

PENGETAHUAN, PERSEPSI DAN PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO KLINIS DI LIMA RUMAH SAKIT DI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA DAN BANTEN TAHUN 2005

KNOWLEDGE, PERCEPTION AND IMPLEMENTATION OF CLINICAL RISK MANAGEMENT IN FIVE HOSPITALS IN DKI JAKARTA AND BANTEN YEAR 2005

Arjaty Daud, Dumilah Ayuningtyas, Purnawan Junadi
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana,
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

ABSTRACT

Background: People become more selective in choosing a medical service. As an institution providing medical service, a hospital should have implemented risk management to minimize and avoid charges and losses in both financial and reputation.

Methods: This research is aim to understand about clinical risk management. Research was performed in five private and public general hospitals in DKI Jakarta and Banten involving 13 information sources. Research methods are qualitative, quantitative and using content analysis method for data analysis.

Result: The research has found that the knowledge and perception of the risk management information were good in general. Implementation of risk management in formal and structured has been performed in two hospitals. Only two hospitals performing incident/accident report. Two hospitals were found to have performed risk analysis. While for register, not all of hospital had performed it yet. For risk evaluation, it had also done at two hospitals and was found that two hospitals prefer risk treatment. All of hospitals were found implemented communication with the stakeholder, monitoring and review.

Conclusion: It is advisable for the hospitals not yet implementing the risk management, implemented it formally and structurally. The hospital which has been implemented risk management advisable focusing in analysis, evaluating, treatment and risk mapping.

Keywords: knowledge, perception, implementation, clinical risk management

ABSTRAK

Latar Belakang: Masyarakat semakin selektif dalam memilih pelayanan kesehatan. Sebagai sebuah institusi layanan kesehatan, rumah sakit seyakinya menerapkan manajemen risiko guna meminimalisir biaya serta mencegah kerugian dan kehilangan reputasi.

Metode: Penelitian ini bertujuan untuk memahami pentingnya manajemen risiko klinis. Dalam penelitian ini diambil sampel lima rumah sakit pemerintah dan swasta di DKI Jakarta dan Banten melibatkan 13 sumber informasi. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif, kuantitatif dan menggunakan *content analysis method* (metode analisis isi) untuk analisis data.

Hasil: Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa pengetahuan dan persepsi mengenai manajemen risiko secara umum baik. Manajemen risiko secara formal dan struktural telah diterapkan oleh dua rumah sakit. Hanya dua rumah sakit yang menunjukkan *incident/accident report*. dua rumah sakit diketahui telah menjalankan analisis risiko. Pada saat pendataan, belum semua rumah sakit menjalankan manajemen risiko ini. Untuk evaluasi risiko telah dilakukan oleh dua rumah sakit dan dua rumah sakit telah sampai kepada

penanganan risiko. Diketahui bahwa semua rumah sakit telah menerapkan komunikasi dengan *stakeholder*, *monitoring* dan *review*.

Kesimpulan: Hasil penelitian ini dapat disarankan kepada rumah sakit yang belum menerapkan manajemen risiko, baik secara formal maupun struktural. Rumah sakit yang telah menerapkan manajemen risiko disarankan fokus dalam analisis, evaluasi, penanganan dan pemetaan risiko.

Kata kunci: pengetahuan, persepsi, pelaksanaan, manajemen risiko klinis

PENGANTAR

Saat ini banyak rumah sakit masuk dalam liputan media massa, bukan karena prestasinya melainkan karena "buruknya" pelayanan. Untuk meminimalkan risiko di RS diperlukan pemahaman tentang manajemen risiko. Program manajemen risiko bertujuan mengidentifikasi risiko-risiko yang dihadapi dan mengukur atau menentukan besar risiko kemudian dicari jalan keluar untuk menghadapi dan menangani risiko itu yaitu dengan mengetahui jenis risiko apa saja yang dihadapi, bagaimana dampak risiko terhadap perusahaan, risiko mana yang harus dihadapi sendiri dan ditransfer ke asuransi maka harus disusun strategi guna memperkecil dan mengendalikannya.¹

