

ANALISIS PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO DI INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO SEMARANG TAHUN 2018

Khansa Maghfira Djatnika, Septo Pawelas Arso, Sutopo Patria Jati

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro

Email: khansa_djatnika@hotmail.com

Abstract : Risk management is an activity to identify, assess, and formulate risk priorities proactively with the aim of eliminating or minimizing the impact of risk, as well as an effort to improve the quality and patient safety purposes. Secondary data shows that the Pharmacy Installation of Tugurejo Hospital Semarang consists of high-risk services. The study aims to analyze the implementation of risk management at Pharmacy Installation of Tugurejo Hospital Semarang. Research variables are context establishment, risk assessment, risk treatment, monitoring and review, and communication and consultation. This research is a qualitative descriptive study using in-depth interviews and document review. The results of the study show that risk management in the Pharmacy Installation of the Tugurejo Regional General Hospital is still ineffective based on ISO 31000: 2009 standard analysis. Researcher found incongruity in the studied variables which are generally caused by weak communication and consultation and also weak monitoring and review which only focused on the risk treatment stage when it is supposed to be done at all stages of risk management. Recommended that Pharmacy Installation should improve internal communication and hospital management should be to be more committed in providing feedback and monitoring the risk management sustainability in the work unit.

Keywords : risk, risk management, pharmacy installation

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.¹

World Health Organization (WHO) memperkirakan 1 dari 10 pasien rumah sakit di negara berpendapatan tinggi dirugikan selama mendapat pelayanan rumah sakit. Kerugian dapat diakibatkan oleh berbagai macam insiden atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).² Hal ini salah satunya dipengaruhi oleh kompleksitas organisasi pelayanan kesehatan yang melebihi

industri lainnya sehingga meningkatkan potensi terjadinya kesalahan dan juga meningkatkan kerumitan organisasi untuk menghindarinya.³ Dalam Pasal 43, UU RI Nomor 44 Tahun 2009, pemerintah mewajibkan rumah sakit untuk menerapkan standar keselamatan pasien. Hal ini diwujudkan dengan diselenggarakannya program manajemen risiko. Selain berkontribusi pada keselamatan pasien, manajemen risiko juga merupakan wujud penerapan prinsip *good corporate governance*.⁴

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organizations (JCAHO) mendefinisikan manajemen risiko sebagai pengidentifikasian, penilaian, dan penyusunan prioritas risiko secara proaktif dengan tujuan untuk meniadakan atau meminimalkan dampaknya. Adapun tujuan dari pelaksanaan manajemen risiko oleh lembaga akreditasi rumah sakit seperti Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan juga *Joint Commission International* (JCI) dituangkan ke dalam standar akreditasi yang mereka terbitkan yaitu dalam standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan *Quality Improvement and Patient Safety* (QPS) yang menyatakan bahwa program manajemen risiko digunakan untuk mengidentifikasi risiko dalam rangka mengurangi KTD serta risiko lain yang mengancam keselamatan pasien dan staf.^{6,7}

Permenkes No.72 Tahun 2016 menyebutkan bahwa setiap pemangku kepentingan di rumah sakit harus mendukung penerapan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Berdasarkan standar ini, apoteker dalam melaksanakan kegiatan Pelayanan Kefarmasian harus mempertimbangkan faktor risiko yang terjadi yang disebut dengan manajemen risiko. Adapun manajemen risiko di Instalasi Farmasi dilakukan pada kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik.¹⁰

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang merupakan rumah sakit kelas B pendidikan milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dan sudah terakreditasi KARS paripurna sehingga sudah menjalankan manajemen risiko dalam rangka pencapaian sasaran

