

ANALISIS PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Rachmawati Yulianingtyas, Putri Asmita Wigati, Anneke Suparwati
Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro
Email: Ytyasrachmawati@gmail.com

Abstract : *Risk Management is a proactive approach to identify, assess and prioritize risks in order to eliminate or minimize their impact. This program is conducted in hospital patient safety efforts in order to control risks and anticipating incidents inherent in any patient services. Sultan Agung Islamic Hospital (RSISA) is a private hospital in Semarang with type B that belongs to Waqf Sultan Agung Agency Foundation (YBWSA) which is located in JL. Raya Kaligawe Km 4. The process of health care to patients in hospital is not separated to the potential errors that can lead to the incidents. This research done by looking at the implementation of the risk management from Mandate and Commitment, Planning, Implementation, Monitoring and Review, Improvement, and Coordination Process. This type of research is descriptive analytic with qualitative approaches. There are 5 (five) persons as subject's research. Triangulation is done by using triangulation of sources and observations. The results showed that Mandate given by the KMKP to all units; the Commitment from KMKP and the units are still lacking; The Planning done by KMKP with the help from the units, planning goals and objectives is based on situations and conditions that develop in the hospital, the elections of the team who responsible for implementing risk management in each units was done in the early implementation, the method of risk management is FMEA, there is no SOP that can translate the real risk management activities, there are budgeting activities for funds and infrastructure to facilitate the risk management implementation; in the implementation, there are many obstacles from human resources, funds and the process; monitoring activities performed through the reporting process 3 monthly but there is still much delay and there no effort to risk assessment; continuously improvement with the principles of PDCA is done only for the unit which has the risks are prioritized and not for the other units.; in coordination process, risk management meeting has been vacuum since mid-2015, consultancy and communication process went well. In conclusion, the implementation of risk management in RSISA are still not well. Our suggestion, RSISA need to raise the commitment again and equalize the perception of the concept of risk management itself.*

Keywords : *risk, risk management, FMEA*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rumah sakit sebagai sebuah industri di bidang kesehatan memiliki karakteristik tersendiri yang serba padat, yaitu padat karya, padat modal, padat teknologi dan padat regulasi. Dengan kondisi tersebut, tentunya rumah sakit tidak terlepas dari risiko terjadinya kesalahan dan kecelakaan dalam melayani pasien. Untuk menjamin keselamatan pasien untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), rumah sakit perlu menerapkan upaya Manajemen Risiko.

Manajemen risiko adalah upaya menganalisis sistem yang ada terhadap potensi kesalahan untuk mencegah terjadinya insiden. Manajemen risiko merupakan suatu usaha terorganisir untuk mengidentifikasi, menyusun prioritas risiko, menganalisis dan mengurangi potensi risiko yang mungkin terjadi pada pasien, pengunjung, staff dan aset organisasi.⁽⁵⁾ Manajemen risiko terintegrasi dengan proses-proses dalam organisasi. Proses manajemen risiko menyediakan sebuah *framework* yang memfasilitasi pengambilan keputusan yang lebih efektif.⁽⁶⁾ Dengan manajemen risiko, Rumah Sakit dapat menerapkan suatu desain kebijakan untuk mencegah terjadinya *Adverse Event/Kejadian yang Tidak Diinginkan* dalam memberikan pelayanan kesehatan.

RSISA merupakan salah satu Rumah Sakit swasta di Kota Semarang yang telah terakreditasi oleh KARS dengan status paripurna pada tahun 2014. Dengan status akreditasi tersebut, tentunya RSISA juga menerapkan manajemen risiko sebagai upaya pencapaian sasaran keselamatan pasien.

RSISA dalam menerapkan Manajemen Risiko melaksanakan program sebagai berikut :

1. Pertemuan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA)
2. Pertemuan *Root Cause Analysis* (RCA)
3. Kegiatan pelaporan insiden.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, pada tahun 2015, target program-program tersebut telah tercapai. Namun, peneliti mendapatkan masih terdapat beberapa permasalahan dalam pelaksanaannya.

Dalam studi pendahuluan peneliti melihat laporan evaluasi risiko yang dilaporkan masing-masing unit kepada Komite Mutu tiap 3 bulan sekali. Dalam manajemen risiko dikenal 5 jenis warna untuk mengkategorikan peringkat risiko, yaitu merah (sangat tinggi), merah (tinggi), kuning (menengah), hijau (rendah), dan hijau (sangat rendah). Ketika sebuah risiko diidentifikasi, perlu dilakukan *monitoring* terhadap perkembangan status sebuah risiko dari satuan waktu tertentu ke satuan waktu berikutnya.