Program manajemen risiko di Amerika Serikat dimulai pada tahun 1970-an sebagai akibat meningkatnya jumlah klaim malpraktik di RS. Mayoritas klaim adalah akibat *incident* dan *adverse events* di kamar operasi dan ruang gawat darurat. Hal ini menjadi dasar dikembangkannya program manajemen risiko di bidang pelayanan kesehatan pertama kalinya. *American Hospital Association* (AHA) membentuk organisasi manajemen risiko RS yaitu *American Society for Hospital Risk Management* (ASHRM).²

Pada tahun 1975 di Inggris hanya terdapat 500 klaim ke *British National Health System* (NHS) dan setiap tahun *total cost* sekitar 1 juta *pound sterling*. Tapi pada tahun 1992, meningkat menjadi 6000 klaim per tahun dengan *total cost* menjadi 200 juta *pound sterling*. Hal inilah yang mendasari perkembangan manajemen risiko di NHS yang dimulai sejak tahun 1990-an. Sejak tahun 1992 Departemen Kesehatan Inggris sudah mengembangkan buku pedoman dan pelatihan mengenai manajemen risiko yang dipublikasikan dan mulai digalakkan pada tahun 1993 oleh NHS. Pedoman dibagi atas pendahuluan dasar (*basic introduction*) yang berisi ide manajemen risiko dan penjelasan metodologi *risk assessment* yang telah dilakukan di dua tempat uji coba (*pilot project*) NHS *trust* yaitu *Essex* dan *Leeds*.³

Data dari Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) Ikatan Dokter Indonesia Daerah Khusus Ibukota (IDI DKI) Jakarta⁴, terdapat 41 kasus malpraktik yang ditangani MKEK selama kurun waktu Juli 2001 hingga September 2003 dan yang dinyatakan bersalah dan atau melanggar etik kedokteran yaitu 16 (39%) dengan variasi derajat pelanggarannya. Harus ada komitmen dari pimpinan kepada semua karyawan bahwa identifikasi risiko secara dini sangatlah penting. Banyak hal yang dapat diselamatkan dengan mencegah risiko seperti kerugian *financial* jika RS dituntut, reputasi, citra, dan waktu yang terbuang untuk menyelesaikan kasus jika menimbulkan masalah hukum.

Beberapa penelitian psikometrik yang telah dilakukan menyatakan bahwa adanya perbedaan variabel individu seperti latar belakang, pengalaman sebelumnya dan pendidikan akan mempengaruhi persepsi risiko. Oleh karena itu, direktur RS, Ketua Komite Medik, dan manajer risiko perlu untuk mengetahui pemahaman tentang manajemen risiko dan pelaksanaan manajemen risiko di lima RS di DKI Jakarta dan Banten tahun 2005.

Pelaksanaan manajemen risiko di RS merupakan tanggung jawab manajer risiko. Dalam strukturnya bisa disesuaikan berdasarkan pemahaman, kesepakatan, dan komitmen *stakeholder* dan *top level management* mengenai *quality*, *safety*, dan manajemen risiko di RS tersebut. Manajemen risiko dalam pelaksanaannya bisa berintegrasi dengan kegiatan *Quality Assurance* (QA).

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen sebagai metode pengumpulan data. Dilakukan pula pendekatan kuantitatif dengan cara survei/pengisian kuesioner untuk mengetahui persepsi responden terhadap manajemen risiko. Sampel ditetapkan secara *purposive (non probability)* yaitu dua RS milik pemerintah dan tiga RS swasta di DKI Jakarta dan Banten. Alasan pemilihan sampel untuk dijadikan tempat penelitian karena RS tersebut sudah cukup terkenal dan memiliki fasilitas lengkap dengan manajemen yang baik, adanya akses bagi peneliti untuk memperoleh data, serta semua RS sudah berstatus Perusahaan Terbatas (PT). Sampel informan adalah Direktur Utama/*Chief Executive Officer* (CEO), Wakil Direktur Pelayanan Medik, Ketua Komite Medik dan Manajer Risiko. Waktu penelitian mulai bulan Maret sampai Juni 2005.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada pelaksanaannya hanya ada empat Direktur Utama/CEO yang diwawancarai. Untuk Direktur Medik bisa diwawancarai pada lima RS yang diteliti, sedangkan untuk Ketua Komite Medik hanya bisa diwawancarai pada tiga RS.

