

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 045/PER/DIR/RSIH/IV/2022

TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN RISIKO

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
NOMOR: 045/PER/DIR/RSIH/IV/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Subkomite Manajemen Risiko		12-04-2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Ketua Komite Mutu		12-04-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		12/04/2022

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 045/PER/DIR/RSIH/IV/2022
TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN RISIKO
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa Manajemen Risiko diperlukan oleh suatu organisasi agar meminimalisir risiko – risiko yang dapat terjadi di lingkungan RS Intan Husada
- b. bahwa untuk penyelenggaraan Manajemen Risiko yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional Rumah Sakit Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Manajemen Risiko
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b diatas, maka Direktur perlu menetapkan Panduan Manajemen Risiko

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
3. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
4. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
7. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN MANAJEMEN RISIKO**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 045/PER/DIR/RSIH/IV/2022 Tentang Panduan Manajemen Risiko
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 045/PER/DIR/RSIH/IV/2022 Tentang Panduan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Tentang Panduan Manajemen Risiko digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Tentang Panduan Manajemen Risiko sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut

Pada Tanggal : 12 April 2022

RUMAH SAKIT
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iii
BAB I	1
DEFINISI.....	1
BAB II	3
RUANG LINGKUP	3
BAB III	7
TATA LAKSANA.....	7
BAB IV	14
DOKUMENTASI	14

DAFTAR TABEL

Tabel 3.0 Skor Frekuensi Risiko	9
Tabel 3.1 Skor Dampak Risiko.....	10
Tabel 3.2 <i>Risk Register</i>	11
Tabel 3.3 Pengelolaan Risiko.....	12

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.0 Gambaran Proses Manajemen Risiko	7
---------------------------------------------------	---

BAB I DEFINISI

A. Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Manajemen risiko merupakan kegiatan terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan organisasi yang berkaitan dengan risiko.

Manajemen risiko harus dilakukan secara terintegrasi yang berarti:

1. Menjamin bahwa rumah sakit menerapkan sistem yang sama untuk mengelola semua fungsi manajemen risikonya, seperti keselamatan pasien, kesehatan dan keselamatan kerja, keluhan, tuntutan (litigasi) klinik, litigasi karyawan, serta risiko keuangan dan lingkungan
2. Jika dipertimbangkan untuk melakukan perbaikan, modernisasi dan *clinical governance*, manajemen risiko menjadi komponen kunci untuk setiap desain proyek tersebut.
3. Menyatukan semua sumber informasi yang berkaitan dengan risiko dan keselamatan, contohnya:
 - a. Data reaktif seperti insiden keselamatan pasien, tuntutan litigasi klinis, keluhan, dan insiden kesehatan dan keselamatan kerja
 - b. Data proaktif, seperti hasil dari penilaian risiko; menggunakan pendekatan yang konsisten untuk pelatihan, manajemen, analisis dan investigasi dari semua risiko yang potensial dan kejadian aktual

Proses manajemen risiko berarti rangkaian pelaksanaan penerapan sistematis dari kebijakan, prosedur dan praktik manajemen untuk kegiatan komunikasi, konsultasi, menetapkan konteks, dan mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, menangani, memantau dan meninjau risiko.

B. Manajemen Risiko Rumah Sakit

Manajemen risiko rumah sakit adalah suatu proses mengidentifikasi, mengukur risiko, serta membentuk strategi untuk mengelola semua risiko yang ada melalui sumber daya yang telah tersedia di rumah sakit. Keseluruhan proses manajemen risiko rumah sakit bertujuan untuk melindungi rumah sakit terhadap berbagai risiko yang terkait dengan kerugian, terlepas dari penyebabnya, sehingga rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien, pengunjung, maupun bagi petugas rumah sakit.