Berdasarkan data evaluasi risiko triwulan II, terdapat 4 risiko yang mengalami peningkatan status risiko. Selain itu, terdapat 124 risiko yang tidak mengalami perubahan *grade*. Data triwulan selanjutnya, yaitu triwulan III, dari 107 risiko terdapat 1 risiko yang mengalami kenaikan *grade* dibanding periode sebelumnya. Dan terdapat 76 risiko yang tidak mengalami perubahan *grade*.

Data evaluasi risiko triwulan II yang peneliti peroleh, terdapat 23 unit yang memberikan laporan, namun pada triwulan III hanya ada 13 unit yang memberikan laporan kepada Komite Mutu. Hal ini

menunjukkan bahwa kepatuhan pelaporan rendah karena ada unit yang terlambat atau bahkan tidak memberikan laporan.

Manajemen risiko dilakukan untuk mencegah terjadinya insiden. Namun berdasarkan data jumlah KTD pada bulan Oktober 2015-Februari 2016, *trend* KTD menunjukkan kenaikan yang signifikan dengan total 27 insiden dalam 5 bulan tersebut, dengan 1 kejadian sentinel yang mengakibatkan kematian.

RSISA telah terakreditasi paripurna dan telah menerapkan manajemen risiko, namun di tahun ke-3 pelaksanaan, peneliti melihat masih ada beberapa permasalahan di lapangan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana pelaksanaan manajemen risiko di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yang bersifat kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik.

Subjek penelitian adalah 5 orang informan yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Informan utama adalah Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP), Kepala Ruang Rawat Inap Baitul Ma'ruf, Kepala Unit Peristi, serta Ketua Komite PPI. 4 orang informan utama ini juga berperan sebagai informan triangulasi, dengan penambahan 1 orang informan triangulasi yaitu Wakil Ketua KMKP.

Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam serta observasi terhadap keadaan yang ada di lapangan. Didukung pula dengan adanya data sekunder yang peneliti peroleh dari data KMKP.

Keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi yaitu triangulasi sumber. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara mengecek data yang diperoleh melalui beberapa sumber. Reliabilitas penelitian dapat dicapai dengan melakukan verifikasi hasil wawancara dengan hasil observasi peneliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Mandat dan Komitmen

Berdasarkan hasil wawancara terhadap para informan dapat disimpulkan bahwa pemberian perintah pelaksanaan manajemen risiko diberikan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) kepada setiap unit kerja yang ada di RSISA melalui Surat Keputusan (SK) Direktur tentang Manajemen Risiko.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap para informan triangulasi dari unit kerja, yaitu Kepala Ruang Rawat Inap Baitul Ma'ruf, Kepala Unit Peristi dan Ketua Komite PPI, komitmen dari Komite Mutu dinilai sudah bagus dari aspek pelaporan saja. Komite Mutu rajin mengingatkan dan menagih unit kerja untuk membuat laporan. Namun Komite Mutu dinilai kurang maksimal dalam hal turun ke lapangan untuk membimbing dan mendampingi unit kerja dalam teknis manajemen risiko.

Kurangnya komitmen Komite Mutu dapat dilihat dari vakumnya manajemen risiko sejak pertengahan tahun 2014 dimana pertemuan manajemen risiko tidak berjalan lagi, dan belum ada *refresh* sosialisasi atau pelatihan manajemen risiko kembali setelah sosialisasi awal

yang diadakan pertama kali sejak dilaksanakan manajemen risiko.

Vakumnya pelaksanaan manajemen risiko sejak pertengahan 2014 dikarenakan adanya pergantian struktur organisasi per Juli 2015. Pada pergantian struktur tersebut terdapat pergantian Ketua Komite Mutu. Menurut Ketua Komite Mutu, saat ini sedang masa adaptasi. Maka belum bisa digalakkan pertemuan manajemen risiko kembali. Di samping itu, kurangnya komitmen Komite Mutu antara lain disebabkan karena adanya rangkap jabatan yang dimiliki oleh Ketua dan Wakil Ketua Komite Mutu.

Terkait pemaparan unit kerja bahwa Komite Mutu lebih berkomitmen dalam hal pelaporan, disebabkan karena dalam penilaian akreditasi rumah sakit lebih banyak pada proses telaah dokumen sehingga Komite Mutu sangat rajin mengingatkan unit kerja untuk membuat laporan, sedangkan aplikasi teknis di lapangan kurang diberikan perhatian.

