



PEMERINTAH PROVINSI BALI
RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

Jl. Angsoka Nomor 8 Telp. (0361) 243350

Email: rsmatabalimandara@yahoo.com

D E N P A S A R

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
NOMOR : 445/179/PER/PMKP/RSM.BM

TENTANG
PANDUAN *ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (ERM)*
DI RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

- MENIMBANG :
- a. bahwa Rumah Sakit Mata Bali Mandara selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan harapan masyarakat;
 - b. bahwa Rumah Sakit menggunakan proses terintegrasi dalam melaksanakan pengukuran indikator mulai dari pemilihan, pengukuran, pengumpulan data, analisa, validasi, dan publikasi;
 - c. bahwa Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Bali Mandara Nomor 445/89/DI/RSM.BM Tahun 2017 tentang Panduan *Enterprise Risk Management (ERM)* di Rumah Sakit Mata Bali Mandara perlu dilakukan revisi;
 - d. bahwa bagaimana dimaksud berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, maka dipandang perlu menetapkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Bali Mandara tentang Panduan Sistem Manajemen Data Mutu di Rumah Sakit Mata Bali Mandara;
- MENINGAT:
1. Undang-Undang Nomor 64 tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal rumah sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 02.03/I/1328/2015 tentang ijin Operasional Rumah Sakit Khusus Mata Bali Mandara sebagai Rumah Sakit Khusus Mata Tipe A;
9. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 Tahun 2017;
10. Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 4 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 4 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pwerangkat Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Bali Tahun 2015 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Bali Tahun 2016 Nomor 10);
11. Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Sarana Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Bali Tahun 2016 Nomor 10);
12. Peraturan Gubernur Bali Nomor 54 Tahun 2012 tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Indera Provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2012 Nomor 54);
13. Peraturan Gubernur Bali Nomor 25 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Mata Bali Mandara (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2015 Nomor 25);
14. Peraturan Gubernur Bali Nomor 27 Tahun 2016 tentang Rincian Tugas Pokok Rumah Sakit Mata (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2015 Nomor 27);
15. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Bali Mandara 445/175/DI/PMKP/RSM.BM Tahun 2017 Tentang Pedoman Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, dan Manajemen Risiko Rumah Sakit Mata Bali Mandara

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN *ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (ERM)* DI RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

Pasal 1

Enterprise Risk Management (ERM) adalah kegiatan pengendalian yang menyeluruh berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri sesuai standar akreditasi dan Sistem Pengendalian Interna Pemerintahan

Pasal 2

Tujuan disusunnya panduan Sistem Manajemen Data Mutu adalah

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RSMBM
2. Meningkatkan akuntabilitas
3. Menurunkan kejadian tidak diharapkan
4. Terlaksanakannya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD
5. Menimimalkan risiko yang mungkin terjadi di masa mendatang dengan adanya antisipasi risiko, apabila insiden sudah terdapat alternative penyelesaiannya
6. Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya.

Pasal 3

Rumah Sakit Mata Bali Mandara menerapkan Panduan *Enterprise Risk Management (ERM)* seperti yang tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 4

Panduan *Enterprise Risk Management (ERM)* sebagaimana yang dimaksud ada pasal 3 selanjutnya harus dijadikan acuan dalam melaksanakan pengelolaan risiko di Rumah Sakit Mata Bali Mandara.

Pasal 5.

Dengan diberlakukan peraturan ini, maka Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Bali Mandara Nomor 445/89/DI/RSM.BM Tahun 2017 tentang Panduan *Enterprise Risk Management (ERM)* di Rumah Sakit Mata Bali Mandara sudah tidak berlaku.

Pasal 6
Peraturan ini berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Denpasar
Pada tanggal : 4 Oktober 2017
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA
BALI MANDARA



Dr. NI MADE YUNITI, MM
Pembina Utama Muda
NIR. 19610810 199803 2 004

LAMPIRAN

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
TANGGAL 4 OKTOBER 2017 NOMOR 445/179/PER/PMKP/RSM.BM

TENTANG

PANDUAN *ENTERPRISE RISK MANAGEMENT (ERM)*
DI RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Risiko adalah suatu ketidakpastian yang berdampak bagi keberlangsungan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya, risiko dapat dikaji dari frekuensi terjadinya (occurrence), dampak yang diakibatkannya (severity) serta mudah sulitnya suatu risiko teridentifikasi (detectable) (Jones, 2013).

Rumah sakit adalah salah satu tempat yang paling berbahaya dimana banyak risiko terjadi (Occupational Safety and Health Administration, 2013). Rumah Sakit merupakan area pengendalian yang luas dan unik dimana terdapat area klinis dan non-klinis sehingga pengendalian risiko yang tepat dilakukan di Rumah Sakit adalah Manajemen Risiko Korporasi di Rumah Sakit (Jones, 2013). *Enterprise Risk Management (ERM)*/Manajemen Risiko Korporasi di Rumah Sakit adalah suatu proses untuk mengelola risiko perusahaan/rumah sakit secara menyeluruh (firm-wide basis) yang menjangkau berbagai jenis risiko, lokasi dan aktivitas bisnis (Jones, 2013).

