkan derajat risiko dengan kriteria risiko yang dinyatakan dalam bentuk apakah risiko berkaitan dengan masalah medis atau non

medis, apakah risiko tersebut termasuk *near miss event* atau *sentinel event*, dan apakah kejadian tersebut harus segera diatasi atau tidak dan siapa atau bagian apa yang melakukan perbaikan atau *correction plan*. Dengan cara tersebut peneliti tidak melihat adanya *ranking*, karena dari awal proses analisis tidak dilakukan *risk grading* dan tidak melakukan pengelompokan risiko sesuai dengan kriteria risiko yang telah dibuat sebelumnya.

Menurut peneliti evaluasi yang dilakukan oleh rumah sakit belum cukup spesifik sehingga akan sulit untuk membuat prioritas pengelolaan risiko lebih spesifik sesuai dengan kriteria dan *ranking*. Dengan adanya evaluasi juga kita dapat membuat pilihan pengelolaan sesuai dengan derajat risiko tersebut, apabila risiko termasuk dalam kategori rendah maka pilihan pengelolaan dapat di limpahkan ke tingkat unit saja, dan apabila kategori risiko sedang dan berat maka pengelolaan dilimpahkan ke tingkat lebih atas.

#### d. Pengelolaan Risiko

Menurut *Standards Australia (AS/NZS, 1999)*, pengelolaan risiko adalah mengidentifikasi pilihan pengelolaan risiko (*Identifying options for risk treatment*), menilai pilihan pengelolaan risiko (*Assesing risk treatment options*), merencanakan pengelolaan risiko (*preparing treatment plans*) dan mengimplementasikannya (*Implementing treatment plans*).

Mengidentifikasi pilihan untuk pengelolaan risiko seperti menghindari dengan memutuskan untuk tidak memproses kegiatan risiko, mengurangi terjadinya frekuensi kejadian, mengurangi dampak, pengalihan risiko, dan menahan risiko.

Rencana pengelolaan implementasi contohnya memperbaiki alat yang rusak, memberikan pendidikan pada staf medik, dsb. Menurut Rowland H, (1992), pengelolaan risiko akan mengikuti analisis risiko termasuk pemilihan metode yang dipakai dalam manajemen risiko. Bila memungkinkan paparan risiko perlu dieliminasi. Contohnya memperbaiki alat yang rusak, memberikan pendidikan staf medis yang belum mendapatkan edukasi tentang prosedur alat. Bila risiko tidak dapat dieliminasi, maka perlu dicari teknik lain untuk menurunkan risiko kerugian.

Rumah sakit Siloam sudah menjalankan risiko secara formal dan pengelolaan risiko yang digunakan lebih sesuai dengan pengelolaan menurut Rowland H yaitu pengelolaannya akan mengikuti analisis risiko termasuk pemilihan metode yang dipakai dalam manajemen risiko. Jadi analisis dilakukan *root cause analysis*, maka pada pengelolaan dilakukan *contingency plan* dan *corrective action*. Peneliti tidak melihat pengelolaan di rumah sakit Siloam secara lebih detail, karena memang dari awal proses manajemen risiko tidak terstruktur secara sistematis sesuai dengan teori yang peneliti ketahui. Namun demikian masih nampak tersirat bahwa upaya pengelolaan risiko di Siloam terlihat dari upaya pembentukan tim *contingency plan* dimana upaya ini tergolong *Risk Residual* atau *retention* yaitu risiko diterima dan ditangani oleh rumah sakit, adanya tim ini adalah suatu upaya untuk mencegah adanya kejadian yang beresiko yang dapat merugikan pasien. Atau terungkap dari wawancara bahwa ada upaya perbaikan-perbaikan standard, mengadakan pelatihan (*training*) hal ini termasuk *risk control* yaitu tepatnya adalah *risk reduction/Mitigation*, peneliti tidak melihat adanya

transfer risiko, peneliti tidak menemukan data atau pernyataan secara eksplisit mengenai hal ini.

e. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi & Konsultasi adalah bagian penting dari setiap tahap proses manajemen risiko (AS/NZS, 1999). Membangun rencana komunikasi baik untuk stakeholder pada tahap awal atau tahap lanjut proses sangatlah penting. Efektifitas komunikasi adalah penting untuk memastikan tanggung jawab untuk implementasi manajemen risiko.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa rumah sakit Siloam melakukan komunikasi dan konsultasi secara rutin baik di tingkat organisasi maupun departemen/unit, tim RMO (*risk management officer*). Dari hasil wawancara terungkap bahwa komunikasi dilakukan baik di tingkat departemen maupun di tingkat organisasi, secara eksplisit informan mengungkapkan bahwa komunikasi baik antar individu maupun secara organisasi berjalan dengan baik, namun komunikasi yang disampaikan hanya tahap komunikasi pada pertemuan rutin ketika ada kasus atau membahas adanya *incident report* saja, tidak melakukan komunikasi setiap tahap proses pelaksanaan program ini, misalnya pada tahap pengelolaan, perencanaan/*action plan*, bagaimana pada tahap ini, bagaimana rencana strategi yang akan dilakukan, bagaimana ini harus dikomunikasikan dengan berbagai pihak agar strategi ini dapat diterima dan dapat dilakukan, dan komunikasi *outcome* yang harus dicapai terutama oleh pihak pelaksana yang menjadi target atau sasaran perbaikan.

f. *Monitor dan Review*

Menurut *standards* Australia (AS/NZS, 1999), efektifitas rencana pengelolaan risiko dan strategi perlu di *monitoring*. Efektifitas pengawasan untuk memastikan bahwa perubahan yang dilakukan tidak mengganggu prioritas. *Review* (kajian) penting dilakukan untuk memastikan bahwa rencana manajemen masih relevan.

Dari hasil penelitian *monitoring* yang dilakukan setiap saat, dan dilakukan oleh semua pihak untuk melihat apakah program manajemen risiko dapat berjalan sesuai dengan kebijakan, terutama yang berkaitan dengan catatan laporan kejadian, dan monitor terhadap *action plan*. Tapi pada tahap *monitoring* ini tidak terungkap pada tahap rencana pengelolaan risiko dan perubahan yang dilakukan apakah masih relevan atau tidak dengan rencana manajemen.

Dari keseluruhan pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit Siloam peneliti dapat ilustrasikan dalam beberapa tahap berikut:

- Melakukan identifikasi pada formulir pelaporan insiden yaitu *incident report* medis dan umum. Pelaporan ini dilakukan di setiap departemen/unit pelayanan, dokter ataupun perawat melaporkan setiap kejadian yang ia lihat maupun yang ia lakukan kesalahan. Hal ini juga dapat dilakukan oleh RMO
- Melakukan analisis sekaligus mengevaluasi kejadian dengan mencari akar masalah atau *root cause analysis* dengan metode *fish bone*, sampai melakukan *action plan*, ini dilakukan di unit/departemen. Penilaian risiko berdasar apakah *near miss* atau

*sentinel event*. Pada level inipun dilakukan *action plan*, dan dilakukan *monitoring* terhadap *action plan* tersebut.

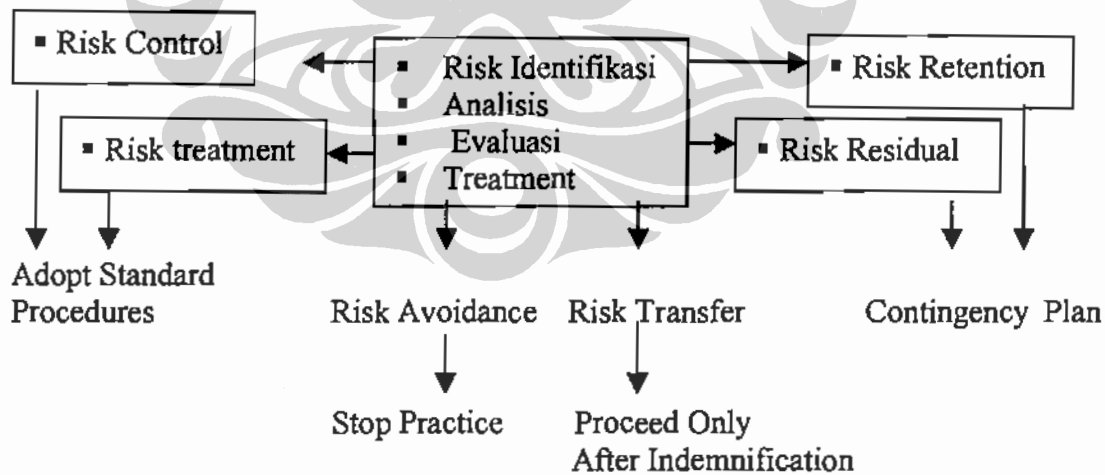
- Kemudian melaporkan kegiatan tersebut kepada QS.
- QS melakukan analisis dan evaluasi lebih detail dan membicarakan/melaporkan pada kegiatan bulanan dengan melibatkan beberapa pihak dalam pertemuan KPRS.
- Perlakuan risiko dengan cara *corrective action* setelah diketahui akar masalahnya dengan metode *fish bone*.
- Pengelolaan risiko melalui *corrective plan*, *contingency plan*.
- Melakukan komunikasi dengan berbagai pihak misalnya: CEO, Direktur medis, Divisi lain, komite medik, dan dengan RMO.
- *Monitoring* dilakukan setiap bulan