1. Pengetahuan

Penelitian ini menunjukkan para informan sudah memahami definisi manajemen risiko sesuai dengan definisi menurut *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) dan *The American Society of Hospital Risk Management* (ASHRM). Pengetahuan mengenai manajemen risiko dapat dilihat pada Tabel 1.

a. Macam Risiko

Umumnya para informan sudah memahami berbagai risiko yang dapat terjadi di RS. Namun ada batasan yang perlu diperjelas mengenai risiko medis dan risiko klinis, mengingat masih ada informan yang masih bingung membedakannya. Untuk itu perlu ada pemahaman dan sosialisasi mengenai perbedaan tersebut.

b. Tujuan Manajemen Risiko

Hasil penelitian ini menunjukkan para informan sudah memahami tujuan dan fungsi

Tabel 1. Pengetahuan Manajemen Risiko

No	Variabel	RS A	RS B	RS C	RS D	RS E
1	Definisi manajemen risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Waspada dan mengurangi risiko pada pasien, karyawan dan dokter ▪ <i>How to manage the hospital day by day</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko yang terjadi di jajaran manajemen akibat tindakan yang kita lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminimalkan, mencegah risiko untuk pasien dan karyawan ▪ Pengawasan terhadap seluruh kejadian di RS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengatasi dan mencegah terjadinya risiko/ suatu kejadian ▪ <i>Memanager</i> untuk menghindarkan dan mengecilkan segala risiko 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Upaya mengantisipasi kemungkinan risiko, setelah tahu risiko yang akan terjadi, bagaimana mencegahnya, kalau terjadi juga, bagaimana mengatasinya. Keseluruhan kegiatan itulah manajemen risiko ▪ Mengurangi dampak negatif bagi pasien dan RS
2	Macam risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko di bidang medis, nonmedis (administrasi) keperawatan, ▪ Semua <i>adverse event</i> di RS itu risiko 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko terhadap semua sumber daya ▪ Risiko terhadap sistem pelayanan ▪ Segi malpraktik, efek samping obat, pelaksanaan protap tidak standar, tenaga medis dan pendamping tidak standar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Medical risk, financial risk, behavior risk.</i> ▪ <i>Clinical dan non clinical risk (PK3RS), operation risk, compliance risk dan legal</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko medis dan nonmedis (keuangan, <i>housekeeping</i>, HRD ▪ <i>Clinical dan non clinical risk</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko medis dan nonmedis ▪ <i>Clinical risk dan non clinical risk</i>
3	Tujuan dan fungsi manajemen risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebih mengutamakan meningkatkan pelayanan dengan faktor risiko dibandingkan faktor litigasi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperkecil dampak risiko ▪ Meminimalkan risiko 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supaya tidak ada <i>incident</i>, prinsipnya kembali ke reputasi ▪ Memberi prioritas dalam pengembangan usaha 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Di <i>health care</i> bukan <i>zero defect</i> tapi <i>no accident</i>. Itu <i>goal</i> kita ◦ Kuncinya pasien <i>safety</i> dan <i>quality</i> ◦ Mencegah jangan sampai terjadi risiko, kalau terjadi jangan terulang lagi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberikan pelayanan yang terbaik dan mengatur sedemikian rupa hingga pelayanan yang diberikan telah memperhitungkan risiko-risiko yang ada untuk dihindari ▪ Meminimalkan dampak risiko yang sudah terjadi ▪ Berupaya seminimal mungkin terjadi hal-hal yang sama. Itu intinya

manajemen risiko. Mempertahankan reputasi RS harus mengeluarkan biaya yang tidak murah, sehingga segala macam risiko yang akan mengancam reputasi RS akan berdampak pada biaya yang harus dikeluarkan juga sesuai dengan tujuan manajemen risiko untuk mengelola risiko sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas

(*quality*) dan aman (*safety*) bagi pasien dan pengunjung.^{5,6}

2. Persepsi terhadap Insiden Medis

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada insiden yang disebabkan oleh *human error* mendapatkan nilai tertinggi (100%), sedangkan

yang disebabkan campuran (*human error* dan teknologi) mendapatkan nilai terendah (11%). Jika dibandingkan dengan penelitian Jeffcott⁷ untuk insiden akibat teknologi lebih tinggi yaitu (38%) dibandingkan penelitian ini (33%). Untuk insiden yang disebabkan *human error* pada penelitian ini lebih tinggi (100%), sedangkan pada penelitian Jeffcott⁷ (80%). Untuk insiden yang disebabkan campuran (*human error* dan teknologi) menurut Jeffcott, M.,⁷ lebih tinggi yaitu (55%) sedangkan penelitian ini (11%). ini berarti informan pada penelitian ini lebih memilih penyebab tunggal seperti teknologi atau *human error* dibanding penyebab campuran pada insiden medis.