keselamatan pasien. Manajemen risiko ini salah satunya dilaksanakan di unit kerja terkecil seperti Instalasi Farmasi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapat bahwa Instalasi Farmasi RSUD Tugurejo Semarang memiliki total risiko ekstrim terbanyak dibandingkan dengan unit kerja lainnya di rumah sakit, risiko yang ada juga tiap tahunnya cenderung mengalami peningkatan dimana pada tahun 2016 teridentifikasi sebanyak 11 jenis risiko, lalu pada tahun 2017 teridentifikasi sebanyak 18 risiko dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 35 risiko. Selain itu, setelah dilakukan perlakuan risiko terhadap 35 risiko yang ada di Instalasi Farmasi, sebanyak 17 risiko tidak mengalami perubahan *grade* risiko. Pada 17 risiko yang tidak mengalami perubahan, terdapat risiko yang tergolong *grade* ekstrim, artinya perlakuan yang diberikan masih belum cukup efektif untuk menurunkan *grade* risiko yang ada. Selain itu, 1 risiko justru mengalami peningkatan *grade* pada risiko yang awalnya memiliki *grade* rendah, setelah mendapatkan perlakuan justru digolongkan pada risiko *grade* sedang. Oleh karena itu, penting untuk dilakukan peninjauan tata laksana manajemen risiko di Instalasi Farmasi berdasarkan dengan panduan standar ISO 31000 berkaitan dengan proses manajemen risiko.

METODE PENELITIAN

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

Objek penelitian ini adalah pelaksanaan manajemen risiko di Instalasi Farmasi RSUD Tugurejo

Semarang yang meliputi penentuan konteks, asesmen risiko, perlakuan risiko, *monitoring* dan *review*, serta komunikasi dan konsultasi.

Subjek penelitian adalah 5 orang informan yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Informan utama dalam penelitian ini adalah Kepala Instalasi Farmasi dan Penanggung Jawab Manajemen Risiko dari Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja. Keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi yaitu dengan adanya triangulasi sumber. Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah 3 koordinator yang bekerja di Instalasi Farmasi yaitu Koordinator Rawat Jalan, Koordinator Rawat Inap dan Koordinator Logistik Farmasi. Informan utama pada penelitian ini juga memiliki peran sebagai informan triangulasi.

Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi lapangan serta telaah dokumen berdasarkan data sekunder yang didapat selama penelitian berlangsung.

Pada penelitian ini peneliti merupakan instrumen penelitian itu tersendiri. Peneliti bertindak sebagai perencana, pelaksana, pengumpul data, analisis, penafsir data dan pelapor hasil penelitian.²³ Peneliti menggunakan pedoman wawancara terbuka dan menggunakan alat bantu berupa lembar observasi, buku catatan, alat perekam suara dan kamera untuk pendokumentasian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Penentuan Konteks

a. Konteks Eksternal

Manajemen risiko di Instalasi Farmasi sudah berjalan berdasarkan regulasi seperti UU No.44 Tahun 2009 dan elemen standar akreditasi

KARS mengenai Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, terkhusus Instalasi Farmasi hal ini sudah diatur dalam Permenkes No.72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian.

Stakeholder yang terlibat dalam pelayanan farmasi cukup beragam dan luas, tergantung pada pelayanan yang diberikan. Farmasi Rawat Jalan contohnya, mengkoordinasikan pelayanan kefarmasian di rawat jalan, IGD dan IBS sedangkan Farmasi Rawat Inap mengkoordinasikan pelayanan farmasi di bangsal. Farmasi Logistik merupakan tim yang berkoordinasi dengan *stakeholder* yang lebih luas seperti Unit Layanan Pengadaan (ULP), distributor, dll. Ragam dan kompleksitas pelayanan farmasi ini menyebabkan Instalasi Farmasi pada dasarnya merupakan pelayanan yang berisiko tinggi.

b. Konteks Internal

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, didapatkan bahwa penunjukan penanggung jawab manajemen risiko di unit kerja merupakan bentuk perpanjangan tangan PJ Manajemen Risiko rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan manajemen risiko di unit-unit terkecil dalam lingkup rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara, Kepala Instalasi Farmasi merupakan pemegang risiko di instalasinya. Kepala Instalasi Farmasi dalam menjalankan tugasnya berkoordinasi dengan 3 orang koordinator yaitu Koordinator Rawat Jalan, Koordinator Rawat Inap dan Koordinator Logistik. Hambatan yang ada saat ini adalah penunjukan Kepala Instalasi Farmasi masih belum disertai dengan penerbitan SK Direktur resmi terkait manajemen risiko. Apabila dikaitkan dengan temuan penelitian ini, maka belum

adanya Surat Keputusan resmi dalam pemberian mandat Kepala Instalasi Farmasi sebagai pemegang risiko di instalasinya dapat menimbulkan ketidakjelasan peran dan tanggung jawab seorang pemegang risiko unit kerja. Selain itu, pelatihan manajemen risiko yang diadakan pihak manajemen rumah sakit untuk seluruh staf rumah sakit hanya berjalan sekali di awal 2014 saat rumah sakit akan menghadapi akreditasi.