Pelaksanaan manajemen risiko menurut peneliti yang berdasar pada standard Australia (AS/NZS, 1999) dapat diilustrasikan dalam tahap berikut:

- Melakukan identifikasi pada formulir pelaporan *incident*, *accident*, dan pelaporan komplain yang masuk, sebagai contoh dapat melakukan identifikasi yang dinilai dengan identifikasi "apa yang terjadi?", "Bagaimana dan mengapa hal itu terjadi?". Dari hasil pelaporan sebelumnya atau dari pemeriksaan daftar keadaan potensial risiko yang telah disusun.
- Melakukan penyusunan derajat risiko, dapat dengan cara membuat tabel/matriks berdasarkan derajat kejadian dari risiko tinggi sampai dengan rendah dan diberi bobot. (Lihat contoh matriks derajat beratnya insiden tabel 10, dan tabel7)

- Melakukan analisis risiko dengan cara memisahkan risiko minor dan risiko mayor untuk menyediakan data yang akan digunakan dalam proses evaluasi.
- Mengevaluasi risiko dengan cara membandingkan derajat risiko yang ditemukan dalam proses analisis dengan adanya kriteria risiko yang telah dibuat sebelumnya, hasil evaluasi risiko adalah daftar risiko untuk ditindak lanjuti atau dilakaukan *action plan*.
- Perlakuan risiko dengan cara
  - Kontrol (*risk Control*): *Risk avoid/prevention, Risk reduction*
  - Risk Financing : Risk Transfer, Risk Acceptance/retention*

Gambar 16 Bagan Penilaian Risiko (*Risk Assesment* )



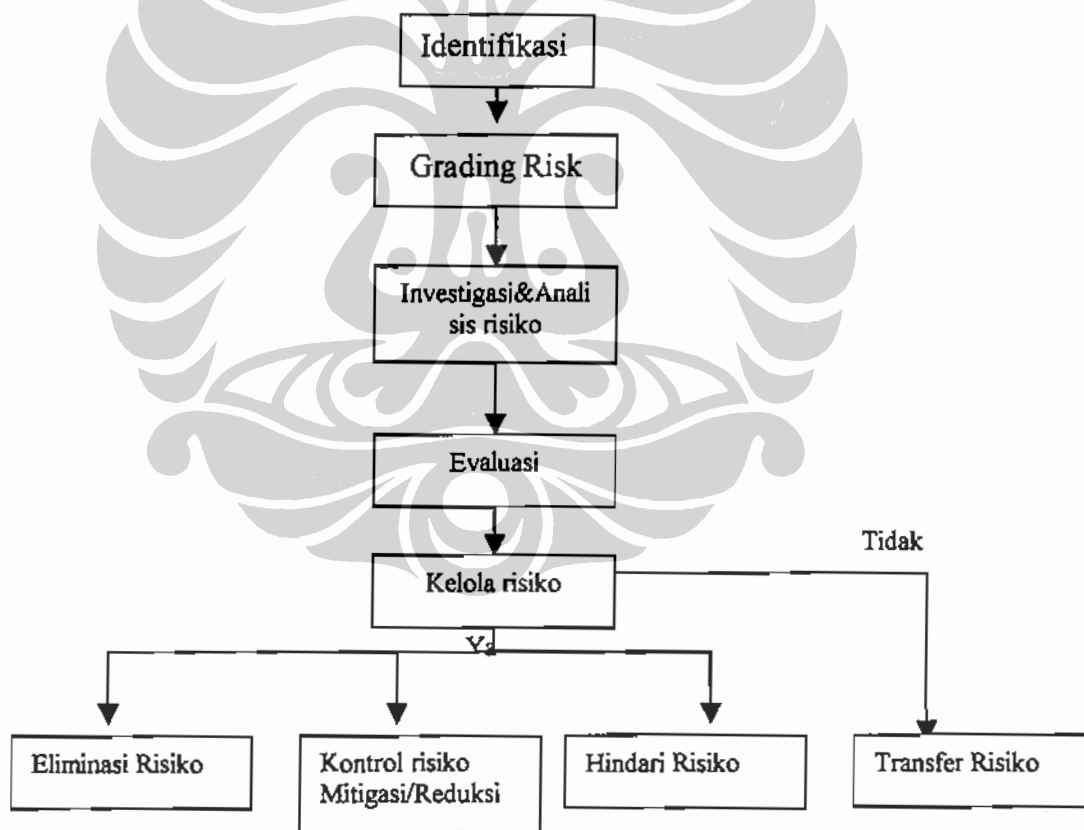
Sumber: Standard Australia (AS/NZS, 1999)

- Membangun rencana komunikasi pada setiap tahap proses manajemen risiko. Melakukan komunikasi baik dengan berbagai pihak dilingkungan rumah sakit.

Komunikasi ditujukan pada isu yang berhubungan dengan risiko dan proses pengelolaannya.

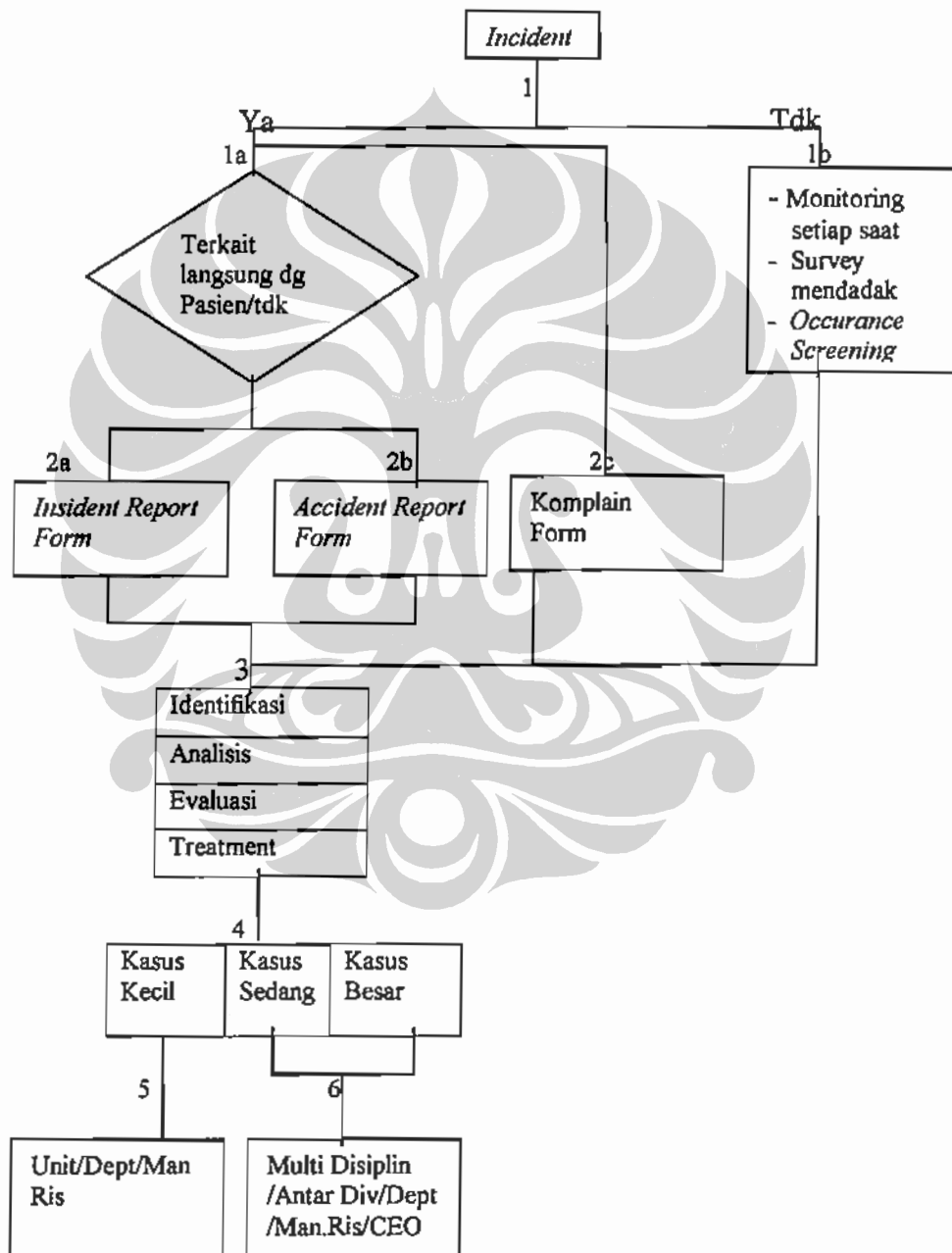
- Melakukan *monitoring* setiap tahap pelaksanaan manajemen risiko, dan melakukan *review* terhadap baik rencana strategi, hasil pengelolaan, program kegiatan, indikator *outcome*