B. Analisis Perencanaan

1. Proses perencanaan

Komite Mutu menyusun perencanaan manajemen risiko dengan masukan dari unit kerja. Masukan tersebut meliputi daftar risiko, kemungkinan penyebab dan dampak, skor dari masing-masing risiko dan penempatan status untuk masing-masing risiko.

2. Penentuan tujuan dan sasaran

Penyusunan tujuan dan dilakukan oleh Komite Mutu dengan bahan pertimbangan dari hasil

benchmarking, hasil pelatihan, ketentuan penilaian dari KARS serta disesuaikan dengan situasi, kondisi dan informasi perumahnya yang berkembang. Sasaran manajemen risiko sejak awal pelaksanaan hingga tahun ke 3 masih sama, yaitu pemantauan skor risiko, belum sampai pada tahap pemataan risiko rumah sakit.

3. Akuntabilitas (penunjukkan penanggung jawab)

Di RSISA *Quality Link and Safety Champion* (QLSC) membantu KMKP melaksanakan manajemen risiko di tiap unit. Penentuan QSLC dilakukan oleh Komite Mutu. Komite Mutu menyusun siapa saja yang akan dijadikan QLSC di setiap unit, kemudian daftar usulan tersebut diajukan kepada Direksi untuk mendapat persetujuan dan Surat Keputusan. Unit kerja tidak dilibatkan dalam penentuan nama-nama yang ditunjuk sebagai QLSC.

4. Penyusunan metode

Proses manajemen risiko proaktif di RSISA menggunakan *tools* yang disebut *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA). FMEA adalah alat curah pendapat kelompok yang mengidentifikasi dan memprioritaskan potensi risiko dalam suatu proses. FMEA digunakan untuk menganalisa suatu sistem, bukan insiden. FMEA menghasilkan suatu daftar prioritas risiko yang membantu memfokuskan perbaikan pada masalah yang paling mendesak.

Sejauh ini, SOP mengenai manajemen risiko di RSISA lebih berupa buku panduan dan cukup sulit diterapkan secara teknis. SOP

yang ada belum menerjemahkan aktivitas riil manajemen risiko.

5. Pengajuan anggaran dana dan sarana prasarana

Kegiatan penganggaran dana dan sarana prasarana bagi Komite Mutu dialokasikan untuk operasional manajemen risiko, sedangkan pada unit kerja dialokasikan untuk keperluan *redesign* sistem untuk perlakuan risiko. Pengajuan anggaran dana dan sarana prasarana dapat dilakukan melalui 2 cara, yaitu menggunakan RKA (Rencana Kerja Tahunan) yang dibuat 1 tahun sekali atau menggunakan TOR/proposal yang dibuat untuk permohonan pengajuan yang insidental sesuai kebutuhan.

C. Analisis Variabel Pelaksanaan

1. Sosialisasi dan Diklat Manajemen Risiko

Upaya yang dilakukan oleh Komite Mutu untuk memberikan pengetahuan manajemen risiko hanya bersifat sosialisasi untuk *share* atau membagi informasi yang Komite Mutu peroleh dari pelatihan. Jadi bukan bersifat pelatihan.

Selain sosialisasi lewat forum tersebut, Komite Mutu juga melakukan menggunakan media jaringan internal rumah sakit yaitu *IT-Blog*, majalah dinding dan *leaflet*. Sosialisasi-sosialisasi tersebut dilaksanakan pada saat awal pelaksanaan manajemen risiko tahun 2014. Namun setelah 3 tahun berjalan, belum dilaksanakan sosialisasi kembali untuk *me-refresh* materi manajemen risiko.

Semua informan sepakat bahwa sosialisasi yang diberikan

belum efektif. Untuk mengetahui efektivitas sosialisasi yang pernah dilakukan, peneliti mencoba memberikan pertanyaan kepada 3 informan dari unit kerja mengenai pengetahuan dasar manajemen risiko. Dari 3 orang tersebut, hanya 1 orang yang mampu memberikan jawaban yang tepat. Hal ini menunjukkan bahwa sosialisasi yang dilakukan belum efektif karena pengetahuan staff mengenai manajemen risiko masih rendah.