Dalam keberlangsungannya, Koordinator tidak pernah mendapat refresh materi kembali terkait manajemen risiko dan tidak mendapat sosialisasi dari staf yang mengikuti pelatihan yang jumlahnya dibatasi.

c. Konteks Manajemen Risiko

Manajemen risiko di Instalasi Farmasi diawali dengan kegiatan penyusunan daftar risiko. Dalam menyusun daftar risiko ini, terdapat Panduan Manajemen Risiko yang diterbitkan pihak rumah sakit agar seluruh unit kerja menyusun daftar risiko berdasarkan panduan yang diberikan. Namun terdapat hambatan dimana pada tahun ini terdapat revisi panduan yang berakibat pada perevisian daftar risiko yang telah terkumpul dari unit kerja ke KMKK. Adapun daftar risiko yang mengalami perevisian mengalami salah pewarnaan band yang mengakibatkan misinterpretasi data karena adanya tingkat kegawatan risiko yang tidak sesuai.

d. Konteks Kriteria Risiko

Kriteria risiko yang digunakan Instalasi Farmasi sudah mengacu pada Panduan Manajemen Risiko yang diterbitkan rumah sakit dan sejauh ini kriteria risiko yang ada sudah dapat menggambarkan dan

mengidentifikasi risiko-risiko yang ada.

Berdasarkan pemaparan hasil pada variabel penentuan konteks, didapat bahwa masalah pada umumnya disebabkan oleh kurang berjalannya komunikasi yang efektif antara pihak manajemen dan staf Instalasi Farmasi terkait manajemen risiko. Sebagai contoh, pada konteks manajemen risiko, daftar risiko yang sudah direvisi tidak dikomunikasikan kembali kepada unit kerja sehingga saat tidak terjadi kesalahan, masalah tidak dapat dideteksi karena tidak ada *cross check* ulang. Selain itu, pada tahapan ini tidak dijalankan fungsi monitoring yang berarti.

2. Asesmen Risiko

Pada akhir tahapan asesmen risiko, Instalasi Farmasi berhasil menyusun daftar risiko Instalasi Farmasi Tahun 2018. Adapun tahapan dalam asesmen risiko adalah :

a. Identifikasi Risiko

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, didapatkan bahwa identifikasi risiko di Instalasi Farmasi dilakukan dengan melakukan pemetaan risiko di seluruh alur proses pelayanan Farmasi yang mengacu pada jenis pelayanan Farmasi yang ada dalam Permenkes No.72 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian. Dalam mengidentifikasi risiko, Instalasi Farmasi memanfaatkan laporan internal seperti laporan indikator mutu, catatan kesehatan, laporan Insiden Keselamatan Pasien dan juga memerhatikan masukan yang datang dari stakeholder di Instalasi Farmasi seperti dokter, pasien dan pimpinan rumah sakit. Adapun teknik yang diterapkan Instalasi Farmasi sejauh ini sudah

berhasil mengidentifikasi seluruh risiko yang ada di Instalasi Farmasi.

b. Analisis Risiko

Analisis Risiko di Instalasi Farmasi menggunakan bantuan tools matriks *grading* risiko dimana dilakukan skoring terhadap dampak dan probabilitas risiko sehingga didapatkan besar kegawatan dari suatu risiko. Dalam melakukan analisa besar dampak dan probabilitas, Instalasi Farmasi menggunakan penelaahan laporan tahun lalu seperti laporan Insiden Keselamatan Pasien. Namun, selama ini pada tahapan skoring, koordinator kurang dilibatkan oleh Kepala Instalasi Farmasi. Penyusunan daftar risiko pada tahapan ini pada umumnya hanya dilakukan oleh satu orang. Padahal, matriks *grading* risiko merupakan *tools* yang bersifat subjektif sehingga apabila kurang melibatkan pemangku kepentingan yang sebetulnya mengetahui kondisi risiko di lapangan, dapat menyebabkan hasil analisis yang menjadi bias.

c. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko dilakukan untuk memprioritaskan risiko yang akan diberi perlakuan. Di Instalasi Farmasi, pemilihan risiko didasari oleh hasil analisis di tahap sebelumnya. Pada risiko yang memiliki tingkat kegawatan tertinggi dan mampu kendali maka risiko akan diangkat kedalam indikator mutu instalasi dan dilaporkan serta dipantau secara rutin setiap bulan sedangkan risiko lainnya dianggap dapat ditoleransi dan hanya dicantumkan pada *review* akhir tahun setelah mengalami perlakuan untuk dievaluasi oleh manajemen. Contohnya pada risiko yang memiliki tingkat kegawatan rendah dan sedang tidak termasuk dalam risiko

yang akan dipantau dan dilaporkan secara rutin. Adapun hal ini dilakukan karena ada keterbatasan sumberdaya.

3. Perlakuan Risiko

Pada umumnya, perlakuan risiko yang dicantumkan pada daftar risiko instalasi dibagi menjadi penganalisan risiko berdasarkan SOP sebagai perlakuan awal dan dilakukan supervisi dan sosialisasi sebagai bentuk rencana perlakuan lanjutan. Berdasarkan Standar ISO 31000, dalam melakukan pilihan opsi perlakuan risiko, penting untuk memerhatikan persepsi dan nilai-nilai yang dianut oleh pemangku kepentingan, untuk itu harus dilakukan komunikasi yang memadai. Sedangkan dalam analisis perlakuan risiko ini, terdapat koordinator yang merasa bahwa rencana perlakuan yang dicantumkan kurang tepat dikarenakan kurang sesuai dengan kondisi aktual lapangan. Perbedaan pendapat ini timbul dikarenakan kurangnya komunikasi antara Kepala Instalasi Farmasi dengan para koordinator terutama dalam penyusunan daftar risiko Instalasi Farmasi yang memengaruhi pelaksanaan perlakuan risiko.

Selain itu, rencana perlakuan yang ada saat ini kurang ada kejelasan rincian mengenai waktu dan jadwal dalam rencana perlakuannya dimana hal ini akan berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan monitoring. Monitoring pada perlakuan risiko yang berjalan sejauh ini sudah berhasil melihat progress dari perlakuan risiko terutama pada risiko-risiko yang tergolong dalam indikator mutu instalasi dikarenakan sudah memiliki rencana monitoring yang

kelas yaitu setiap bulan diawasi dan dilaporkan, namun tidak terbatas hanya pada risiko-risiko tersebut.

4. Monitoring dan Review

a. Monitoring

Berdasarkan hasil wawancara, monitoring yang dilakukan oleh Instalasi Farmasi sudah menghasilkan proses pembelajaran dan masukan untuk keberlangsungan manajemen risiko, serta ditemukannya risiko baru untuk dicantumkan pada daftar risiko selanjutnya. Monitoring dilakukan oleh Kepala Instalasi dengan menggelar rapat dan juga dengan observasi lapangan. Namun, monitoring yang dilakukan PJ manajemen risiko rumah sakit terhadap keberjalanan manajemen risiko di Instalasi masih dalam bentuk penelaahan laporan, tidak dengan melakukan pengecekan lapangan dikarenakan ada faktor beban kerja. Selain itu monitoring masih terfokus pada tahapan perlakuan risiko, dan tidak dilakukan pada tahapan-tahapan lain dalam proses manajemen risiko. Padahal hal ini penting untuk dilakukan agar dapat mendeteksi permasalahan yang mungkin muncul pada tiap tahapan dan melihat perubahan status risiko.

b. Review

Instalasi Farmasi melakukan review tahunan pada risiko-risiko yang sudah dicantumkan di daftar risiko di awal tahun. Adapun kelemahan dari kegiatan review yang ada adalah tidak terdapatnya *feedback* dari KMKK terkait laporan-laporan yang telah dibuat Instalasi Farmasi belum pernah mendapat *feedback* dari KMKK sehingga pada tahapan review, komunikasi hanya berjalan satu arah, yaitu dari Kepala Instalasi kepada KMKK.