Gambar 17 Hirarki Identifikasi, investigasi sampai Kelola Risiko





Gambar 18 Alur Proses Pelaporan *Incident*

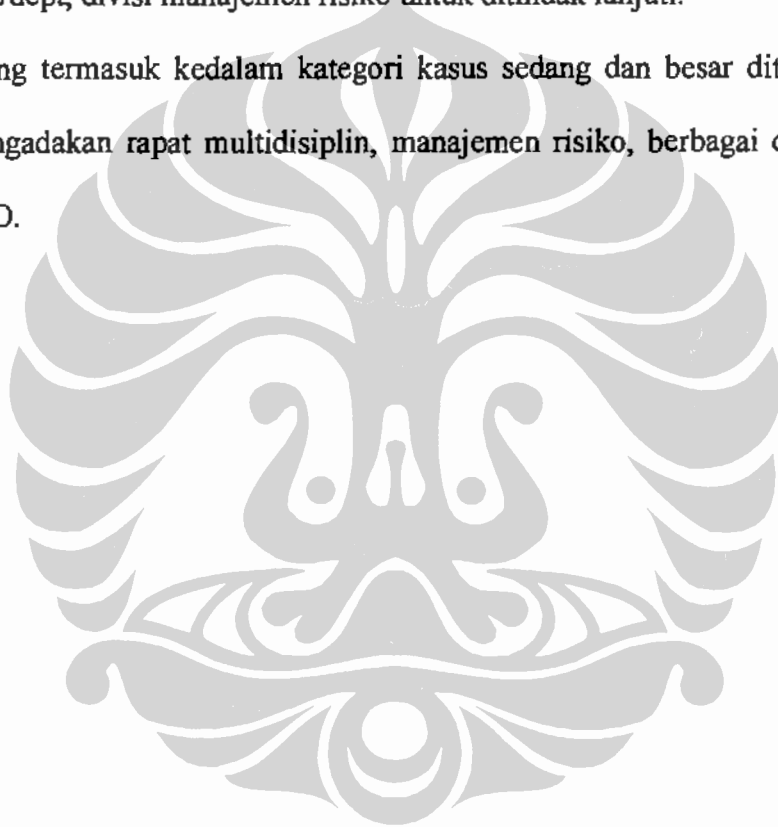


Sumber : Dewita Restati (2005),modifikasi (Ruli Nurul,2007)

Uraian alur bagan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1). Apakah ada *incident* ?
  - 1a) Bila ya/ada, kejadian maka dibuatkan catatannya.
  - 1b) Bila tidak, divisi manajemen risiko melakukan monitoring atau inspeksi mendadak terhadap operasional rumah sakit.
- 2) Dilihat apakah kejadian terkait dengan pasien atau tidak
  - 2a) Bila Ya, maka formulir *incident* diisi
  - 2b) Bila tidak, maka formulir *accident* diisi
  - 2c) Bila laporan kejadian berasal dari laporan pasien, maka formulir *komplain* diisi
- 3) Selanjutnya oleh divisi manajemen risiko, laporan kejadian tersebut diproses:
  - Identifikasi pada formulir *incident*, *accident* dan *komplain* yang masuk, dimulai dengan identifikasi "apa yang dapat terjadi?", "bagaimana dan mengapa hal itu terjadi?", berdasarkan hasil pelaporan sebelumnya;
  - Penyusunan derajat risiko, dengan cara membuat tabel/matriks berdasarkan derajat kejadian dari risiko tinggi atau rendah dan diberi bobot;
  - Analisis risiko, dengan memisahkan risiko kategori mayor dan minor sebagai data yang akan dievaluasi;
  - Evaluasi risiko, dengan cara membandingkan derajat risiko yang ditemukan dalam proses analisis dengan adanya kriteria risiko yang telah dibuat sebelumnya; hasil evaluasi risiko adalah daftar prioritas risiko.

- Perlakukan risiko dengan cara merekomendasikan hal-hal apa berpotensi tinggi atau apa-apa yang berpotensi rendah.
- 4) Dari kejadian-kejadian yang ada, divisi manajemen risiko melakukan investigasi
- 5) Pada kategori kasus kecil ditindaklanjuti dengan mengadakan rapat bagian internal unit/dept, divisi manajemen risiko untuk ditindak lanjuti.
- 6) Yang termasuk kedalam kategori kasus sedang dan besar ditindak lanjuti dengan mengadakan rapat multidisiplin, manajemen risiko, berbagai divisi, komite medik, CEO.



## BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

1. Pimpinan rumah sakit, manajer risiko, maupun staf di UGD, yaitu dokter jaga dan perawat telah memiliki komitmen yang kuat untuk melaksanakan program manajemen risiko, yaitu peran aktif semua komponen organisasi dalam pelaksanaan program manajemen risiko.
2. Kebijakan yang diterapkan oleh pimpinan rumah sakit telah terdokumentasi dengan baik dan adanya sosialisasi yang baik pula kepada seluruh anggota organisasi, dan mendukung upaya dalam pelaksanaan program manajemen risiko. Hal ini terlihat dalam pengorganisasian yang jelas, terstruktur dan formal, pendelegasian wewenang, tenaga khusus yang dididik dan dilatih manajemen risiko, alokasi dana yang cukup memadai untuk pelaksanaan manajemen risiko, serta adanya pelatihan-pelatihan yang menyangkut manajemen risiko khususnya *patient safety*.
3. Pelaksanaan program manajemen risiko klinis di rumah sakit Siloam sebenarnya sudah dilaksanakan dengan baik, namun menurut peneliti masih ada yang kurang, khususnya proses manajemen risiko itu sendiri, seperti identifikasi yang hanya melakukan secara reaktif belum proaktif, analisis risiko tidak menggabungkan perhitungan frekuensi dan dampak, tahap evaluasi tidak melihat adanya pembagian prioritas risiko.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi rumah sakit yang diteliti**

- a. Agar komitmen kuat yang dimiliki oleh semua anggota organisasi dapat dipertahankan.
- b. Melakukan pendekatan-pendekatan interpersonal dengan para dokter spesialis untuk dapat menyamakan persepsi, visi dan misi rumah sakit menyangkut program manajemen risiko.
- c. Setiap tahap proses manajemen risiko dan pelaporan terdokumentasi dengan baik
- d. Pada proses manajemen risiko khususnya pada tahap identifikasi agar dilakukan juga identifikasi secara proaktif, pada tahapan analisis dilakukan juga penilaian frekuensi dan dampak secara kualitatif dan kuantitatif agar pada tahap evaluasi serta pengelolaan dapat lebih mudah untuk menetapkan prioritas pengelolaan risiko.

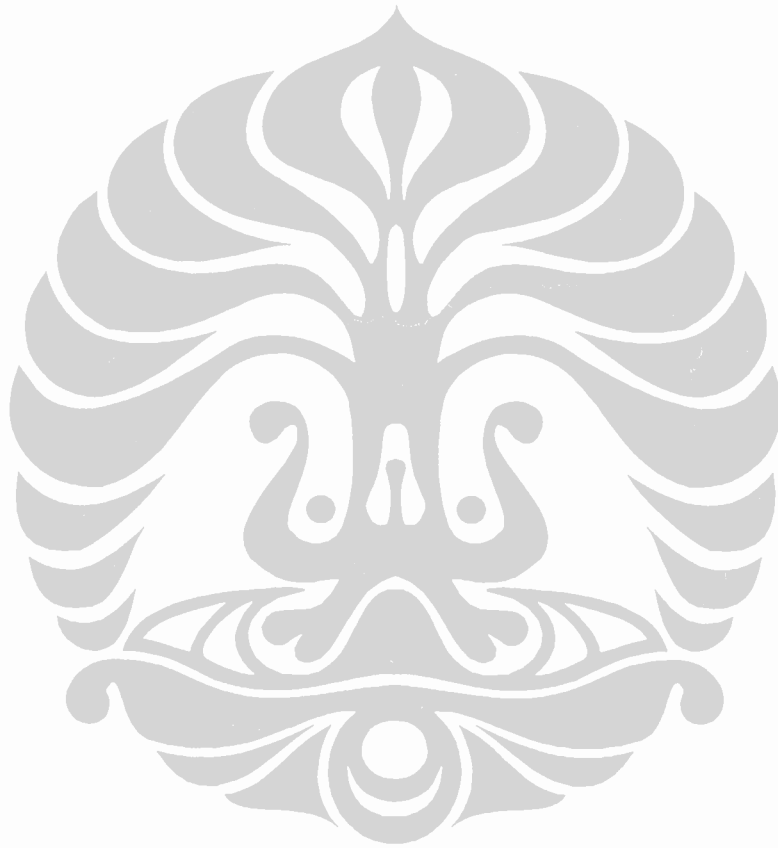
### **2. Bagi Program Studi Kajian Rumah Sakit FKM Universitas Indonesia**

- a. Manajemen risiko sangat penting, terbukti dari berbagai penelitian bahwa dengan adanya program ini risiko kesalahan dapat ditekan. Untuk itu perlu kiranya sebuah lembaga pendidikan menambah atau meningkatkan kurikulum tentang manajemen risiko.