Rumah Sakit Mata Bali Mandara (RSMBM) adalah area pengendalian bagi Manajemen Risiko Korporasi (MRK/ERM) di Rumah Sakit sehingga panduan pelaksanaan secara menyeluruh dan sistematis mengenai MRK ini perlu ditetapkan demi terciptanya tujuan manajemen risiko serta tujuan organisasi.

Dari uraian di atas maka Panduan Manajemen Risiko Korporasi di Rumah Sakit Mata Bali Mandara disusun, ditetapkan, dan disosialisasikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

B. Maksud

Maksud manajemen risiko (MRK/ERM) di RS Mata Bali Mandara Provinsi Bali adalah mengupayakan suatu kegiatan yang dilakukan rumah sakit yang dirancang untuk mencegah cedera dan kerugian dengan menjaga keamanan dan keselamatan bagi pasien, pengunjung, dan staf serta menjamin terlaksananya “*Good Governance*” di RSMBM, demi terpenuhinya standard – standard Akreditasi Rumah Sakit/*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) serta Sistem Pengendalian Internal Pemerintahan dan Reformasi Birokrasi. Manajemen risiko dilakukan dengan mengenali kelemahan dalam sistem dan memperbaiki kelemahan tersebut (dilakukan dengan menerapkan *no blame culture*).

C. Tujuan

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS Mata Bali Mandara Provinsi Bali.
2. Meningkatkan akuntabilitas.
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD).
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.
5. Meminimalisir risiko yang mungkin terjadi dimasa mendatang. Dengan adanya antisipasi risiko, apabila terjadi insiden sudah terdapat alternatif penyelesaiannya.
6. Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya.

BAB II
DEFINISI
MANAJEMEN RISIKO KORPORASI DI RUMAH SAKIT

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Manajemen risiko korporasi di rumah sakit adalah kegiatan pengendalian yang menyeluruh berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri sesuai standard Akreditasi (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/JCAHO) dan SPIP (Sistem Pengendalian Internal Pemerintahan). Manajemen Risiko Korporasi di Rumah Sakit ini sifatnya terintegrasi dan diterapkan terhadap semua jenis pelayanan dirumah sakit pada setiap level.

Jika risiko sudah dinilai dengan tepat, maka proses ini akan membantu rumah sakit, pemilik dan para praktisi untuk menentukan prioritas dan perbaikan dalam pengambilan keputusan untuk mencapai keseimbangan optimal antara risiko, keuntungan dan biaya.

Dalam praktek, manajemen risiko terintegrasi berarti:

- Menjamin bahwa rumah sakit menerapkan system yang sama untuk mengelola semua fungsi-fungsi manajemen risikonya, seperti *patient safety*, kesehatan dan keselamatan kerja, keluhan, tuntutan (litigasi) klinik, litigasi karyawan, serta risiko keuangan dan lingkungan.
- Jika dipertimbangkan untuk melakukan perbaikan, modernisasi dan clinical governance, manajemen risiko menjadi komponen kunci untuk setiap desain proyek tersebut.
- Menyatukan semua sumber informasi yang berkaitan dengan risiko dan keselamatan, contoh: “data reaktif” seperti insiden patient safety, tuntutan litigasi klinis, keluhan, dan insiden kesehatan dan keselamatan kerja, “data proaktif” seperti hasil dari penilaian risiko; menggunakan pendekatan yang konsisten untuk pelatihan, manajemen, analysis dan investigasi dari semua risiko yang potensial dan kejadian aktual.

- Menggunakan pendekatan yang konsisten dan menyatukan semua penilaian risiko dari semua jenis risiko di rumah sakit pada setiap level.
- Memadukan semua risiko ke dalam program penilaian risiko dan risk register
- Menggunakan informasi yang diperoleh melalui penilaian risiko dan insiden untuk menyusun kegiatan mendatang dan perencanaan strategis.

BAB III

RUANG LINGKUP MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko adalah sebuah tim yang dikoordinir bersama dalam Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko (KPMKP). Secara umum, proses manajemen risiko terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut.

A. Menetapkan Konteks

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam menetapkan konteks yaitu:

1. Definisikan tujuan dan sasaran kegiatan manajemen risiko
2. Definisikan tanggung jawab dan ruang lingkup
3. Deskripsikan faktor penghambat dan pendukung
4. Struktur organisasi manajemen risiko

B. Identifikasi risiko

adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut.