C. Identifikasi Risiko

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

Identifikasi risiko merupakan salah satu upaya pengelolaan risiko dalam manajemen risiko yang profesional, komprehensif, dan terintegrasi, yang bertujuan agar

insiden keselamatan pasien dapat diminimalisasi dan dicegah sedini mungkin. Hal ini meliputi dua hal, yakni:

1. Identifikasi Risiko Proaktif
2. Identifikasi Risiko Reaktif atau Responsif

D. Risiko

Risiko adalah potensi terjadinya insiden atau kerugian yang dapat timbul dari kegagalan proses kegiatan masa kini maupun di masa mendatang. Risiko terdiri atas dua jenis, yaitu:

a. Risiko Klinis

Risiko klinis adalah semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu tinggi, aman dan efektif.

b. Risiko Non Klinis

Risiko non klinis adalah semua isu yang dapat berdampak terhadap tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari rumah sakit sebagai korporasi.

BAB II RUANG LINGKUP

A. Ruang Lingkup Manajemen Risiko Rumah Sakit

Ruang lingkup manajemen risiko di rumah sakit meliputi hal-hal modus kegagalan yang berkaitan dengan:

1. Risiko pada pasien
 - a. Risiko terkait dengan sistem manajemen obat
 - b. Risiko jatuh
 - c. Pengendalian risiko infeksi
 - d. Risiko terkait dengan masalah gizi
 - e. Risiko fasilitas dan peralatan, misalnya: risiko kebakaran/cedera karena penggunaan laser, risiko-risiko yang diakibatkan dari kondisi-kondisi jangka panjang
 - f. Konsekuensi dari asuhan medis yang tidak pantas atau tidak dilakukan dengan benar
 - g. Komunikasi, kerahasiaan, dan keterbukaan informasi yang tidak tepat, termasuk rekam medis
 - h. Perlindungan dari penyalahgunaan, kelalaian dan penyerangan.
 - i. Apakah pasien diberitahu tentang risiko-risiko?
 - j. Terkait PPI
 - k. Edukasi pasien dan keluarga
2. Risiko pada staf medis
 - a. Kredensial staf klinis
 - b. Tindakan medis sesuai kompetensi dan prosedur baku
 - c. Apakah pasien dikelola dengan baik?
 - d. Apakah rumah sakit memiliki staf yang terlatih?
 - e. Paparan infeksi
 - f. Tindak kekerasan
3. Risiko pada tenaga kesehatan dan tenaga lainnya
 - a. Risiko keselamatan dan kecelakaan kerja
 - b. Mempertahankan lingkungan yang aman (K3)
 - c. Menyediakan perawatan dan kompensasi pekerja untuk penyakit atau cedera terkait pekerjaan
 - d. Paparan bahan infeksius
4. Fasilitas dan lingkungan rumah sakit
 - a. Keselamatan dan keamanan
 - b. B3 dan limbah B3
 - c. Disaster
 - d. Kebakaran
 - e. Peralatan medis
 - f. Sistem utilitas

5. Bisnis rumah sakit, dan lain-lain.

B. Ruang Lingkup Panduan Manajemen Risiko

Panduan ini mencakup seluruh manajemen risiko di area pelayanan RS Intan Husada, termasuk seluruh area pekerjaan, unit kerja dan area klinis. Manajemen risiko merupakan tanggung jawab semua komponen di rumah sakit. Tujuan manajemen risiko untuk identifikasi dan pengendalian risiko strategis dan operasional tidak akan tercapai apabila semua perangkat yang ada di rumah sakit tidak bekerjasama dan berpartisipasi pada pelaksanaannya. Manajemen risiko meliputi identifikasi, analisa, evaluasi dan pengelolaan risiko.