2. Distribusi SOP

Panduan sudah disebarakan kepada semua unit kerja, namun terdapat keraguan dari Komite Mutu apakah panduan yang diberikan ke unit-unit masih disimpan atau tidak oleh unit. Observasi peneliti juga melihat bahwa 1 dari 3 unit lupa dimana meletakkan panduan tersebut. Dan juga, panduan yang ada jarang dibaca oleh staff. Hal ini disebabkan karena penyimpanan dokumen kurang *accessible* dan kurangnya peran QLSC.

3. Realisasi dana dan sarana prasarana

Berdasarkan hasil wawancara, dana yang turun tidak berupa nominal, namun langsung berupa sarana prasarana yang dibutuhkan. Jika pengajuan berupa fisik gedung atau alat, disposisi membutuhkan waktu yang cukup lama.

4. Pelaksanaan proses

Saat ini, pelaksanaan manajemen risiko belum sepenuhnya terintegrasi di semua proses organisasi. Dulu pada saat awal pelaksanaan, menurut Ketua Komite Mutu sudah cukup bagus

integrasi pelaksanaannya, karena KMKP benar-benar gencar mendorong pelaksanaannya untuk kepentingan akreditasi. Namun saat ini sudah sedikit melemah.

QLSC sering tidak meneruskan informasi kepada staff-staff di bawahnya. Juga ada kecenderungan dari para staff untuk menutup diri, kurang *welcome* terhadap program-program KMKP. Dan juga masih adanya stigma budaya *blamming* sehingga ada ketakutan dari staff untuk terbuka dalam menyampaikan informasi terkait insiden dan risiko.

Dari segi proses, FMEA yang memiliki proses yang panjang, dan berulang memberikan kesulitan dari segi waktu dan dana karena tentunya membutuhkan dana yang tidak sedikit. Dari segi SDM, ada ketergantungan unit kepada KMKP, sehingga risiko yang diantisipasi hanya bisa 1 risiko dalam 1 tahun.

D. Analisis Monitoring dan Review.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, *monitoring* dilakukan melalui kegiatan pelaporan. Namun menurut Wakil Ketua Komite Mutu, *monitoring* risiko-risiko seharusnya dilakukan oleh unit masing-masing, KMKP hanya memfasilitasi. Namun di RSISA belum bisa sampai pada tahap itu.

Kendala yang ada dalam proses *monitoring* adalah kepatuhan pelaporan yang masih rendah dilihat dari masih banyak unit yang terlambat memberikan laporan, masih ada *copy-paste* dari laporan sebelumnya. Tidak dilakukan peninjauan terhadap perubahan

status risiko dari periode ke periode oleh KMKP untuk kepentingan pembelajaran. Karena adanya *mindset* untuk sekedar menjalankan program saja, tidak mengembangkan budaya dan *value* untuk pembelajaran ke depan dan perbaikan sistem. Dari sisi unit kerja mengeluhkan beban kerja yang bertambah.

E. Analisis Perbaikan Berkelanjutan

Di RSISA, *redesign* hanya dilakukan untuk unit yang risikonya diprioritaskan untuk masuk FMEA. Dalam 1 tahun terdapat 1 proses FMEA, artinya setiap tahun hanya ada 1 risiko yang diberikan perlakuan. Hal itu disebabkan karena pelaksanaan manajemen risiko bergantung dan berpusat pada KMKP, sedangkan SDM di KMKP terbatas, sehingga hanya bisa memberikan perlakuan terhadap 1 risiko saja tiap tahunnya. Jika unit kerja sudah mandiri untuk melaksanakan FMEA sendiri-sendiri, tentunya akan lebih banyak risiko yang dapat diberikan perlakuan.

F. Analisis Variabel Koordinasi

Pemberian arahan dilakukan melalui pertemuan manajemen risiko yang dilaksanakan setiap 3 bulan sekali. Namun sejak pertengahan 2015 pertemuan tersebut vakum. Hal ini disebabkan komitmen dari Komite Mutu yang masih kurang, terkait dengan kesibukan Ketua Komite Mutu.

Ada sesi konsultasi untuk memfasilitasi unit kerja dalam meningkatkan pemahaman. Sesi konsultasi bersifat *by request*. Jika

unit tidak meminta, maka tidak ada sesi konsultasi.

Publikasi informasi seputar manajemen risiko dilakukan dengan media grup *Whatsapp*, majalah dinding dan *IT-Blog*. Namun menurut observasi peneliti, informasi yang ada di majalah dinding dan *IT-Blog* terakhir adalah pertengahan 2015.