Instrument:

- Laporan Kejadian Kejadian (KTD+KNC+Kejadian Sentinel+dan lain-lain)
- Review Rekam Medik (Penyaringan Kejadian untuk memeriksa dan mencari penyimpangan-penyimpangan pada praktik dan prosedur)
- Pengaduan (Complaint) pelanggan
- Survey/Self Assesment, dan lain-lain

Pendekatan terhadap identifikasi risiko meliputi:

- *Brainstorming*
- *Mapping out* proses dan prosedur perawatan atau jalan keliling dan menanyakan kepada petugas tentang identifikasi risiko pada setiap lokasi.
- Membuat checklist risiko dan menanyakan kembali sebagai umpan balik

C. Penilaian risiko (*Risk Assessment*)

Merupakan proses untuk membantu organisasi menilai tentang luasnya risiko yg dihadapi, kemampuan mengontrol frekuensi dan dampak risiko. RS harus punya Standard yang berisi Program Risk Assessment tahunan, yakni Risk Register:

- Risiko yg teridentifikasi dalam 1 tahun
- Informasi Insiden keselamatan Pasien, klaim litigasi dan komplain, investigasi eksternal & internal, external assessments dan Akreditasi
- Informasi potensial risiko maupun risiko actual (menggunakan *RCA & FMEA*) (*Joint Commission International Resources, 2010*).

Penilaian risiko Harus dilakukan oleh seluruh staf dan semua pihak yang terlibat termasuk Pasien dan publik dapat terlibat bila memungkinkan. Area yang dinilai:

- Operasional
- Finansial
- Sumber daya manusia
- Strategik
- Hukum/Regulasi
- Teknologi

Manfaat manajemen risiko terintegrasi untuk rumah sakit

- Informasi yang lebih baik sekitar risiko sehingga tingkat dan sifat risiko terhadap pasien dapat dinilai dengan tepat.
- Pembelajaran dari area risiko yang satu, dapat disebarkan di area risiko yang lain.
- Pendekatan yang konsisten untuk identifikasi, analisis dan investigasi untuk semua risiko, yaitu menggunakan RCA.
- Membantu RS dalam memenuhi standar-standar terkait, serta kebutuhan clinical governance.
- Membantu perencanaan RS menghadapi ketidakpastian, penanganan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan, dan meningkatkan keyakinan pasien dan masyarakat.

Risk Assessment Tools yang digunakan dalam menangani risiko yang terjadi :

- *Root Cause Analysis*
- *Failure Mode and Effect Analysis*

D. Evaluasi Risiko

Terdiri dari ranking resiko, prioritas resiko, analisis *cost benefit*, dan tentukan apakah resiko akan diterima atau tidak. Keputusan untuk menerima resiko dan pengelolaannya berdasarkan pertimbangan berikut :

- Kriteria klinis, operasional, teknis, kemanusiaan, kebijakan, dan tujuan
- Sasaran dan kepentingan *stake holder*, keuangan, hukum, dan social.

E. Pengelolaan Risiko Untuk Meminimalkan Kerugian (*Risk Control*)

Perlakuan risiko adalah upaya untuk menyeleksi pilihan-pilihan yang dapat mengurangi atau meniadakan dampak serta kemungkinan terjadi risiko. Teknik penanganan resiko antara lain:

- Pengendalian

Merupakan upaya-upaya untuk mengubah risiko yang merupakan langkah-langkah antisipatif yang direncanakan dan dilakukan secara rutin untuk mengurangi risiko.

- Penanganan

Merupakan langkah-langkah yang diambil untuk mengurangi risiko jika tindakan pengendalian belum memadai. Dapat juga bermakna langkah-langkah yang telah direncanakan dan akan dilakukan apabila risiko benar-benar terjadi.

Sementara menurut NHS (*National Health System*) pengelolaan risiko dapat dijabarkan sebagai berikut.

- Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
- Mentolerasi risiko
- Mentransfer risiko pada pihak ke 3 seperti asuransi
- Menghentikan aktivitas yang menimbulkan risiko

Opsi Perlakuan Risiko

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menghindari risiko	<ul style="list-style-type: none">• Menghentikan kegiatan• Tidak melakukan kegiatan
Mengurangi risiko	<ul style="list-style-type: none">• Membuat Kebijakan• Membuat SPO• Mengganti atau membeli alat• Mengembangkan sistem informasi• Melaksanakan prosedur• Pengadaan, Perbaikan dan pemeliharaan bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan• Pengadaan bahan habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan• Pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan <i>check-list</i>, Pelatihan penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus, poster, stiker
Mentransfer risiko	<ul style="list-style-type: none">• Asuransi
Mengeksploitasi risiko	<ul style="list-style-type: none">• Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
Menerima risiko	<ul style="list-style-type: none">• Tidak melakukan tindakan pengendalian apapun