### **3. Bagi Peneliti lain**

- a. Melakukan penelitian lebih lanjut terhadap efektifitas program manajemen risiko dengan melihat indikator seperti *Complaint* pasien, *medical error* dsb.

- b. Melakukan penelitian kebutuhan seorang manajer risiko di rumah sakit dengan melihat beberapa aspek sebagaimana terlihat dari tabel 4.



## DAFTAR PUSTAKA

Aditama, Yoga.Tjandra, 2003

*Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit*, edisi Kedua, Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

Adib A, Yahya, 2006

Gambaran Umum Manajemen Risiko di Rumah Sakit, IMRK (Institut Manajemen Risiko Klinis), Jakarta

Alijoyo, A, 2005

*Enterprise Risk Management*, Edisi kedua, Jakarta: Ray Indonesia.

Alijoyo, A, 2002

*Risk Management Role in Corporate Governance*, Bandung: Panel Discussion on Corporate Governance, Des 23 th.

Bramantyo, Djohanputro, 2006

*Manajemen Risiko Korporat Terintegrasi*. Jakarta: Penerbit PPM.

Bungin, B, 2006.

*Analisis Data Penelitian Kualitatif*, Jakarta: penerbit PT Rajagrafindo Persada.

Barbara J,Youngberg, 1990

*Essential Of Hospital Risk Management*. Illinois: University Hospital Consortium, Inc.

Bernard L,Brown Jr, 1979

*Risk Management For Hospital*,Aspen System Corporation. Germantown, Maryland,1979.

Darmawi H, 2002

*Manajemen Risiko*. Jakarta: Bumi Aksara.

Daud, Arjati, 2005

*Pengetahuan, Persepsi dan Pelaksanaan Manajemen Risiko klinis di Lima Rumah Sakit DKI Jakarta dan Banten*, Tesis. PS KARS UI, Jakarta

Emmert J, Vaughan & Theresa M, Vaughan,2003

*Fundamental of Risk And Insurance*. New york : John Wiley & Sons,Inc.

- Fandy, Tjiptono, 1997  
*Prinsip-prinsip Total Quality Service*, Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta.
- Jacobalis, S, 2003  
*Journey Into a Better Profit*, seminar Hospital Financial Risk Management.  
Jakarta : PERSI.
- James S Trieschman, Sandra G, Robert E, 2001  
*Risk Management & Insurance*. Cincinnati Ohio : South-Western College Publishing.
- Kuntjoro, T, 2000  
*Pembahasan Aspek Manajemen Terhadap Terjadinya Kesalahan di Rumah Sakit dalam Seminar Nasional Antisipasi Error di Rumah Sakit*. Jogjakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM.
- Laksono, Trisnantoro, 2004  
*Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*.  
Jogjakarta : Gajah Mada University Press.
- Lincoln, Yovana S; Guba, Egon, 1984  
*Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications, Beverly Hills.
- Mant, J, Gatherer, A, 1994  
*Managing Clinical Risk*, <http://www.bmj.bmjjournal.com>
- Miles Matthew B; Huberman Michael M, 1984  
*Qualitative Data Analysis*, London : Sage Publication, Beverly Hills.
- Muninjaya, Gde, AA, 1999  
*Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Buku Kedokteran
- Pratiknya, WA, 1986  
*Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran & Kesehatan*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Pohan, S, Imbalo, 2003  
*Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Bekasi : Kesaint Blane
- Purnawan, Junadi, 1995  
*Pengantar Analisis Data*. Jakarta : Rineka Cipta.



- Permana, S Hanna, 2005  
*Diamond Head Drill & Kepemimpinan dalam Manajemen RS.* Yogyakarta: Penerbit Andi
- Restati, Dewita, 2005  
*Pengembangan Indikator Program Dalam Minimalisasi Kesalahan Melalui Manajemen Risiko Pada Unit Bedah Rumah Sakit Di Provinsi DKI Jakarta,* Disertasi. FKM UI, Jakarta
- Rowland H, 1992  
*Hospital Risk Management*, Volume 1. Maryland: Aspen Publications Gaithersberg.
- Ronny, Kountur, 2006  
*Manajemen Risiko.* Penerbit Abdi Tandur.
- Robbins, Stephen P, 2003  
*Perilaku Organisasi*, jilid 2. Jakarta : Indeks Kelompok Gramedia.
- Sanapiah, Faisal, 1990  
*Penelitian Kualitatif Dasar-dasar dan Aplikasi.* Malang: Penerbit Y3 .
- Sugiyono, 2005  
*Memahami Penelitian Kualitatif.* Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Wijono, Djoko, 1999  
*Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teory, Strategi dan Aplikasi*, Vol 1,
- Yusanto, Ismail, 2003  
*Manajemen Strategis Perspektif Syariah.* Jakarta : Penerbit Khairul Bayan
- \_\_\_\_\_, 2005  
The American society of Hospital Risk management (ASHRM),  
<http://www.ashrm.org>.
- \_\_\_\_\_, 1999  
*Standard on Risk Management*, Standar Australia, AS/NZS, 4360.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*A Tool for Managing Risk ion Health Care*, The Australian/New Zealand standard on risk management, AS/NZS, 4360.

- \_\_\_\_\_, 2005/2006  
*Risk Management Strategy*. Liverpool Womens Hospital NHS Trust.  
<http://www.lwh.org.uk>
- \_\_\_\_\_, 2002  
*A Risk Management Standar*. London: Publish by AIRMIC ((The Association of Insurance and Risk Manager), IRM (The Institute of Risk Management).
- \_\_\_\_\_, 2002  
*Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta : Penerbit UIP.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*Hiperkes & KK Semarang*: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*Risk Management Strategy and Policy*, Good Hope Hospital NHS Trust.
- \_\_\_\_\_, 2006  
*Enterprise Risk Management by Dental Health Services Victoria*.
- \_\_\_\_\_, 2006  
*Incorporating Strategy Risk into Enterprise Risk Management By AIMS* .
- \_\_\_\_\_, 1996  
*Mapping Your Risk Management Course In Stand-Alone Hospital*, AHA (American Hospital Association ), Chicago, Illinois.
- \_\_\_\_\_, 1996  
*Mapping Your Risk Management Course In Ambulatory Care*, AHA (American Hospital association ), Chicagi, Illinois.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*Risk Management Strategy*, East Sussex Hospital NHS Trust.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*Clinical Governance and Risk Management Committee*, Esat Sussex Hospital NHS Trust.
- \_\_\_\_\_, 2003  
*The NHS Complains Procedure*, NHS Trust. <http://www.show.scot.nhs.uk>

\_\_\_\_\_, 2003

*The EU Risk Manajemen Plan*, European Commission Enterprise Directorate-General. <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/euleg/19263206eu.pdf>

\_\_\_\_\_, 2006

*Complain Management Operational Guideling*, Maroochy Shire Council. <http://www.ombudsman.qld.gov.au/cms/index.php?option=com.content&task=view&id=50&Itemid=52#H1>

\_\_\_\_\_, 2005

*Procedure for Handling Patient's Complaints*, Holy Cross Hospital. <http://www.holycross.org.uk>

\_\_\_\_\_, 2005

*Complaint Management Policy*, Health eLink. <http://www.ccf.health.nsw.gov.au/eesd/esu>

\_\_\_\_\_, 2006

*Setting The Standards*. JCAHO. <http://www.jcaho.org/accredited+organization/patient+safety/index.htm>

\_\_\_\_\_, 2005

*Risk Management Strategy*, Eilanan Siar Western Isles (NHS), <http://www.show.scot.nhs.uk>