Dalam rangka mencapai tujuan untuk mengidentifikasi dan mengendalikan risiko, RS Intan Husada mengatur kewenangan dan tanggung jawab manajemen rumah sakit:

1. Level rumah sakit oleh Subkomite Manajemen Risiko dari Komite Mutu
2. Level unit kerja / bagian dalam rumah sakit oleh kepala unit atau koordinator dari masing-masing unit kerja

C. Uraian Tanggung Jawab Manajemen Risiko:

1. Tanggung Jawab Pimpinan Rumah Sakit
 - a. Menetapkan kebijakan mengenai manajemen risiko rumah sakit
 - b. Menetapkan dan membina tim manajemen risiko rumah sakit
 - c. Mengawasi dan memastikan sistem manajemen risiko berjalan dengan baik dan berkesinambungan
 - d. Menerima laporan dan rekomendasi pengelolaan/pengendalian risiko serta menindaklanjuti sesuai arah kebijakan rumah sakit termasuk pendanaannya
 - e. Mengambil alih tanggung jawab pengelolaan dan pengendalian insiden keselamatan pasien sesuai *grading* risiko
2. Tanggung Jawab Komite Mutu
 - a. Meninjau daftar risiko rumah sakit dan memberi rekomendasi untuk menurunkan skor risiko
 - b. Meninjau risiko-risiko ekstrim, tindakan, pengendalian, dan menyoroti area-area utama kepada masing-masing kepala unit kerja yang terkait
3. Tanggung Jawab Subkomite Manajemen Risiko
 - a. Membuat dan meninjau strategi dan kebijakan manajemen risiko
 - b. Penyediaan pelatihan penilaian risiko
 - c. Memantau daftar risiko per-unit kerja untuk setiap perubahan, bagian yang tidak lengkap, dengan perhatian pada tingkat risiko dan jadwal waktu
 - d. Memberi saran kepada penilai risiko, kepala unit kerja dan pihak eksekutif perihal manajemen risiko
 - e. Memelihara dan membina daftar penilai risiko yang aktif
 - f. Menanggapi permintaan audit internal dan eksternal berkaitan dengan manajemen risiko
 - g. Menanggapi permintaan pihak eksternal untuk informasi berkaitan proses risiko

4. Tanggung Jawab Kepala Unit

- a. Mengelola seluruh risiko di tempat kerja mereka. Kepala Unit boleh mendelegasikan tugas melakukan penilaian risiko kepada anggota tim yang telah menghadiri pelatihan penilaian risiko untuk menilai
- b. Kepala Unit bertanggung jawab untuk:
 - 1) Pelaksanaan strategi dan kebijakan manajemen risiko di area tanggung jawab mereka
 - 2) Mengelola daftar risiko unit kerja masing-masing. Hal ini termasuk mengumpulkan, meninjau, dan memutakhirkan data
 - 3) Menunjuk penilai risiko untuk area mereka, memastikan bahwa mereka diijinkan untuk menghadiri pelatihan penilai risiko dan sesi pemutakhiran
 - 4) Memastikan bahwa penilai risiko mempunyai alokasi waktu yang memadai untuk melakukan penilaian risiko
 - 5) Melakukan validasi seluruh penilaian risiko yang dilakukan, dan melakukan tindakan untuk mengurangi risiko yang teridentifikasi sampai pada tingkat terendah yang mungkin dicapai
 - 6) Melengkapi Formulir Penilaian Risiko (meninjau/ menyetujui pemeringkatan matriks: menyatakan tindakan apa yang diperlukan/ diambil untuk menurunkan risiko sampai pada tingkat terendah yang mungkin dicapai)
 - 7) Jadwal waktu untuk memulai/ meningkatkan langkah pengendalian (Pada tingkat berapa risiko sisa tertinggal setelah pelaksanaan tindakan/ peningkatan langkah pengendalian: apakah risiko perlu dimasukkan ke dalam daftar risiko unit kerja/ rumah sakit)
 - 8) Penyediaan informasi yang sesuai dan memadai, pelatihan dan supervisi bagi staf untuk mendukung penurunan risiko (Hal ini mencakup bahwa seluruh staf menghadiri training wajib yang terkait)
 - 9) Memelihara catatan penilaian risiko yang dilaksanakan dan untuk mencatat perkembangan dan kinerja dibandingkan tindakan perbaikan yang di rencanakan
 - 10) Kepala Unit harus mengingatkan tim manajemen risiko jika penilai risiko meninggalkan/ tidak lagi memenuhi perannya, sehingga tim manajemen risiko mempunyai tanggung jawab untuk memutakhirkan data penilai risiko organisasi
 - 11) Berkoordinasi dengan unit kerja lain di dalam rumah sakit
 - 12) Dalam keadaan dimana rencana untuk mengelola risiko berada diluar kewenangan kepala unit atau dimana ada keterlibatan sumber daya yang besar, risiko akan diprioritaskan oleh Direktur Rumah Sakit
 - 13) Memastikan bahwa penilaian risiko divalidasi ulang pada jangka waktu yang sesuai atau mengikuti perubahan keadaan. Frekuensi peninjauan akan bervariasi mengikuti tingkat sisa risiko