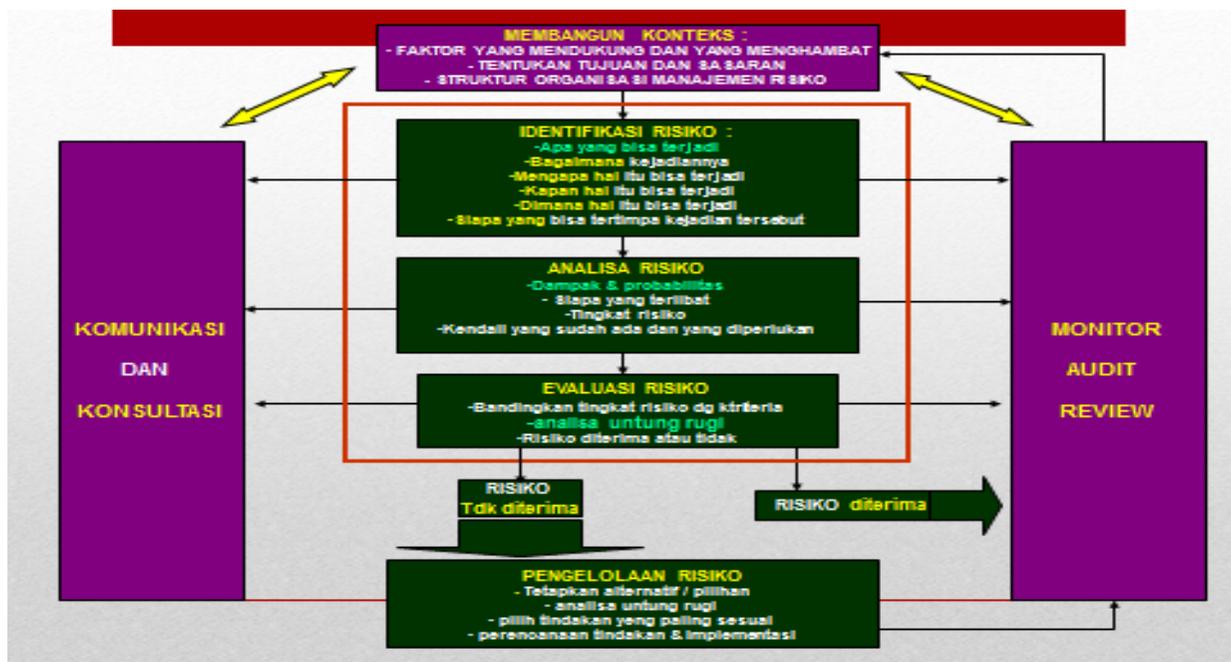
F. Membangun Upaya Pencegahan.

Dalam hal ini adalah monitoring dan *review*. Monitoring adalah pemantauan rutin terhadap kinerja aktual proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana atau harapan yang akan dihasilkan. *Review* adalah peninjauan atau pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu.

G. Kelola Pembiayaan Risiko (*Risk Financing*).

Merupakan pengelolaan biaya yang dikeluarkan untuk pengendalian atau penanganan yang dilakukan.

Proses dari manajemen risiko dapat dilihat pada gambar berikut :



BAB IV

TATALAKSANA MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko di Rumah Sakit Mata Bali Mandara adalah sebuah tim yang dikoordinir di bawah Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Dan Manajemen Risiko (PMKP) dan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPS). Secara umum, proses manajemen risiko terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut.

A. Menetapkan Konteks

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam menetapkan konteks yaitu:

- Definisikan tujuan dan sasaran kegiatan manajemen risiko
- Definisikan tanggung jawab dan ruang lingkup
- Deskripsikan faktor penghambat dan pendukung
- Struktur organisasi manajemen risiko

B. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah proses menemukan, mengenal, dan mendeskripsikan risiko. Hal pertama yang perlu dilakukan untuk mengelola risiko adalah mengidentifikasinya. Jika kita tidak dapat mengidentifikasi/ mengenal/ mengetahui, tentu saja kita tidak dapat berbuat apapun terhadapnya. Identifikasi risiko ini terbagi menjadi dua, yaitu identifikasi risiko proaktif dan identifikasi risiko reaktif.

Identifikasi risiko proaktif adalah kegiatan identifikasi yang dilakukan dengan cara proaktif mencari risiko yang berpotensi menghalangi rumah sakit mencapai tujuannya. Disebut mencari karena risikonya belum muncul dan bermanifestasi secara nyata. Metode yang dapat dilakukan diantaranya: audit, inspeksi, brainstorming, pendapat ahli, belajar dari pengalaman rumah sakit lain, *FMEA*, analisa SWOT, survey, dan lain-lain.

Identifikasi risiko reaktif adalah kegiatan identifikasi yang dilakukan setelah risiko muncul dan bermanifestasi dalam bentuk insiden/gangguan. Metoda yang dipakai biasanya adalah melalui pelaporan insiden / RCA.