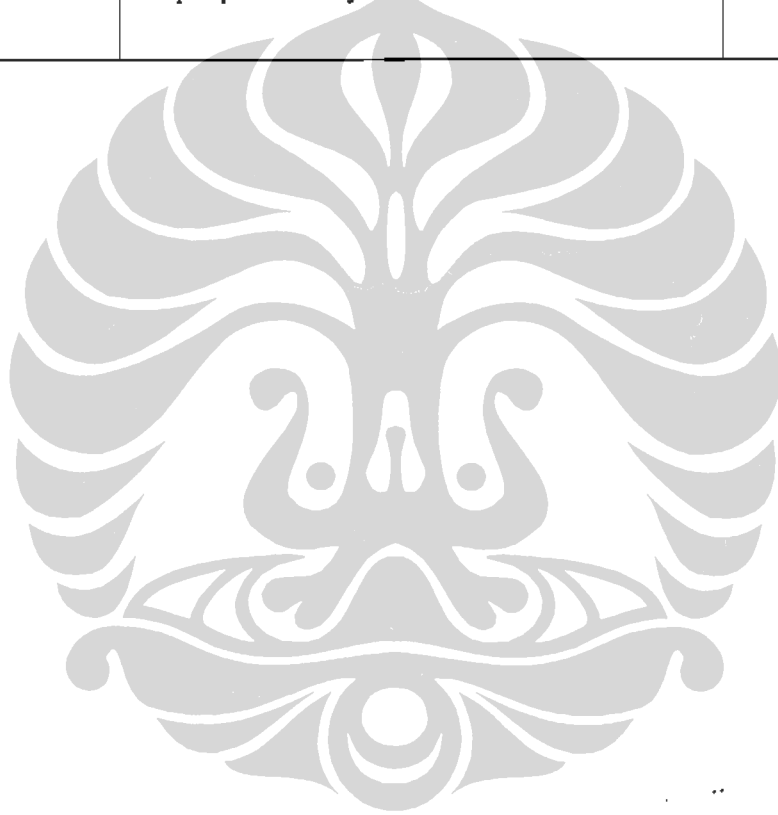
\_\_\_\_\_, *Framework for Risk Management*. Commision of Health Improvement (CHI) <http://www.haelthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/01/07/77/04010777.pdf>

\_\_\_\_\_, *Risk management*, ARCH, <http://www.archrespice.org>

Check List Pelaksanaan Program Manajemen Risiko RS Siloam

Variabel		Ada	Tdk
Komitmen	Apakah komitmen setiap anggota organisasi cukup baik, berperan aktif dalam setiap kegiatan program manajemen risiko	√	
	Apakah pimpinan sangat mendukung program manajemen risiko	√	
Kebijakan	Apakah ada kebijakan & strategi program manajemen risiko	√	
	Apakah Kebijakan dan Strategi selalu di update	√	
	Apakah pengorganisasian manajemen risiko terstruktur	√	
	Apakah terdapat uraian tugas dan wewenang secara tertulis dengan jelas	√	
	Apakah ada tenaga khusus manajemen risiko	√	
	Apakah ada alokasi dana untuk kegiatan program manajemen risiko	√	
Identifikasi	Apakah ada program pelatihan dan pendidikan bagi staf	√	
	Apakah ada sistem dan prosedur untuk mengidentifikasi risiko	√	
	Apakah identifikasi dilakukan secara formal	√	
	Apakah identifikasi dilakukan juga secara informal	√	
	Apakah terdapat batasan yang jelas tentang incident yang dapat terjadi pada pasien dan bukan pasien	√	
Analisis	Apakah ada formulir laporan incident	√	
	Apakah risiko klinis yang telah diidentifikasi dilakukan analisis	√	
	Apakah ada formulir khusus untuk analisis	√	
Evaluasi	Apakah dalam analisis dilakukan risk grading	√	
	Apakah dilakukan evaluasi terhadap risiko klinis	√	
Evaluasi	Apakah ada formulir khusus untuk evaluasi risiko	√	
	Apakah terdapat tindak lanjut untuk mengelola risiko	√	

<b>Pengelolaan</b>	Apakah terdapat alternative pilihan dalam tindakan/pengelolaan risiko	√	
<b>Komunikasi</b>	Apakah ada komunikasi dengan para stake holder pada setiap tahapan proses manajemen risiko	√	
<b>Monitor</b>	Apakah setiap saat dilakukan monitoring pada setiap tahapan proses manajemen risiko	√	
	Apakah ada formulir khusus untuk memonitor setiap tahapan proses manajemen risiko	√	



#### Pedoman wawancara dengan CEO/Diektur Medis

1. Bagaimana dukungan dan komitmen anda terhadap program manajemen risiko di rumah sakit anda?
2. Bagaimana sosialisasi tentang kebijakan program ini, dan siapa yang melakukan tugas tersebut?
3. Bagaimana kebijakan mengenai program manajemen risiko?

#### Apakah sudah di buat kebijakan menyangkut pelaksanaan manajemen risiko?

- Apa sudah ada tenaga ahli
  - Bagaimana struktur organisasi
  - Siapa yang bertanggung jawab/diberi wewenang manajemen risiko
  - Bagaimana reneana strategis
  - Bagaimana alokasi dana untuk pelaksanaan program manajemen risiko?
4. Apa kendala dan dampak melaksanakan manajemen risiko?
  5. Bagaimana monitoring dan review manajemen risiko?
  6. Bagaimana pelaporan pelaksanaan manajemen risiko?

#### Pedoman wawaneara dengan komite medik/manajer senior

1. Bagaimana komitmen saudara terhadap pelaksanaan program manajemen risiko di RS anda?
2. Bagaimana keterlibatan komite mutu dalam pelaksanaan manajemen risiko?
3. Bagaimana komunikasi dan konsultasi berjalan?
4. Bagaimana keterlibatan SMF dalam mengelola risiko?
5. Bagaimana menurut anda kebijakan yang ada sekarang yang berkaitan dengan program man.risk?
6. Bagaimana menurut saudara komitmen dan dukungan para pimpinan RS?
7. Bagaimana menurut anda program ini?.apakah bermanfaat?
8. Bagaimana menurut saudara, apakah seluruh dokter sadar akan risiko?.dan setiap saat melaporkan kejadian?.
9. Apakah setiap pertemuan dalam audit medis juga melibatkan manajer risiko?

#### Pedoman wawancara dengan manajer risiko

1. Apa saja tugas dan wewenang saudara?
2. Bagaimana rencana kegiatan/program kerja manajemen risiko?
3. Bagaimana dampak atau kendala pelaksanaan manajemen risiko?
4. Bagaimana cara mengidentifikasi risiko? (formal?, proaktif atau reaktif?)
5. Bagaimana cara menganalisa ?(alat apa yang digunakan: Risk Grading?,RCA?)
6. Bagaimana cara mengevaluasi ?( Risk Grading?)
7. Bagaimana cara pengelolaan risiko?( Control?,Transfer risiko?,eliminasi risiko)
8. Bagaimana cara komunikasi dan konsultasi ?
9. Bagaimana cara pelaporan ? (apakah pelaporan rutin dan berkala)
10. Bagaimana pelatihan dan pendidikan karyawan tentang manajemen risiko/pengelolaan risiko?
11. Sejauh mana keterlibatan para dokter,karyawan dalam mengelola risiko/identifikasi risiko?

12. Apakah ada pertemuan rutin dengan stakeholder?.
13. Bagaimana alur proses pelaporan mulai dari incident report sampai ke direktur?
14. Bagaimana sejauh ini laporan insiden dilaporkan kepada manajer risiko?, siapa saja atau unit mana saja yang rutin melaoparkan kejadian?
15. Apakah kebijakan selalu di evaluasi dan di up-date setiap ?
16. Bagaimana menurut anda komitmen dan dukungan para pimpinan rumah sakit terhadap program ini?
17. Bagaimana menurut anda, apakah program ini bermanfaat dalam meminimalisir risiko?.

Pedoinan wawancara dengan SMF/karyawan

1. Apakah anda pernah mendengar tentang program manajemen risiko?, dari mana anda mendengar hal ini?
2. Bagaimana keterlibatan anda dalam program manajemen risiko?
3. Bagaimana anda mengidentifikasi dan melaporkan adanya kejadian yang berpotensi merugikan?
4. Kemana anda melaporkan bila ada kejadian (*incident report*)?
5. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan dalam mengidentifikasi risiko kejadian ?.

---

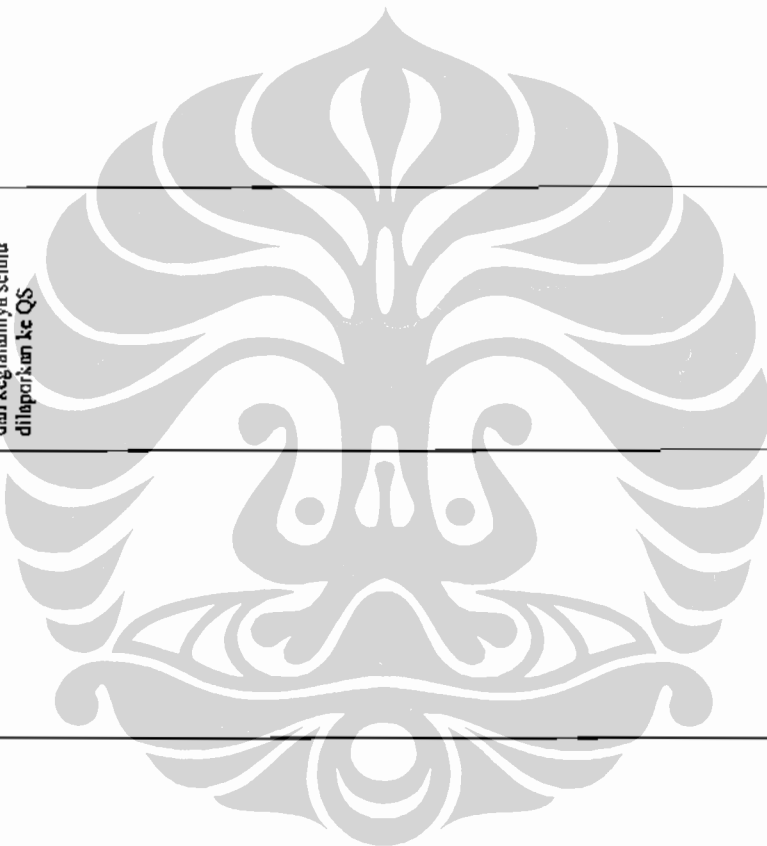
Sumber : Penelitian Aryadi Daud (2005), Modifikasi (Ruli Nurul ,2007)