Starr & Fischhof, *et al.*, yang dikutip Jeffcott, M.⁷ menyatakan bahwa adanya perbedaan variabel individu seperti latar belakang, pengalaman sebelumnya dan pendidikan akan mempengaruhi persepsi risiko. Keputusan yang diambil untuk mengatasi sebuah risiko sangat tergantung pada persepsi terhadap risiko itu sendiri. Persepsi informan yang berasal dari RS yang sudah melaksanakan manajemen risiko secara formal dan terstruktur ternyata tidak berbeda bermakna dengan informan

yang berasal dari RS yang belum melaksanakan manajemen risiko secara formal dan terstruktur. Persepsi terhadap penyebab kejadian tersebut akan berpengaruh terhadap keputusan dan intervensi yang akan diambil, karena akan sangat berbeda intervensi untuk *human error*, misalnya dengan pelatihan (*training*) atau pendidikan tentang penggunaan alat dan prosedur pelayanan terhadap pasien dengan intervensi untuk teknologi misalnya dengan mengganti alat atau servis alat. (Tabel 2).

3. Pelaksanaan Manajemen Risiko

Hasil penelitian ini menunjukkan pelaksanaan manajemen risiko baru dilaksanakan di dua RS yang diteliti yaitu RS C dimulai pada tahun 1998-1999 dan RS D pada tahun 2005. Dibandingkan dengan penerapan manajemen risiko di Amerika Serikat sudah dimulai sejak tahun 1970-an, sedangkan di Inggris baru dimulai pada tahun 1990-an dan sudah ditetapkan secara nasional oleh NHS *Trust*. Saat ini di Indonesia penerapan manajemen risiko masih tergolong "baru" karena masih sangat sedikit RS yang melaksanakannya. (Tabel 3).

Tabel 2. Persepsi terhadap Risiko atau Insiden Medis

No	Penyebab insiden medis	RS A	RS B	RS C	RS D	RS E	TOTAL
A.	Teknologi:	3/6	2/6	3/9	1/6	3/9	33%
1.	Insiden tombol	(50%)	(33%)	(33%)	(17%)	(33%)	
2.	Insiden <i>probe</i>						
3.	Insiden infus						
B.	<i>Human error</i> :	6/6	6/6	9/9	9/9	9/9	100%
4.	Insiden dosis	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	
5.	Insiden <i>clips</i>						
6.	Insiden tablet						
C.	Campuran (teknologi dan <i>human error</i>) :	1/6	2/6	0/9	0/9	1/6	11%
5.	Insiden alarm	(17%)	(22%)	(0%)	(0%)	(17%)	
6.	Insiden <i>doppler</i>						
7.	Insiden jarum						
	Total	50%	52%	44%	39%	50%	48%