Tentu saja, lebih baik kita memaksimalkan identifikasi risiko proaktif, karena belum muncul kerugian bagi organisasi.

Bagi rumah sakit, cara paling mudah dan terstruktur untuk melakukan identifikasi adalah lewat setiap unit. Setiap unit diminta untuk mengidentifikasi risikonya masing-masing. Setelah terkumpul, seluruh

data identifikasi itu dikumpulkan menjadi satu dan menjadi identifikasi risiko rumah sakit.

Proses sistematis dan terstruktur untuk menemukan dan mengenali risiko, kemudian dibuat daftar risiko. Daftar risiko dilengkapi dengan deskripsi risiko termasuk menjelaskan kejadian dan peristiwa yang mungkin terjadi dan dampak yang ditimbulkannya.

Identifikasi dilakukan pada: Sumber risiko, area risiko, peristiwa dan penyebabnya dan potensi akibatnya. Metode identifikasi risiko dilakukan dengan proaktif melalui *self asesment*, *incident reporting* sistem dan *clinical audit* dan dilakukan menyeluruh terhadap medis dan non medis.

C. Penetapan Prioritas Risiko

Pengelolaan risiko diawali dengan menilai konsekuensi yang dapat diakibatkan sebuah insiden dan kemungkinan terjadinya risiko setelah teridentifikasi. Kemudian risiko dievaluasi lalu diberikan skor untuk menentukan bobot dan prioritas risiko yang telah terjadi. Sesuai dengan bobotnya ditentukan tindakan yang akan diberlakukan terhadap masing-masing risiko. Bila bobotnya ringan dan tidak prioritas tindakannya dapat hanya mentoleransi saja dan menjadikannya catatan. Namun bila risiko yang terjadi memiliki bobot besar dan mengganggu pencapaian tujuan RS, maka ditentukan sebagai prioritas utama dan harus diatasi atau ditransfer, atau bahkan menghentikan kegiatan yang meningkatkan terjadinya risiko.

Tujuan menentukan prioritas risiko adalah membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko. Menentukan prioritas risiko dengan menggunakan rumus:

$$\text{Risk Priority Number (RPN)} = \text{Occurrence (O)} \times \text{Severity (S)} \times \text{Detectable (D)}$$

Keterangan :

RPN adalah Nilai Prioritas Risiko

Occurrence adalah Kemungkinan kejadiannya atau probabilitasnya

Severity adalah Keparahan atau berat ringan akibat yang ditimbulkan

Detectable adalah Kemungkinan suatu masalah atau risiko dapat terdeteksi/ diketahui.

1. Kriteria Occurrence (O)

Nilai	Deskripsi	Probabilitas
10	Sangat Tinggi:	Lebih dari 1 kali kejadian per hari atau probabilitas lebih dari 3 kali dari 10 kejadian
	Kegagalan hampir pasti tidak dapat dihindari	Satu kali kejadian tiap 3-4 hari atau probabilitas 3 kali dari 10 kejadian
9		Satu kali kejadian per minggu atau probabilitas 5 kali dari 100 kejadian
8	Tinggi:	Satu kali kejadian per bulan atau probabilitas 1 kali dari 100 kejadian
	Kegagalan berulang kali terjadi	Satu kejadian dalam kurun waktu 3 bulan atau probabilitas 3 kali dari 1,000 kejadian
7		Satu kejadian dalam kurun waktu 6 bulan sampai 1 tahun atau probabilitas 1 kali dari 10,000 kejadian
6	Sedang:	Satu kejadian per tahun atau probabilitas 6 kali dari 100,000 kejadian
	Kegagalan kadang-kadang terjadi	Satu kejadian dalam kurun waktu 1-3 tahun atau probabilitas 6 kali dari 1,000,000,000 kejadian
5		Satu kejadian dalam kurun waktu 6 bulan sampai 1 tahun atau probabilitas 1 kali dari 10,000 kejadian
4		Satu kejadian per tahun atau probabilitas 6 kali dari 100,000 kejadian
3	Rendah: kegagalan relatif sedikit	Satu kejadian dalam kurun waktu 1-3 tahun atau probabilitas 6 kali dari 1,000,000,000 kejadian
2		Satu kejadian dalam kurun waktu 3-5 tahun atau probabilitas 2 kali dari 1,000,000,000 kejadian
1	Remote: kegagalan tidak mungkin terjadi	Satu kejadian dalam kurun waktu lebih dari 5 tahun atau probabilitas kurang dari 2 kali dari 1,000,000,000 kejadian