5. Komunikasi dan Konsultasi

a. Komunikasi

Komunikasi internal seperti yang telah berjalan dalam keseluruhan proses manajemen risiko sebelumnya dilakukan antara Kepala Instalasi Farmasi dan ketiga koordinator. Adapun bentuk komunikasi ini formal yaitu dengan mengadakan rapat bulanan yang terkadang tidak dilakukan rutin. Berdasarkan hasil wawancara, komunikasi internal di Instalasi Farmasi masih kurang dikarenakan Koordinator kurang ikut dilibatkan dalam tahap asesmen risiko seperti dalam penentuan *skoring* dan *grading*, lalu pada tahap perlakuan risiko. Kurang baiknya komunikasi juga dapat menimbulkan mispersepsi antar pihak bahwa manajemen risiko hanyalah tanggung jawab satu pihak, padahal manajemen risiko merupakan urusan semua pihak dalam organisasi.

Sedangkan komunikasi eksternal yang dilakukan antara pihak Instalasi Farmasi dengan PJ manajemen risiko rumah sakit dilakukan berdasarkan bentuk rapat evaluasi dan laporan rutin. Namun, hal ini juga masih belum berjalan lancar dan berakhir pada komunikasi satu arah yaitu dengan melakukan pengumpulan dan telaah laporan tanpa *feedback*.

b. Konsultasi

Dalam menjalankan manajemen risiko, konsultasi yang dilakukan oleh Instalasi Farmasi sejauh ini dilakukan saat adanya rapat evaluasi akhir tahun. Konsultasi yang dilakukan berkaitan dengan permasalahan yang dihadapi oleh Instalasi Farmasi dalam menjalankan manajemen risiko. Dalam forum rapat tersebut,

Kepala Instalasi menyatakan sudah mendapat solusi yang diharapkan dari konsultasi yang dilakukan, seperti pengambilan keputusan mengenai perlakuan pada risiko yang sifatnya kompleks dan lintas bidang.

KESIMPULAN

1. Pelaksanaan manajemen risiko di Instalasi Farmasi RSUD Tugurejo Semarang masih belum efektif dikarenakan masih mengalami hambatan dalam tiap tahapan proses manajemen risiko yang pada umumnya disebabkan oleh kurang berjalannya komunikasi dan monitoring yang baik.
2. Penentuan konteks sudah dapat menggambarkan kondisi dimana Instalasi Farmasi sudah didukung regulasi dan juga mendapat dukungan manajemen rumah sakit dalam melaksanakan manajemen risiko, namun sifat pelayanannya yang beragam dan melibatkan banyak *stakeholder* menyebabkan instalasi selalu memiliki banyak risiko yang kompleks ditangani.
3. Asesmen risiko sudah berhasil menghasilkan daftar risiko dengan menjalankan identifikasi, analisis dan evaluasi risiko sudah berjalan baik, namun penyusunan daftar risiko masih didominasi satu pihak dan koordinator kurang dilibatkan untuk berdiskusi. Padahal tools yang digunakan memiliki subjektivitas yang tinggi.
4. Perlakuan risiko masih belum berhasil menurunkan tingkat kegawatan beberapa risiko dikarenakan kompleksitas dari rencana perlakuan tersebut.

5. *Monitoring* dan *review* hanya berjalan pada perlakuan risiko dan masih belum efektif dikarenakan *monitoring* hanya berdasarkan laporan rutin dan rapat akhir tahun serta belum pernah diterimanya *feedback* oleh Instalasi Farmasi.
6. Komunikasi masih tergolong kurang berjalan baik, bagi internal Instalasi Farmasi maupun dari unit kerja terhaap KMKK, namun konsultasi sudah berjalan dan menghasilkan solusi.

SARAN

1. Meningkatkan komunikasi internal antara Kepala Instalasi Farmasi dengan Koordinator.
2. Menyusun rencana perlakuan risiko yang lebih rinci dengan menyertakan jadwal dan waktu perlakuan risiko sehingga perlakuan risiko pada seluruh risiko di Instalasi Farmasi dapat diselesaikan secara sistematis dalam kurun waktu setahun.
3. Meningkatkan komunikasi antara Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja dengan unit kerja.
4. Peningkatan fungsi monitoring agar tidak hanya pada tahap perlakuan risiko, tetapi juga memantau apabila Instalasi Farmasi sudah tepat dalam melakukan asesmen risiko di instalasinya.
5. KMKK melakukan *feedback* pada setiap laporan yang diberikan Instalasi Farmasi sehingga instalasi dapat melakukan perbaikan dan mengetahui mutu unit kerjanya.
6. KMKK melakukan advokasi terhadap Direksi untuk menerbitkan Surat Keputusan terkait penunjukan penanggung jawab manajemen risiko yang