D. Risiko Rumah Sakit

Risiko yang ada di rumah sakit meliputi:

1. Risiko Klinis

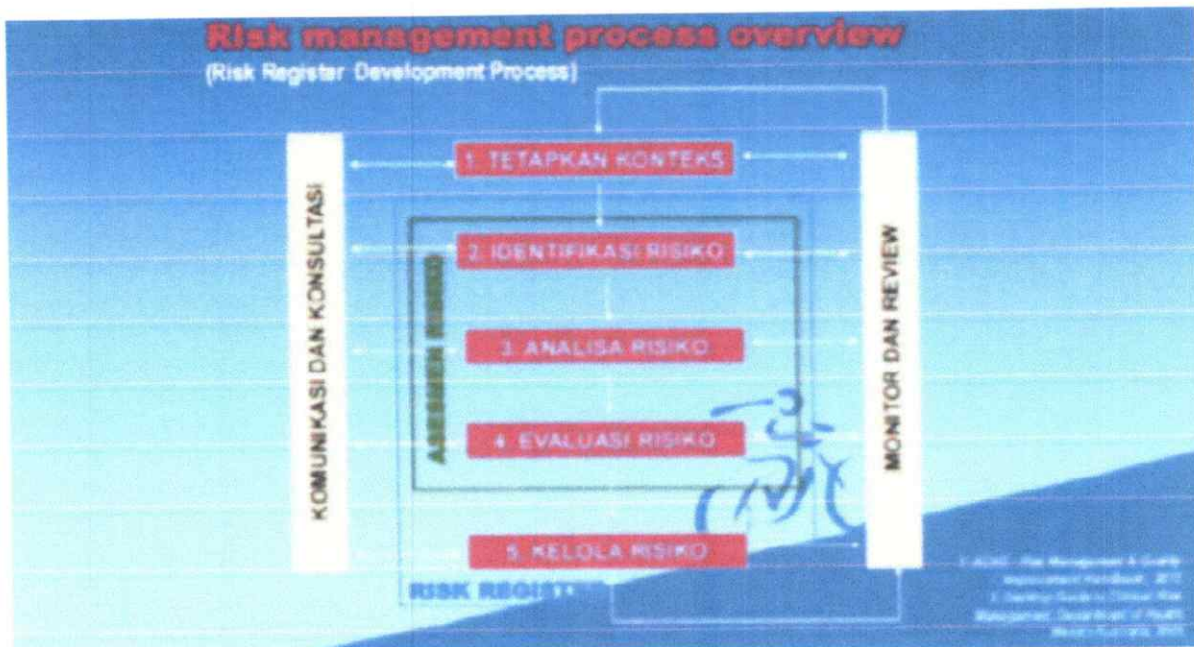
Semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu, aman dan efektif

2. Risiko Nonklinis / *Corporate Risk*:

Semua isu yang dapat berdampak terhadap tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari rumah sakit sebagai korporasi

BAB III TATA LAKSANA

Manajemen risiko RS Intan Husada adalah sebuah subkomite yang di koordinir dibawah Komite Mutu. Berikut adalah gambaran proses manajemen risiko secara menyeluruh:



Gambar 3.0 Gambaran Proses Manajemen Risiko

Secara umum proses manajemen risiko terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut:

A. Menetapkan Konteks

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam menetapkan konteks:

1. Identifikasi faktor-faktor yang mendukung atau merusak kemampuan untuk mengelola risiko
2. Identifikasi tujuan dan sasaran manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen risiko rumah sakit
3. Definisikan kriteria terhadap risiko mana yang akan dievaluasi
4. Tetapkan struktur manajemen risiko

B. Identifikasi dan Analisa Risiko

Untuk melakukan identifikasi risiko ada beberapa cara yang dapat dilakukan. Berdasarkan jenis identifikasinya, yaitu:

1. Identifikasi risiko proaktif, melakukan:
 - a. Audit
 - b. Inspeksi
 - c. *Brainstorming*
 - d. Pendapat ahli
 - e. Belajar dari pengalaman rumah sakit lain
 - f. FMEA
 - g. Analisa SWOT
 - h. Survei

2. Identifikasi risiko reaktif, melakukan:
 - a. Pelaporan insiden
 - b. RCA

Ada beberapa pertanyaan yang harus dijawab saat melakukan identifikasi risiko, ialah :

1. Apa yang bisa terjadi?
2. Bagaimana itu bisa terjadi?
3. Mengapa itu bisa terjadi?
4. Kapan itu bisa terjadi?
5. Untuk siapa itu bisa terjadi?
6. Dimana itu bisa terjadi?

Untuk melakukan analisa risiko, beberapa pertanyaan di bawah ini harus dapat terjawab:

1. Apa kemungkinan/ frekuensinya sesuatu terjadi?
2. Apa konsekuensi, dampak atau kemungkinan hasilnya?
3. Siapa yang bisa terpengaruh dan bagaimana caranya?
4. Berapa tingkat risikonya?
5. Apa kontrol yang ada dan yang dibutuhkan?

Adapun cara yang paling mudah dan mungkin dilakukan di sebuah rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Subkomite manajemen risiko meminta setiap unit untuk mengidentifikasi risiko yang ada di unit masing-masing yang dikumpulkan dalam tabel *risk register* (lampiran)
2. Data identifikasi dikumpulkan menjadi satu dan menjadi identifikasi risiko rumah sakit
3. Proses identifikasi harus dilakukan secara sistematis dan terstruktur guna menemukan dan mengenali risiko
4. Melengkapi daftar risiko dengan deskripsi risiko, termasuk menjelaskan kejadian dan peristiwa yang mungkin terjadi dan dampak yang ditimbulkan
5. Identifikasi dilakukan pada: sumber risiko, area risiko, peristiwa dan penyebab risiko, dan potensi akibatnya

C. Penetapan Prioritas dan Evaluasi Risiko

Langkah-langkah penetapan prioritas risiko adalah sebagai berikut:

1. Menilai konsekuensi yang dapat diakibatkan sebuah insiden dan kemungkinan terjadinya risiko setelah teridentifikasi
2. Mengevaluasi risiko yang sudah diidentifikasi
3. Memberikan skor untuk menentukan bobot dan prioritas risiko yang telah terjadi

Langkah-langkah evaluasi risiko setelah diketahui bobot dari masing-masing risiko:

1. Menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadap masing-masing risiko sesuai dengan bobotnya
2. Bila bobotnya rendah dan tidak menjadi prioritas, tindakannya dapat hanya mentoleransi saja dan menjadikannya catatan
3. Bila risiko yang terjadi memiliki bobot besar dan mengganggu pencapaian tujuan rumah sakit, maka selanjutnya risiko tersebut ditentukan sebagai prioritas utama yang harus diatasi

D. Skor Tingkat Risiko

Tujuan menentukan prioritas risiko adalah untuk membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko. *Risk register* yang sudah dikumpulkan dari setiap unit, dihitung skor tingkat risikonya, guna menentukan prioritas risiko. Setelah itu ranking skor risiko teratas dari tiap unit dikumpulkan menjadi satu, dan dipilih lagi skor tingkat risiko yang paling tinggi. Penentuan skor tingkat risiko dapat menggunakan rumus:

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

Keterangan :

RPN adalah Nilai Prioritas Risiko

Occurance adalah kemungkinan terjadinya atau probabilitasnya

Severity (dampak) adalah keparahan atau berat ringan akibat yang ditimbulkan

Penjelasan mengenai perhitungan RPN adalah sebagai berikut :

1. Kriteria *Occurance* (O)/ Probabilitas/ Frekuensi

Tabel 3.0 Skor Frekuensi Risiko

PROBABILITY : LIKELIHOOD / FREKUENSI	
Level	DESKRIPSI
1 Very low	0–5% – extremely unlikely or virtually impossible HAMPIRTIDAK MUNGKIN TERJADI ->5 thn/x
2 Low	6–20% – low but not impossible JARANG TAPI BUKAN TIDAK MUNGKIN TERJADI 2-5 thn/x
3 Medium	21–50% – fairly likely to occur MUNGKIN TERJADI/ BISA TERJADI 1-2 thn/x
4 High	51–80% – more likely to occur than not SANGAT MUNGKIN Beberapa /thn
5 Very high	81–100% – almost certainly will occur HAMPIR PASTI AKAN TERJADI Tiap mngg./bln

2. Kriteria Severity (S)/ Dampak

Tabel 3.1 Skor Dampak Risiko

SKOR DAMPAK

	1	2	3	4	5
	INSGNIFICANT	MINOR	MODERATE	MAJOR	CATASTROPHIC
CIDERA PASIEN	Tidak ada cedera	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama	Berkurangnya fungsi motorik / sensorik Setiap kasus yang memperpanjang perawatan	Cedera luas • Kehilangan fungsi utama permanent	Kematian
PELAYANAN/ OPERASIONAL	TERHENTI LEBIH DARI 1 JAM	TERHENTI LEBIH DARI 8 JAM	TERHENTI LEBIH DARI 1 HARI	TERHENTI LEBIH DARI 1 MINGGU	TERHENTI PERMANEN
BIAYA / KEUANGAN	KERUGIAN KECIL	KERUGIAN LEBIH DARI 0,1% ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 0,25 % ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 0,5% ANGGARAN	KERUGIAN LEBIH DARI 1% ANGGARAN
PUBLIKASI	RUMOR	- MEDIA LOKAL - WAKTU SINGKAT	- MEDIA LOKAL - WAKTU LAMA	MEDIA NASIONAL KURANG DARI 3 HARI	MEDIA NASIONAL LEBIH DARI 3 HARI
REPUTASI	RUMOR	DAMPAK KECIL THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	DAMPAK BERMAKNA THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	DAMPAK SERIUS THD MORIL KARYAWAN DAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT	MENJADI MASALAH BERAT BAGI PR

3. Tabel Risk Register

Perhitungan RPN di atas dapat diterapkan dalam penyusunan risk register seperti dibawah ini.

Tabel 3.2 Risk Register

NO	IDENTITAS PROSES RISIKO TINGGI	RISK ASSESMENT			RANKING PRIORITAS S RISIKO	STRATEGY MITIGASI/ REDUKSI RISIKO	KETERANGAN	TINDAK LANJUT/ STRATEGI MITIGASI RISIKO PERBAIKAN
	Sumber Identifikasi	Probability/ Likelihood	Impact/ Dampak	Total Score				
		(0-4)	(1-5)					
I	RISIKO PERAWATAN PASIEN							
	* Wajib diisi oleh unit yang berhubungan dengan pelayanan pasien	* Untuk keterangan lebih lanjut bisa lihat di tabel				*Diisi dengan kebijakan yang ada seperti SPO/ Panduan dan atau strategi untuk		*Diisi untuk omsiden/ risiko yang pernah terjadi
1				0				
2				0				
sdt								
II	RISIKO STAF MEDIS							
	*Wajib diisi oleh unit yang memiliki staf medis							
1				0				
2				0				
sdt								
III	RISIKO TERKAIT KARYAWAN							
1				0				
2				0				
sdt								
IV	RISIKO PROPERTI							
1				0				
2				0				
sdt								
V	RISIKO KEUANGAN							
1				0				
2				0				
sdt								
VI	RISIKO LAIN-LAIN							
1				0				
2				0				
sdt								