2. Kriteria Keparahan (S)

10	Tinggi yang membahayakan	Kegagalan dapat mengakibatkan cedera bagi pegawai atau klien/pasien
9	Ekstrim Tinggi	Kegagalan menyebabkan ketidakpatuhan pada regulasi pemerintah/menteri
8	Sangat Tinggi	Kegagalan menyebabkan suatu unit tidak dapat bekerja atau tidak sesuai
7	Tinggi	Kegagalan menyebabkan pelanggan sangat tidak puas
6	Sedang	Kegagalan menyebabkan tidak berfungsinya suatu produk pada tingkat subsistem atau sebagian
5	Rendah	Kegagalan menyebabkan berkurangnya kinerja sehingga mengakibatkan keluhan klien/pasien
4	Sangat Rendah	Kegagalan dapat diatasi dengan modifikasi proses dan produk pelanggan akan tetapi terdapat sedikit pengurangan kinerja
3	Sedikit	Kegagalan dapat sedikit menyulitkan klien/pasien tetapi dapat sedikit berakibat terhadap proses yang dilalui pasien
2	Sangat Sedikit	Kegagalan mungkin tidak secara nyata berpengaruh terhadap klien/pasien tetapi dapat sedikit berakibat terhadap proses yang dilalui pasien
1	Tidak Ada	Kegagalan tidak dirasakan/diketahui oleh klien/pasien dan tidak menimbulkan akibat pada proses yang dilalui pasien

3. Kriteria Detectable (D)

Nilai	Deskripsi	Probabilitas deteksi	Definisi
1	Pasti terdeteksi	10 dari 10	Hampir selalu terdeteksi dengan segera
2	Kemungkinan tinggi	8 dari 10	Cenderung terdeteksi
3	Kemungkinan tinggi	9 dari 10	Cenderung terdeteksi
4	Kemungkinan sedang	6 dari 10	Cenderung terdeteksi
5	Kemungkinan sedang	5 dari 10	Kemungkinan untuk terdeteksi sedang
6	Kemungkinan sedang	4 dari 10	
7	Kemungkinan rendah	3 dari 10	Cenderung tidak terdeteksi
8	Kemungkinan sangat rendah	2 dari 10	Cenderung tidak terdeteksi
9	Kemungkinan sangat rendah	1 dari 10	Cenderung tidak terdeteksi
10	Hampir pasti tidak terdeteksi	0 dari 10	Deteksi tidak dimungkinkan pada kondisi apapun

Setelah RPN ditetapkan selanjutnya dihitung lagi RPN residual yaitu RPN yang nilainya diperkirakan berdasarkan keberhasilan pengelolaan risiko, dimana RPN ini dianggap sebagai nilai yang dicapai seandainya pengelolaan telah dilakukan untuk menghitung efektifitas upaya pengelolaan. RPN residual dapat membantu pengambil keputusan untuk menilai bahwa upaya yang direncanakan memiliki tingkat efektifitas yang cukup tinggi.

D. Skor Tingkat Risiko

Proses menganalisa risiko yang perlu dipertimbangkan adalah dampak dari risiko tersebut bila benar terjadi. Risiko yang dampaknya besar harus segera ditindaklanjuti dan mendapat perhatian dari pimpinan. Risiko yang dampaknya medium-rendah akan dikelola untuk membuat rencana tindak lanjut dan pengawasan.

Cut of point prioritas risiko – risiko dapat dijabarkan sebagai berikut :

- Apabila ditemukan satu saja faktor dari Risk Priority Number berjumlah 5 atau lebih maka prioritas risikonya adalah menengah
- Apabila ketiga factor RPN-nya adalah 5 atau lebih maka prioritas risikonya adalah substansial
- Apabila ketiga faktor RPN-nya adalah kurang dari 5 maka risiko dianggap diterima

E. Pengendalian Risiko

Pengendalian risiko Rumah Sakit Mata Bali Mandara dilakukan menggunakan SIMRS Manajemen Risiko (SIPRIMA – Sistem Pengendalian Internal Rumah Sakit Mata Bali Mandara, dengan prosedur yaitu :

1. Input Risiko baik risiko klinis maupun non klinis oleh masing – masing unit/bidang/bagian
2. Menentukan RPN inherent dan residual untuk melihat prioritas risiko serta menilai keefektifan pengendalian
3. Menentukan prioritas risiko
4. Menentukan Grading Matriks
5. Menginput FOCUS-PDCA untuk risiko yang tidak diterima
6. Pihak terkait memberi arahan, koordinasi, dan solusi
7. FOCUS-PDCA dilanjutkan apabila masalah belum selesai dengan FOCUS-PDCA pertama
8. Apabila risiko telah selesai dikelola, print out detail risiko, FOCUS-PDCA, dan pengendalian untuk ditandatangani oleh PIC dan Tim Manajemen Risiko
9. Print out diarsipkan

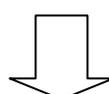
Adapun proses pengendalian risiko melalui aplikasi SIPRIMA dapat dilihat dalam diagram sebagai berikut :

INPUT

No MR	Lokasi
K17-090	Fisiothe
K17-091	Unit Ra
K17-092	Unit Ra
K17-093	Semua
K17-094	Pol Mat
K17-095	Farmas
K17-096	Farmas
K17-098	IGD
K17-099	IGD
K17-100	IGD
K17-101	IGD
K17-102	IGD
K17-109	IRIB OK