berada di tingkat unit/instalasi untuk melaksanakan manajemen risiko di unitnya masing-masing.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. World Health Organization. 10 facts on patient safety.[diupdate pada Maret 2018; disitasi 28 April 2018]. Diakses melalui: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.
3. Reason J. 2004. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care*. p.28-33.
4. Susiol, Leo.J ; Kaho, Victor Riwu. 2011. Manajemen Risiko berbasis ISO 31000 untuk Industri Nonperbankan. Jakarta : Penerbit PPM.
5. Sanbar, S.S. et all. 1998. *Legal Medicine*, fourth edition, St Louis American College of Legal Medicare.
6. Komite Akreditasi Rumah Sakit. 2012. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi – 1.
7. Joint Commission International. 2017. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 6th Edition*.
8. Anacleto TA, Perini E, Rosa MB, Cesar CC. 2007. Drug dispensing error in the hospital pharmacy. *J Clin Sci*. 62(3):243-50
9. Departemen Kesehatan RI. 2008. Tanggung Jawab Apoteker terhadap Keselamatan Pasien. Jakarta:Departemen Kesehatan RI. Diakses melalui: <http://binfar.depkes.go.id/bmsimages/1361517912.pdf> pada 28 April 2018.
10. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
11. Herlambang, Susatyo; Murwani, Arita. 2012. Cara Mudah Memahami Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit. Yogyakarta : Gosyen Publishing. p.3-28.
12. Terry, George.R; Rue, Leslie.W. 2000. *Dasar-Dasar Manajemen*. Jakarta : PT.Bumi Aksara
13. Siahaan, Hinsa. 2007. *Manajemen Risiko : Konsep, Kasus dan Implementasi*. Jakarta : PT.Elex Media Komputindo
14. International Standard for Organization. 2009. *Risk Management – Principles and Guidelines*.
15. Wijono, Djoko. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol I*. Surabaya : Airlangga University Press
16. Usman, Syarif. 2015. *Pengelolaan Risiko dalam Industri*. Bandung : Penerbit CV.Mandar Maju
17. Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (Eds.), 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington, DC
18. Yahya AA. 2013 *Mengelola Risiko Rumah Sakit*
19. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
20. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
21. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian
22. Ramli, Soehatman. 2011. *Pedoman Praktis Manajemen Risiko dalam Perspektif K3 OHS Risk Management*. Jakarta: Penerbit Dian Rakyat.
23. Moleong Lexy J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung : PT.Remaja Rosda Karya.
24. Astroasmoro, Sudigdo. 2012. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : CV.Sagung Seto
25. Saryono, Anggraeni MD. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Muha Medika.

26. Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Revisi. Rineka Cipta
27. Rudhaliawan, Very Mahmudhitya. 2013. Pengaruh Pelatihan terhadap Kemampuan Kerja dan Kinerja Karyawan (Studi pada Karyawan PT. Telkom Indonesia, Tbk Kandatel Malang). Diakses melalui <http://administrasibisnis.studentjournal.ub.ac.id/index.php/jab/article/view/180/277> pada 16 September 2018
28. Hanafi, Mamduh M. 2012. *Manajemen Risiko*. Yogyakarta : Penerbit UPP STIM YKPN
29. Ristić, Dejan. 2013. A Tool for Risk Assessment. *Safety Engineering*. Diakses melalui <http://www.znrfak.ni.ac.rs/SE-Journal/Archive/SE-WEB%20Journal%20-%20Vol3-3/pdf/3.pdf> pada 16 September 2018
30. Doucette D, Millen B. 2011. Should Key Performance Indicators for Clinical Pharmacy Services Be Mandatory, *Can J Hosp Pharm*; 64(1):55-57
31. Trisna, Yuliana. Pemilihan dan Pengukuran Indikator Mutu Pelayanan Farmasi. Diakses melalui http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/farmasi/content/indikator_mutu.pdf Pada 16 September 2018.