E. Pengelolaan Risiko

Pengelolaan kasus risiko bertujuan untuk meminimalkan kerugian (*Risk Control*). Perlakuan risiko merupakan upaya untuk menyeleksi pilihan-pilihan yang dapat mengurangi atau meniadakan dampak serta kemungkinan terjadi risiko. Perlakuan yang dapat dipilih adalah:

1. Pengendalian, yaitu upaya-upaya untuk mengubah risiko yang merupakan langkah-langkah antisipatif yang direncanakan dan dilakukan secara rutin untuk mengurangi risiko
2. Penanganan, yaitu 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 meliputi:

1. Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar dari pada kerugian
2. Mentoleransi risiko
3. Mentransfer risiko pada pihak ke 3 seperti asuransi
4. Menghentikan aktivitas yang menimbulkan risiko

Berikut adalah tabel opsi yang dapat dilakukan untuk pengelolaan risiko

Tabel 3.3 Pengelolaan Risiko

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menghindari risiko	1 Menghentikan kegiatan 2 Tidak melakukan kegiatan
Mengurangi risiko	1 Membuat kebijakan 2 Membuat SPO 3 Mengganti atau membeli alat 4 Mengembangkan system informasi (IT) 5 Melaksanakan prosedur (pengadaan, perbaikan, dan pemeliharaan bangunan, dan instrument yang sesuai dengan persyaratan, pengadaan barang habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan)
Mentransfer risiko	1 Asuransi 2 Menggunakan jasa pihak ketiga
Mengeksploitasi risiko	Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan yang lebih besar daripada kerugian
Menerima risiko	Ganti rugi, tuntutan hukum

F. Komunikasi dan Konsultasi

Dalam seluruh tahapan manajemen risiko, ada hal penting yang perlu selalu dilakukan, yaitu komunikasi dan konsultasi. Adapun tujuan komunikasi dan konsultasi adalah sebagai berikut :

1. Komunikasi dan konsultasi adalah elemen kunci dari proses manajemen risiko klinis
2. Rumah sakit harus mengembangkan strategi komunikasi yang tepat untuk melibatkan para pemangku kepentingan internal dan eksternal
3. Memastikan bahwa mereka sadar mengapa strategi dan kebijakan manajemen risiko klinis telah dikembangkan dan diimplementasikan
4. Memastikan bahwa mereka memahami peran dan tanggung jawab individu mereka untuk manajemen risiko klinis

Dalam melakukan komunikasi dan konsultasi, diperlukan beberapa strategi khusus yang meliputi:

1. Mengetahui tujuan yang jelas untuk komunikasi
2. Identifikasi pemangku kepentingan internal dan eksternal mana yang harus dikonsultasikan:
 - a. Kelompok dan individu pemangku kepentingan
 - b. DPJP dan PPA/staf klinis lainnya
 - c. Tim komunikasi
3. Identifikasi keyakinan dan perspektif yang perlu dipertimbangkan selama proses manajemen risiko
4. Pengembangan strategi komunikasi yang akan digunakan selama proses manajemen risiko
5. Proses yang akan digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi efektivitas program komunikasi organisasi

BAB IV

DOKUMENTASI

Pada manajemen risiko terdapat dokumen-dokumen yang menunjang pekerjaan, yaitu :

- A. Sosialisasi mengenai Manajemen Risiko (Cara Pengisian Tabel *Risk Register*)
 - 1. Undangan
 - 2. Materi
 - 3. Absensi
 - 4. Notulensi
- B. Tabel *Risk Register* dari Setiap Unit yang sudah diisi
- C. Laporan Identifikasi Risiko Rumah Sakit
- D. Dokumen - dokumen yang berhubungan dengan proses manajemen risiko (Panduan, SPO, dll)