Severity	Detectable
6	1
3	1
3	1
3	1
3	1
3	1
3	1
4	7
3	2
4	7
2	7
3	4
6	3

JML RISK
13



FOCUS PDCA

Sistem Informasi Manajemen Risiko v1.0

FOCUS PDCA RISIKO KLINIS

Lokasi: Proses: Periode Tanggal Mulai: 01/01/2017 s.d 10/08/2017

CARI

No Risiko	Lokasi	Proses	Tgl Mulai	Tgl Selesai	Jenis Insiden	Sumber Identifikasi	Tipe Insiden	PIC	Peluang	Frekuensi Paparan	Akhir Imp
K17-090	Fisioterapi	-	17/06/2017	17/06/2017	KPC	Laporan	Proses	-	3	6	
K17-091	Unit Rawat Jalan	-	17/06/2017	17/06/2017	KPC	Laporan	Administrasi	-	3	3	
K17-092	Unit Rawat Inan	-	17/06/2017	17/06/2017	KPC	Ronde	Proses	-	3	3	

TAMBAH DATA

No Risiko K17-101 **FOCUS PDCA** 2

Find

Organize

Clarify

Uncover

Select

Plan

Do

Check

Action

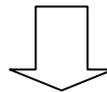
SIMPAN **BATAL**

JML RISK 13

DETAIL **FOCUS PDCA**

LAPORAN FOCUS PDCA RISIKO KLINIS
Periode Tanggal 01-Jan-17 s.d 10-Aug-17

NO	NO RISIKO	FOCUS PDCA	FIND	ORGANIZE	CLARIFY	UNCOVER	SELECT	PLAN	DO	CHECK	ACTION	TGL
1	K17-101	K17-101_1	input tindakan pasien poli mata yang akan dilakukan di IGD	a. koordinator IGD & ka. inst. IGD b. koordinator poliklinik mata & ka. inst. raw at jalan. c. ka. sub. bag. SIM d. staf IT		adanya prosedur baku pembayaran tindakan di kasir (masih berdasarkan kesepakatan bersama antara poli mata dan kasir) -Belum tersosialisasinya kesepakatan yang telah dibuat. b - Belum adanya prosedur baku input	SPD yang telah ada (update SPD) sesuai dengan kesepakatan an alur digedung baru - SPD pembayaran tindakan - SPD input tindakan b. Sosialisasi prosedur secara kontinu (morning briefing) c. Laksanakan	SPD yang telah ada (update SPD) sesuai dengan kesepakatan an alur digedung baru - SPD pembayaran tindakan - SPD input tindakan b. Sosialisasi prosedur secara kontinu (morning briefing) c. Laksanakan				*****



PENGENDALIAN

Sistem Informasi Manajemen Risiko v1.0

PENGENDALIAN FOKUS PDCA

Periode Tanggal Mulai: 01/01/2017 s.d 10/08/2017

CARI

No Risiko	Fokus PDCA	Find	Organize	Clarify	Uncover	Select
K17-101	K17-101_1	input tindakan pasien poli mata	a. koordinator IGD & ka. inst. IGD		a. - Belum adanya prosedur baku	a. Riew SP

TAMBAH DATA

NO RISIKO K17-101 **FOKUS PDCA** K17-101_1

ARAHAN DIREKTUR

WADIR ASD

WADIR PELAYANAN

KEPALA BAGIAN

KEPALA BIDANG

KOOR. UNIT /KA. INS

KOORDINASI

SOLUSI

SIMPAN **BATAL**

F. Pelaporan Internal

Berbagai tingkatan dalam sebuah organisasi perlu melaporkan berbagai informasi dari proses manajemen risiko. Di Rumah Sakit Mata Bali Mandara pelaporan manajemen risiko dilakukan secara reguler yaitu setiap minggu melalui weekly report, setiap bulan melalui rapat paripurna, serta setiap triwulan melalui rapat Komite PMKP (Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien) dan Manajemen Risiko.

Risiko – risiko yang terdata dalam aplikasi manajemen risiko dapat juga dipantau setiap saat baik oleh direksi, unit, maupun individu, dimana :

1. Direksi, harus :

- Mengetahui tentang risiko yang paling signifikan yang dihadapi oleh organisasi
- Mengetahui efek yang mungkin terjadi pada pemegang saham mengenai penyimpangan nilai yang diharapkan dari rentang kinerja
- Memastikan tingkat kesadaran yang tepat di seluruh organisasi
- Mengetahui bagaimana organisasi akan mengelola krisis
- Mengetahui pentingnya kepercayaan dari para *stake holder* dalam organisasi
- Mengetahui bagaimana mengelola suatu komunikasi dengan komunitas investasi yang berlaku
- Meyakini bahwa proses manajemen risiko bekerja secara efektif
- Menerbitkan kebijakan manajemen risiko yang jelas yang meliputi filosofi manajemen risiko dan tanggung jawab.