Matriks Wawancara  
Informan 1 s/d 7

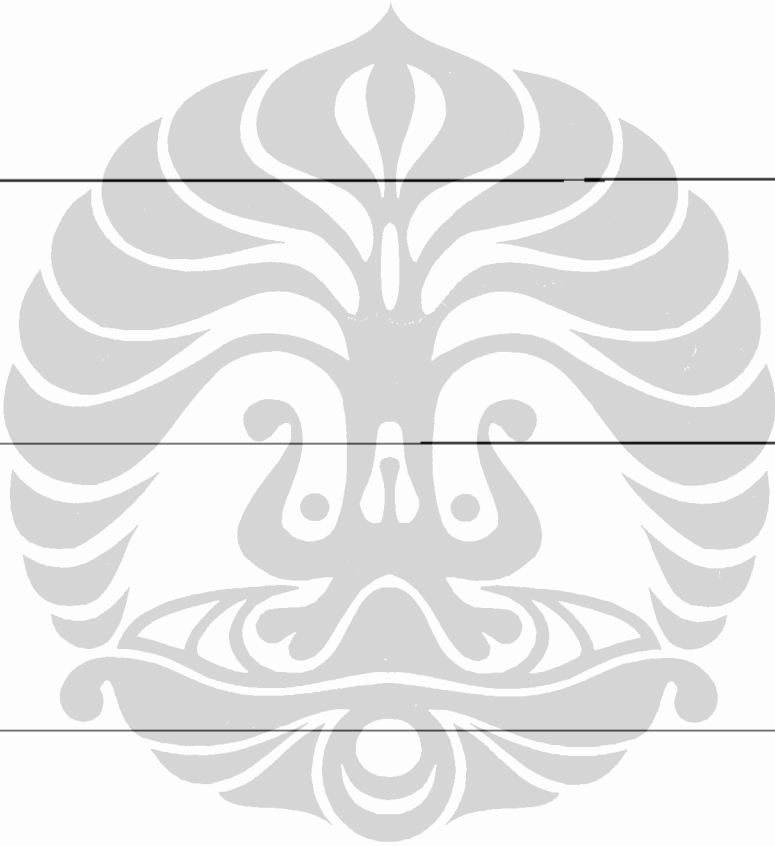
Pertanyaan	Informan						
	1	2	3	4	5	6	7
<p>Sebagaimana dengan visi RS Siloam, yaitu menjadi sarana penyembuhan yang dipilih oleh pelanggan karena mutu pelayanan yang dilaksanakan dalam semangat cinta kasih serta berimankan kepada tuhan, serta motto kami yaitu <i>We Care</i> kepangkatan dari <i>customer service, aim for continuous improvement, responsive and competent staff, effective and cost oriented care</i>. Minka kami tentunya sangat mendukung sekali program manajemen risiko di Siloam karena dengan melakukan program manajemen risiko yang baik dapat mencapai visi tersebut</p> <p>Program manajemen risiko sangat penting dalam menjamin mutu sebuah rumah sakit, tidak mungkin rumah sakit bisa menjaga <i>quality</i> tanpa menjalankan manajemen risiko</p>	<p>Adapun pengelolaan risiko dimaksudkan semua untuk kepentingan patient</p> <p>Semua dokter sadar akan risiko</p> <p>Manajemen risiko meningkatkan <i>awareness</i> dan kewaspadaan terhadap risiko</p> <p>Komite medik atau dewan penasehat medis dan semua panitiannya terlibat langsung dalam pelaksanaan audit medis yang dilakukan rutin setiap bulan, yang tentunya dibicarakan mengenai risiko</p> <p>Komite medik /DPM melakukan rapat setiap bulan sekali setiap hari jumat, sedangkan panitia melakukan rapat sesuai dengan kebutuhan mereka</p> <p>Pimpinan selalu mendorong para dokter untuk komit terhadap program manajemen risiko, artinya setiap aktifitas yang berpotensi</p>	<p>Saya sebagai anggota <i>quality and safety</i> dan setiap bulan dan juga pada kegiatan audit medis saya terlibat didalamnya</p> <p>Kita membahas <i>incident report</i> setiap bulan bersama-sama dengan manajer risiko, khususnya mengenai hal-hal medis</p> <p>Di kin punya yang disebut RMO yaitu <i>risk management officer</i> dan setiap saat mereka melaporkan kepada saya</p>	<p>Staf senantiasa melaporkan atau mencatat <i>incident report</i></p> <p>Semua rutin mengisi <i>incident report form</i></p> <p>Kita terbiasa mencatat <i>incident report</i>, ini meningkatkan kewaspadaan dan <i>awareness</i></p> <p>Semua dokter juga dirawat selalu mengingatkan kembali kepada dokter-dokter yang tidak mengisi <i>medical record</i> yang tidak lengkap</p>	<p>Kita selalu mencatat kejadian-kejadian pada <i>incident report form</i></p> <p>Semua dokter dan perawat melaporkan, semua terbuka salahkan</p> <p>Kita selalu mencatat kejadian-kejadian pada <i>incident report form</i></p> <p><i>Incident report form</i> selalu tersedia di setiap departemen. Ada dua macam yaitu medis dan umum</p> <p>Semua dokter dan perawat selalu mengisi <i>incident report</i> tersebut dan sekaligus mencari penyebab masalah</p> <p>Semua dokter dan perawat melaporkan, semua terbuka tidak ada rasa takut di salahkan</p>	<p>Kita ada <i>incident report</i> ada yang medis dan umum, dan kita selalu mengisi <i>form</i> itu</p> <p><i>Incident report</i> dibicarakan, lalu kita teruskan ke QS</p>	<p>Saya selalu mengisi <i>incident report</i> bila ada kejadian, dan tidak takut untuk disalahkan</p> <p>Setiap hari kita ada pertemuan antara perawat sebelum kerja, dan membahas <i>incident report</i></p>	
Komitmen							



<p>Kebijakan: -Kebijakan &amp; strategi -Pengorganisasian -Tenaga Khusus -Alokasi dana</p>	<p>CEO terlibat langsung di dalam kegiatan pertemuan rutin setiap bulan sekali</p> <p>Semua pihak terlibat langsung dalam program ini, terutama dalam pertemuan audit medis. Setiap dokter dan perawat melaporkan <i>insident</i></p> <p>Setiap bulan ada sekitar 20-30 laporan <i>insident report</i></p>	<p>memimbulkan kejadian-atau membuat kesalahan, mereka harus mencatat atau melaporkan, tapi memang tidak semua dokter mau melakukan itu terutama dokter spesialis senior pula. Maka jika demikian orang lain yang melaporkan kejadian tersebut. Misalnya perawat selalu mencatat kasus-kasus yang sekiranya ada masalah contohnya jika ada pasien operasi apendisitis yang dirawat sampai lebih dari empat hari, itu kan ada risiko, maka mereka harus melaporkan</p> <p>Komitmen pimpinan terhadap manajemen risiko adalah, bagaimana jangan sampai terjadi adanya komplain apalagi sampai klaim</p> <p>Kebijakan sudah cukup baik, namun aplikasinya yang harus di tingkatkan</p>	<p>Program manajemen risiko dikita di tangani di dept <i>Quality and Safety</i> yang bertanggung jawab langsung ke CEO</p>	<p>Kita di departemen punya disebut dengan RMO, dan kegiatannya selalu diintegrasikan dengan QS, tugas RMO ini mencatat kejadian</p> <p>QS memberi rekomendasi dan solusi, keputusan ada di CEO</p> <p>Ada pelatihan untuk dokter dan perawat terutama yang menyangkut dengan manajemen risiko</p>	<p>Saya pernah ikut pelatihan mengenai <i>patient safety</i></p> <p>Kita setelah membahas <i>insident report</i> kita teruskan ke QS</p>	<p>Saya pernah pelatihan untuk menganalisa risiko</p>
--	--	---	--	--	--	---