Komunikasi dilakukan menggunakan media telepon, grup *Whatsapp*, atau dengan bertemu *person to person*. Tidak ada pertemuan terintegrasi antara Komite Mutu dengan seluruh QLSC. Untuk kepentingan pembelajaran, komunikasi terintegrasi lebih dibutuhkan daripada *person to person*. Semua dikumpulkan, saling memberikan *sharing* pengalaman. Dengan komunikasi atau pertemuan terintegrasi, hampir semua tahu dan mendapatkan informasi yang sama. Maka untuk memberikan pemahaman dan *sharing* pengalaman, sangat bermanfaat bagi peningkatan kinerja sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pelaksanaan manajemen risiko di RSISA belum berjalan optimal karena masih dalam proses meningkatkan pemahaman staff dna upaya *reminding* pelaporan terus menerus.
2. Mandat manajemen risiko diberikan oleh Komite Mutu kepada setiap unit kerja; Komitmen dari Komite Mutu masih kruang, karena hanya fokus pada pelaporan saja.

3. Perencanaan sudah baik, namun perlu dibuat suatu SOP yang lebih operasional.
4. Pelaksanaan manajemen risiko masih memiliki banyak kendala baik dari segi SDM, dana, waktu dan proses..
5. *Monitoring* dan *review* terhadap pelaksanaan manajemen risiko masih banyak keterlambatan dan *copy-paste* laporan, serta belum ada peninjauan dan pengkajian terhadap risiko untuk pembelajaran ke depan.
6. Perbaikan berkelanjutan sudah dilaksanakan dengan baik, hanya saja, masih ada ketergantungan unit kepada KMKP sehingga hanya bisa melakukan 1 *redesign* sistem untuk 1 risiko tiap tahun.
7. Koordinasi kurang optimal karena tidak ada komunikasi terintegrasi dengan seluruh QLSC karena pertemuan manajemen risiko vakum, media publikasi vakum, komunikasi *person to person* kurang ideal untuk pembelajaran.

B. Saran

1. Mengaktifkan kembali pertemuan manajemen risiko sebagai wadah diskusi.
2. Pembagian *jobdesc* yang jelas dalam struktur kerja KMKP agar pelaksanaan kegiatan tidak tergantung pada kesibukan Ketua.
3. Panduan perlu dibuat lebih operasional.
4. Dilakukan sosialisasi kembali untuk *refresh* materi dan menyamakan persepsi.
5. KMKP perlu mengkaji, meninjau dna *me-review* setiap perubahan status risiko yang dilaporkan unit agar risiko benar-benar terpantau.

6. Media publikasi perlu ed. Yogyakarta: BPFE- dikembalikan lagi fungsinya. Yogyakarta; 2008.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menkes RI. UU RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit [Internet]. 2009;1–24. Available from: <http://dapp.bappenas.go.id>
2. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. Assessment. 2008. 1-125 p.
3. Donahue KT, Yen J. Joint Commission International. Vol. 23, The Joint Commission journal on quality improvement. 1997. 71 p.
4. Susilo LJ, Kaho VR. Manajemen Risiko Berbasis ISO 31000 untuk Industri Nonperbankan. Jakarta: PPM; 2011.
5. Kavalier F, Spiegel AD. Risk Management in Health Care Institutions: A Strategic Approach 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers; 2003.
6. Kevin, W, Knight, Am. Management of Risk Managing. 2009
7. Hasibuan MSP. Manajemen: Dasar, Pengertian, dan Masalah. Revisi, 9t. Rahayu E, editor. PT Bumi Aksara; 2011.
8. Terry GR. Prinsip-Prinsip Manajemen. Bumi Aksara; 2012.
9. Handoko TH. Manajemen. 2nd ed. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta; 2008.
10. Carroll R. Risk Management Handbook for Health Care Organizations. Student. Chemistry & Jossey-Bass; 2009.
11. Scrivens E. Quality, Risk and Control in Health Care. Open University Press; 2005.
12. Yahya AA. Mengelola Risiko Rumah Sakit. 2013;1–3.
13. Safaat H N. Manajemen Risiko Teknologi Informasi Menggunakan Framework Iso 31000 (Studi Kasus: Sistem Infrastruktur Ti Telkom Indonesia). J Sains, Teknol dan Ind. 2011;9(1):52–66.
14. Safaat H N. Manajemen Risiko Teknologi Informasi Menggunakan Framework Iso 31000 (Studi Kasus: Sistem Infrastruktur Ti Telkom Indonesia). J Sains, Teknol dan Ind. 2011;9(1):52–66.