Tabel 3. Pelaksanaan Manajemen Risiko

No	Varibel	RS A	RS B	RS C	RS D	RS E
1.	Pelaksanaan Manajemen risiko	Belum formal dan terstruktur	Belum formal dan terstruktur	Sudah formal dan terstruktur sejak tahun 1998 - 1999	Sudah formal dan terstruktur sejak tahun 2005	Belum formal dan terstruktur
2.	Pengorganisasian manajemen risiko	Belum ada	Belum ada	Sudah ada, manajer risiko bagian dari <i>solution design</i>	Sudah ada, Komite manajemen risiko	Belum ada
3.	Dampak pelaksanaan manajemen risiko	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisa identifikasi dan <i>solve</i> lebih dini ▪ Tidak ada krisis dan guncangan terlalu besar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebih hati-hati ▪ Keluhan dan komplain jadi lebih berkurang 	-
4.	Kendala pelaksanaan manajemen risiko	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membentuk <i>culture incident report</i> bukan untuk <i>blaming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Blaming situation</i> ▪ <i>Image</i> tukang ngadu yang perlu dihilangkan ▪ <i>Incident report</i> bukan hukuman tapi diberi <i>reward</i> tapi tidak dalam bentuk material 	-
5.	Kebijakan Manajemen risiko	Belum ada secara khusus	Belum ada secara khusus	Sudah ada khusus manajemen risiko	Sudah ada khusus manajemen risiko	Belum ada secara khusus
6.	Penanggung jawab manajemen risiko	Belum ada secara khusus	Belum ada secara khusus	Ada, <i>Asisten Solution Design</i> / Manajer Risiko	Komite manajemen risiko	Belum ada secara khusus
7.	Identifikasi risiko	Sudah dilakukan dengan rapat, ronde, kuesioner tetapi belum ada form khusus	Sudah dilakukan dengan rapat, kuesioner, tetapi belum ada form khusus	Sudah dilakukan dengan <i>incident report, accident report, kuesioner, check list</i>	Sudah dilakukan dengan laporan insiden medik, laporan insiden umum, kuesioner, <i>check list</i>	Sudah dilakukan dengan rapat, kuesioner, <i>check list</i> tetapi belum ada form khusus
8.	Analisis risiko	Belum dilakukan secara khusus	Belum dilakukan secara khusus	Sudah dilakukan dengan investigasi dan <i>root cause</i> tetapi belum dilakukan registrasi dan <i>grading</i> dengan menghitung biaya	Sudah dilakukan analisis dengan <i>root cause</i> dan <i>fish bone</i> tetapi belum dilakukan <i>grading</i> dan registrasi	Belum dilakukan secara khusus
9.	Evaluasi risiko	Belum dilakukan secara khusus	Belum dilakukan secara khusus	Sudah dilakukan tetapi belum membandingkan derajat risiko dengan kriteria risiko	Sudah dilakukan evaluasi risiko tetapi belum membandingkan derajat risiko dengan kriteria risiko	Belum dilakukan secara khusus
10.	Pengelolaan risiko	Belum dilakukan secara khusus	Belum dilakukan secara khusus	Sudah dilakukan tetapi belum komprehensif mulai dari identifikasi pilihan pengelolaan risiko, menilai pilihan, merencanakan pilihan sampai pada pengimplementasiannya	Sudah dilakukan tetapi belum komprehensif mulai dari identifikasi pilihan pengelolaan risiko, menilai pilihan, merencanakan pilihan sampai pada pengimplementasiannya	Belum dilakukan secara khusus
11.	Komunikasi dan konsultasi risiko dengan <i>stake holder</i>	Sudah dilakukan jika ada risiko dan masalah yang cukup berat	Sudah dilakukan jika ada risiko dan masalah yang cukup berat	Sudah dilakukan jika ada risiko dan masalah yang cukup berat	Sudah dilakukan jika ada risiko dan masalah yang cukup berat	Sudah dilakukan jika ada risiko dan masalah yang cukup berat
12.	<i>Monitoring</i> dan <i>review</i> risiko	Belum dilakukan secara khusus	Belum dilakukan secara khusus	Sudah dilakukan	Sudah dilakukan	Belum dilakukan secara khusus
13.	Pemetaan risiko	Belum dilakukan	Belum dilakukan	Dalam proses	Dalam proses	Belum dilakukan

a. Pengorganisasian Manajemen Risiko

Jika dilihat posisi manajemen risiko pada struktur organisasi di dua RS yang sudah menerapkan secara formal dan terstruktur (RS C dan RS D) terdapat perbedaan dan persamaan. Perbedaannya adalah pada RS C manajemen risiko berada di bawah manajemen konsultan yang berfungsi sebagai *solution design* dan posisinya sejajar dengan CEO, sedangkan pada RS D manajemen risiko berada dalam satu komite yang disebut komite manajemen risiko dan posisinya berada di bawah CEO. Persamaannya adalah RS C dan RS D sama-sama mengintegrasikan kegiatan antara QA dan manajemen risiko dalam pelaksanaan operasionalnya. Pada RS C, QA dan manajemen risiko berada dalam satu payung yaitu manajemen konsultan/*solution design* yang tugasnya sama dengan Komite Medik yaitu memberikan saran kepada CEO. Pada RS D, posisi QA, komite manajemen risiko dan Komite Medik berada di bawah CEO, tetapi QA dan komite manajemen risiko terpisah, tidak berada dalam satu departemen walaupun pelaksanaannya terintegrasi.