	<p>manajemen risiko, kita memiliki tujuh divisi yang langsung bertanggung jawab ke CEO, sedang program manajemen risiko sendiri berada di <i>Quality and Safety</i> yang dalam pengelolaannya kami mempunyai manajer atau kepala dan bertanggung jawab langsung kepada CEO</p> <p>Semua karyawan di rumah sakit berkewajiban untuk saling berbagi mengenai program manajemen risiko di bagian masing-masing, namun demikian tentunya kami mempunyai seorang kepala departemen <i>Quality and Safety</i> yang bertanggung jawab untuk berkoordinasi untuk seluruh kegiatan ini</p> <p>KPRS menerima semua laporan kejadian baik yang medik maupun yang non medik, kejadian yang nonmedik misalnya salah memberi menu makanan, kalau yang medik misalnya pasien jatuh, atau salah memberikan obat</p> <p>Kita mempunyai tenaga khusus untuk program ini, yang memang telah</p>			<p>hususnya <i>patient safety</i></p> <p>Kita di departemen punya yang disebut dengan RMO dan kegiatannya selalu dilaporkan ke QS</p>			
--	--	--	---	---	--	--	--

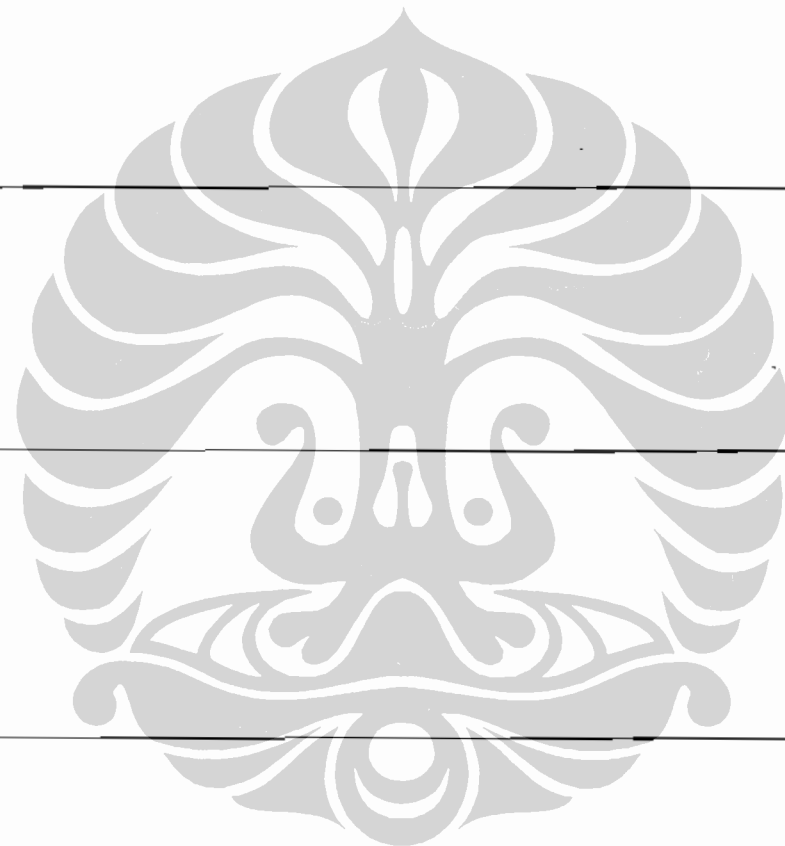
	<p>dilatih untuk mengelola risiko</p> <p>Pelaksanaan program manajemen risiko membutuhkan biaya yang cukup besar, tanpa biaya maka program ini mustahil berjalan dengan baik, terutama yang berkaitan dengan pelatihan para pelaksana di lapangan dalam hal ini para dokter dan staf, ada dana khusus untuk program manajemen risiko, diantaranya mengadakan pelatihan</p> <p>Untuk meningkatkan mutu tentu membutuhkan dana yang cukup besar, terutama dana kita alokasikan untuk <i>training</i>, terutama untuk karyawan baru kita harus melakukan <i>training</i> orientasi, dan dilaksanakan selama dua minggu baru boleh menangani pasien, perawat tiga bulan baru boleh kontak dengan pasien</p> <p>Kondisi rumah sakit senantiasa berubah mengikuti perkembangan dan perubahan lingkungan, maka rumah sakit harus senantiasa melakukan perubahan-perubahan</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--



<p>Identifikasi</p>	<p>yang bertujuan untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada, begitu juga dengan perubahan kebijakan program manajemen risiko yang harus disesuaikan dengan tujuan strategi rumah sakit. Kebijakan selalu di <i>update</i>, karena kondisi rumah sakit selalu berubah</p> <p>Program-program manajemen risiko teraturam yang menyangkut dengan <i>patient safety</i>, kita punya enam <i>goal</i> yang harus dicapai</p> <p><i>Incident report</i> yaitu suatu kegiatan yang tidak diharapkan, semua kejadian baik</p> <p>medis maupun non medis, disediakan <i>form incident report</i></p>	<p>Kita mempunyai <i>form incident report</i> dan kita membahas setiap bulan</p>	<p>Kita punya <i>form incident</i>, khususnya menyangkut hal-hal medis</p>	<p>Identifikasi ada yang formal dan nonformal, yang formal itu dengan</p>	<p>Semua kejadian dicatat dalam <i>incident report form</i></p>		
				<p><i>Incident report</i> sekarang yang nonformal lewat forum misalnya <i>seminggu sekali</i> kita duduk bersama membahas semua masalah yang ada, semua head departemen, <i>head division</i> itu ada pertemuan laporan kasus yang terlibat adalah dokter dan perawat juga spesialis di departemen</p> <p>Semua kejadian di tiap unit dicatat dalam <i>form</i> khusus oleh semua yang melakukan kesalahan atau melihat kejadian yang berpotensi merugikan</p>			



<p>Analisis</p>			<p><i>Incident report</i> di buat mulai dari departemen, baru ke QS dari QS dianalisis dan melakukan investigasi lalu dibicarakan di tk. organisasi setiap bulan yang terlibat adalah CEO, <i>Head of Divisi QS</i></p>	<p>Semua dokter dan perawat selalu mengisi <i>incident report form</i> sekalis meneliti penyebab masalah <i>Incident report</i> juga menganalisa <i>root cause</i> nya dengan memakai <i>fish</i></p>	<p>Semua dokter dan perawat selain mengisi <i>form</i> langsung membahas, membahas masalah pake <i>fish bone</i>.</p>	<p>Semua dokter dan perawat mengisi <i>incident report</i> dan sekaligus meneliti penyebab akar masalah</p>	<p>Setiap hari ada pertemuan, dan membahas <i>incident report</i></p>
-----------------	--	--	---	---	---	---	---





Komunikasi	Komite <i>patient safety</i> membicarakan hal-hal mengenai kesalahan medis, pertemuan dua minggu sekali, kecuali cito yang menyangkut persoalan yang harus segera dipecahkan	Komunikasi berjalan lancar baik nonformal yaitu langsung secara individu, misalnya langsung berkomunikasi dengan ketua komite medok atau sekretaris atau lainnya, atau secara formal yang dilakukan rutin setiap bulan sekali	semua pelayanan agar meminimalisir terjadinya kesalahan	Kita membahas semua <i>incident report</i> dengan <i>Quality dan Safety</i> dan juga direktur medis			
Monitor	Kita <i>monitoring</i> setiap saat, apakah kebijakan dilaksanakan atau tidak		Kita melakukan komunikasi pada setiap kesempatan, setiap hari, setiap dua minggu, dan setiap bulan duduk sama-sama untuk semua divisi, departemen, CEO dan QS	Manajer risiko memberi rekomendasi dan solusi kepada CEO	Monitoring kita ada setiap bulan sekali, kecuali <i>case</i> yang khusus atau kasus-kasus berat		



LAPORAN INSIDEN UMUM

No. Laporan (pilih 00)		Hari / Tanggal		Waktu	
<input type="checkbox"/> Pasien		<input type="checkbox"/> Pengunjung Nama / No. Telp.		<input type="checkbox"/> Staff Nama / Dept.	
<input type="checkbox"/> Lain-lain Nama / Dept.		<input type="checkbox"/> Accident & Emergency (A&E)		<input type="checkbox"/> Specialist Clinic (OPD)	
<input type="checkbox"/> Bangsal		<input type="checkbox"/> Labour Delivery Suite (LDS)		<input type="checkbox"/> Public Area RS	
<input type="checkbox"/> Recovery Room (RR)		<input type="checkbox"/> Radiology		<input type="checkbox"/> Halaman RS	
<input type="checkbox"/> Operating Theatre (OT)		<input type="checkbox"/> Rehabilitasi Medik		<input type="checkbox"/> Tempat lainnya:	
<input type="checkbox"/> Day Surgery / Endoscopy					

Praraun kejadian:

Tindakan yang dilakukan:

Nama yang mengisi laporan: \_\_\_\_\_ Jabatan: \_\_\_\_\_

Tanda tangan: \_\_\_\_\_ tanggal: \_\_\_\_\_

Diketahui oleh Head of Department: \_\_\_\_\_ tanggal: \_\_\_\_\_

Diketahui oleh Head of Division: \_\_\_\_\_ tanggal: \_\_\_\_\_

Diterima oleh QA: \_\_\_\_\_ tanggal: \_\_\_\_\_

DISTRIBUSI COPY LAPORAN

	Paraf / tgl		Paraf / tgl
<input type="checkbox"/> HDON / Direksi Keperawatan		<input type="checkbox"/> HODiv. Training & Education	
<input type="checkbox"/> HODiv ASMA		<input type="checkbox"/> HODiv. SSD	
<input type="checkbox"/> HODiv. IT		<input type="checkbox"/> Customer Service	
<input type="checkbox"/> HODiv. HRD		<input type="checkbox"/> COO	
<input type="checkbox"/> HODiv. Marketing		<input type="checkbox"/> CFO	
<input type="checkbox"/> HODiv. Finance / Accounting		<input type="checkbox"/> CEO	

Keterangan:

LABORAN INSIDEN MEDIS

No. Laporan / Insidien (OA)	Hari / Tanggal	Ward
-----------------------------	----------------	------

<input type="checkbox"/> Pasien	<input type="checkbox"/> Pengunjung Nama / No Telp	<input type="checkbox"/> Staff Nama / Dept	<input type="checkbox"/> Lain-lain Nama
---------------------------------	---	---	--

Tempat kejadian: <input type="checkbox"/> Bangsal <input type="checkbox"/> Recovery Room (RR) <input type="checkbox"/> Operating Theatre (OT) <input type="checkbox"/> Day Surgery / Endoscopy	<input type="checkbox"/> Accident & Emergency (A&E) <input type="checkbox"/> Labour Delivery Suite (LDS) <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Rehabilitasi Medik.	<input type="checkbox"/> Specialist Clinic (OPD) <input type="checkbox"/> Public Area RS <input type="checkbox"/> Halaman RS <input type="checkbox"/> Tempat lainnya
--	---	---

BILA INSIDEN TERJADI PADA PASIEN:

Alasan dirawat	Dokter Jaga
----------------	-------------

Kondisi pasien:	Sebelum: <input type="checkbox"/> Sadar <input type="checkbox"/> Tidak Sadar	<input type="checkbox"/> Terbias <input type="checkbox"/> Disorientasi
	Sesudah: <input type="checkbox"/> Sadar <input type="checkbox"/> Mengantuk	<input type="checkbox"/> Tidak Sadar

Nadi:	Tensi:	Pernapasan:	X - Ray: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
-------	--------	-------------	--

Pengobatan dalam 2 jam terakhir: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada:	Pengantian sisi tempat tidur: <input type="checkbox"/> Atas / bawah / pindah <input type="checkbox"/> Menolak <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan	Ikatan pengaman / Restraint : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan
---	--	---

INSIDEN:

Berhubungan dengan keamanan pasien / jatuh: <input type="checkbox"/> Jatuh terpeleket <input type="checkbox"/> Ditemukan di lantai <input type="checkbox"/> Jatuh dari tempat tidur / kursi / meja operasi <input type="checkbox"/> Lepas dari ikatan / restraint <input type="checkbox"/> Memanjat melewati sisi tempat tidur <input type="checkbox"/> Lain-lain	Berhubungan dengan komunikasi: <input type="checkbox"/> Dokter tidak diberi tahu <input type="checkbox"/> Tidak ada tanggapan dari dokter <input type="checkbox"/> Perintah keliru dilaksanakan <input type="checkbox"/> Persetujuan yang salah <input type="checkbox"/> Prosedur yang dilaksanakan tanpa persetujuan	Berhubungan dengan Transfusi darah / obat: <input type="checkbox"/> Keliru pasien <input type="checkbox"/> Keliru dosis / cara pemberian / jam <input type="checkbox"/> Keliru cairan IV / jumlah tetesan <input type="checkbox"/> Keliru golongan darah / jumlah tetesan <input type="checkbox"/> Obat tidak diberikan <input type="checkbox"/> Lokasi infus berubah warna / merah / phlebitis
---	--	---

Berhubungan dengan persalinan dan kelahiran: <input type="checkbox"/> Trauma lahir <input type="checkbox"/> Kecelakaan forceps / vacuum pada bayi <input type="checkbox"/> Dokter tidak menunggui persalinan	Berhubungan dengan pembedahan / anestesi: <input type="checkbox"/> Keliru Pasien <input type="checkbox"/> Tertinggal kasa / spons / peralatan / jarum / lain-lain <input type="checkbox"/> Pengambilan benda asing	Lain-lain: <input type="checkbox"/> Menyerang ke pasien / tamu <input type="checkbox"/> Kasus polisi <input type="checkbox"/> Lain-lain:
---	---	---

Observasi: Nadi: _____ Pernapasan: _____ T.D.: _____ Apakah pasien sudah diterangkan tentang penggunaan bell panggil? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  Bell panggil: <input type="checkbox"/> Dalam jangkauan <input type="checkbox"/> Tidak rusak <input type="checkbox"/> Rusak <input type="checkbox"/> Diluar jangkauan <input type="checkbox"/> Tidak tersambung	Gambaran luka: <input type="checkbox"/> Tak tampak luka <input type="checkbox"/> Terbakar / tercupas <input type="checkbox"/> Gigi / gigi palsu patah <input type="checkbox"/> Memar / lecet <input type="checkbox"/> Patah / dislokasi <input type="checkbox"/> Kemarahan <input type="checkbox"/> Luka dalam / tembus <input type="checkbox"/> Pembengkakan / hematoma <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Tegang / terkilir <input type="checkbox"/> Lain-lain:	Tindak lanjut: Dokumentasi: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  Dokter jaga diberitahu? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Hari / Tanggal:  Waktu:
---	---	--

UNCONTROLLED COPY

ORIGINAL

<b>Rumah Sakit Siloam Gleneagles</b> Lippo Karawaci		No KRS: <b>KRS - SGPS - 013</b>	
<b>KEBIJAKAN RUMAH SAKIT</b>		Nama Departemen: <b>PHARMACY</b>	
Tanggal Dibuat: <b>1 Mei 2001</b>	Tanggal Beraku: <b>2 Juli 2001</b>	No. Revisi: <b>00</b>	
Judul: <b>CONTIGENCY PLAN</b>		Hal. 1 dari 1	
Dibuat oleh:  Head of Ancillary Services - Medical Affairs		Disetujui oleh:  Chief Operating Officer	
<input type="checkbox"/> Dokumen Baru <input type="checkbox"/> Perubahan Besar <input type="checkbox"/> Perubahan Kecil <input type="checkbox"/> Tidak ada Perubahan <input type="checkbox"/> Pembatalan			

**1.0 TUJUAN.**

Untuk mengatur semua pelayanan farmasi apabila terjadi kesalahan didalam menjalankan prosedur operasional yang dapat merugikan pelanggan .

**2.0 RUANG LINGKUP**

Kebijakan ini mencakup kesalahan dalam pemberian obat antara lain: salah memberikan obat , dosis obat , rute pemberian obat , bentuk sediaan obat dan jumlah obat

**3.0 DEFINISI**

Contigency Plan Adalah rencana yang akan dilakukan untuk menghadapi berbagai kemungkinan yang tidak terduga

**4.0 KEBIJAKAN**

- 4.1 Apabila terjadi salah memberikan obat tetapi pasien belum sempat meminum obat, hubungi pasien segera
- 4.2 Apabila terjadi salah memberikan obat tetapi pasien sudah menggunakan obat , hubungi pasien segera untuk menghentikan meminum obat tersebut dan konfirmasi kepada dokter penulis resep .
- 4.3 Buat *Incident report* yang diserahkan kepada pimpinan Rumah Sakit

Lippo Karawaci, 11 Mei 2007  
No.135/SHLK-HRD/N/07

Kepada Yth.  
**Bapak Dr. Sudijanto Kamso, dr, SKM.**  
Wakil Dekan Bidang Akademik  
Universitas Indonesia  
Kampus Baru Universitas Indonesia  
Depok 16424

### Hal : Jawaban Surat ttg Ijin Penelitian

Dengan hormat,

Menjawab surat Bapak No. 2180/FT.02.H5.FKMUI/I/207 tertanggal, 24 April 2007 tentang permohonan ijin penelitian di Siloam Hospitals Lippo Karawaci.

Kami mengucapkan terima kasih atas pilihan Bapak kepada Siloam Hospitals Lippo Karawaci yang telah dipercaya sebagai tempat untuk melakukan penelitian atas nama mahasiswa/i di bawah ini :

Nama : Ruli Nurul Aman  
NPM : 7005 050 567  
Th.Angkatan : 2005/2006

dengan ini kami memberitahukan bahwa kami dapat menerima mahasiswa tersebut diatas untuk melakukan penelitian di Siloam Hospitals Lippo Karawaci.

Demikian jawaban kami, atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

  
  
**Hadi Prawoto**  
HRD Head of Division

Lippo Karawaci