2. Unit/Instalasi, harus:

- Menyadari risiko yang masuk dalam unit kerja mereka adalah tanggung jawabnya, kemungkin dampak-dampaknya berimbas pada unit lain.
- Memiliki indikator kinerja yang memungkinkan untuk memantau kegiatan utama dan kegiatan keuangan, kemajuan tujuan dan mengidentifikasi perkembangan yang memerlukan intervensi (misalnya prakiraan dan anggaran)
- Memiliki sistem berkomunikasi yang bervariasi dalam anggaran dan prakiraan pada frekuensi yang tepat untuk memungkinkan tindakan yang akan diambil

- Melaporkan secara sistematis dan secepatnya pada manajemen senior maupun yang mendapatkan risiko baru atau kegagalan dalam mengontrol langkah-langkah pengendalian yang ada.

3. Individu, harus :

- Memahami akuntabilitas mereka untuk resiko individu
- Memahami bagaimana mereka dapat mengaktifkan perbaikan secara terus-menerus respon manajemen risiko
- Memahami bahwa manajemen risiko dan kesadaran risiko adalah bagian kunci dari budaya organisasi
- Laporan yang sistematis dan pelaporan dengan segera kepada manajemen senior risiko yang dirasakan baru atau kegagalan tindakan pengendalian yang ada.

G. Pelaporan Eksternal

Sebuah perusahaan perlu melaporkan kepada para pemangku kepentingan secara teratur guna menetapkan kebijakan manajemen risiko dan efektivitas dalam mencapai tujuan.

Semakin *stake holder* memperhatikan organisasi untuk dapat memberikan bukti manajemen yang efektif dari kinerja organisasi non-keuangan di berbagai bidang seperti urusan masyarakat, hak asasi manusia, praktek-praktek ketenagakerjaan, kesehatan dan keselamatan serta lingkungan.

Tata kelola perusahaan yang baik mensyaratkan bahwa perusahaan perlu mengadopsi pendekatan metodis untuk manajemen risiko yang bertujuan untuk :

1. Melindungi kepentingan *stake holder* mereka
2. Memastikan bahwa Direksi melepaskan tugasnya untuk strategi langsung, membangun nilai dan monitor kinerja dari organisasi
3. Memastikan bahwa kontrol manajemen sudah sesuai dengan ketentuan dan dilakukan dengan cukup
4. Pengaturan untuk pelaporan formal manajemen risiko harus dinyatakan dengan jelas dan diketahui oleh para pemangku kepentingan. Pelaporan formal harus berdasarkan pada :
 - Metode kontrol – terutama tanggung jawab manajemen untuk manajemen risiko
 - Proses yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko dan bagaimana hal tersebut diatasi oleh sistem manajemen risiko

- Sistem kontrol utama yang diterapkan untuk mengelola risiko yang signifikan
 - Pemantauan dan sistem tinjauan secara langsung di tempat
- Setiap kekurangan signifikan yang terungkap oleh sistem, atau dalam sistem itu sendiri, harus dilaporkan bersama-sama dengan langkah yang akan diambil untuk menyelesaikan permasalahan tersebut.

H. Monitoring dan Evaluasi Risiko

Pengawasan dan tinjauan memang merupakan kegiatan yang umum dilakukan oleh organisasi manapun. Namun untuk manajemen risiko, alat bantu untuk memonitor risiko adalah Risk Register.

Risk Register adalah:

- Pusat dari proses manajemen resiko organisasi.
- Alat manajemen yang memungkinkan suatu organisasi memahami profil resiko secara menyeluruh.
- Ini merupakan sebuah tempat penyimpanan untuk semua informasi resiko
- Catatan segala jenis resiko yang mengancam keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya.
- Ini adalah dokumen hidup yang dinamis, yang dikumpulkan melalui proses penilaian dan evaluasi resiko organisasi.
- Risk Register ini bersifat sangat dinamis. Setiap bulan bisa saja berubah.
- Perubahan itu dapat berupa:
 - Jumlahnya berubah karena ada risiko baru teridentifikasi.
 - Tindakan pengendalian risikonya berubah karena terbukti.
 - Tindakan pengendalian risiko yang ada tidak cukup efektif.
 - Ada risiko yang dihilangkan dari daftar risiko.

Monitoring selanjutnya dilakukan mengacu kepada risk register, setiap triwulan, risk manager akan mengkaji risiko – risiko mana saja yang sudah tertangani, teratasi sebagian, atau belum tertangani sama sekali. Selanjutnya akan diidentifikasi juga prioritas risiko, berapa persen yang merupakan prioritas rendah, menengah, dan substansial.