Melihat beberapa struktur organisasi tersebut, peneliti berpendapat bahwa posisi manajemen risiko dalam struktur organisasi di RS tidak bisa disamaratakan. Rancangan struktur organisasi yang dibuat tergantung pada pemahaman, kesepakatan dan komitmen *stakeholder* dan *top level management* mengenai *quality*, *safety* dan manajemen risiko di RS tersebut.

Persamaan yang ditemukan peneliti dalam pelaksanaan manajemen risiko adalah integrasi antara manajemen risiko dan QA. Pengintegrasian kegiatan manajemen risiko dan QA pada kedua RS tidak selalu berarti penggabungan menjadi satu departemen, tetapi kegiatan manajemen risiko dan manajemen mutu ditangani oleh satu komite yaitu *committee for risk management and quality assurance* yang secara garis besar mempunyai dua fungsi yaitu fungsi administrasi terhadap komplain dan fungsi pencegahan dan jaminan mutu, tetapi dapat juga merupakan unit kerja yang berbeda tetapi melakukan integrasi dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang sama.⁶ Pengintegrasian ini agar lebih efisien dibandingkan masing-masing sebagai fungsi yang berbeda.

Dari hasil penelitian ini struktur organisasi RS C, manajemen risiko dan QA terpisah tetapi berada dalam satu payung yaitu manajemen konsultan yang

disebut juga *solution design*. Adapun bagian yang berada di bawah manajemen konsultan yaitu QA and *policy management*, *risk management*, *internal audit* dan *corporate strategic management*. *Risk management* dibagi lagi menjadi *clinical risk* (*medical risk* dan *nurse risk*), *non clinical risk* dan *legal*. Tetapi dalam pelaksanaannya QA masih dirangkap oleh *risk manager* yang dalam jabatannya disebut sebagai *asisten solution design*.

Pada struktur organisasi RS D, manajemen risiko merupakan suatu Komite yang disebut *risk management committee*. Posisinya langsung di bawah CEO dan terpisah dari QA. Tetapi dalam pelaksanaannya QA membantu tugas dan fungsi *risk management committee* sebagai *incident management*. Fungsi tugas utama *risk management committee* lainnya selain *incident management* adalah *credential and re credential*, *medico legal aspect*, *medical audit*, *infection control* dan *risk management officer*.

b. Dampak Pelaksanaan Manajemen Risiko

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan manajemen risiko secara formal dan terstruktur baru dilaksanakan di RS C dan RS D. Secara umum pelaksanaan manajemen risiko di RS yang diteliti sudah dirintis. Namun baru RS C yang melakukan pemetaan dan analisis risiko pada taraf *grading* dan dibuat secara grafik yang menunjukkan hubungan antara frekuensi dan dampak pada berapa besar nilai kerugian keuangan RS, sehingga dampak pelaksanaan manajemen risiko di RS C khususnya yang telah melaksanakan manajemen risiko menjadi lebih terkendali terhadap berbagai macam risiko yang ada di RS baik berupa *human error* ataupun permasalahan teknis dan tentu saja dapat memperkecil kemungkinan kerugian RS.

Sudah saatnya manajemen risiko diterapkan di RS untuk mendeteksi dini, mengurangi dan mencegah kemungkinan krisis yang dapat terjadi walaupun penilaian dampak manajemen risiko klinis di NHS masih sulit dilakukan³. Di samping itu, kesadaran seluruh karyawan akan pentingnya pencegahan terhadap risiko, perlu adanya *advocacy* mengenai budaya tidak menyalahkan untuk menciptakan lingkungan manajemen yang baik dalam menjalankan manajemen risiko.

c. Penanggung Jawab Manajemen Risiko

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa

penanggung jawab manajemen risiko di RS C lebih memilih seorang manajer risiko sebagai penanggung jawab manajemen risiko yang berada di bawah manajemen konsultan/*solution design*, sedangkan RS D lebih memilih membentuk komite manajemen risiko dengan beberapa anggotanya dan diketuai oleh manajer risiko. Komite manajemen bertugas mengumpulkan dan melakukan *review* terhadap informasi yang masuk ke komite, melakukan *monitoring* terhadap "*potential hazards*" dan mengembangkan serta melaksanakan program-program manajemen risiko. Keanggotaan komite dibentuk secara lintas disiplin yang terdiri dari representatif dari medik, representatif dari perawat, representatif dari unit diklit, representatif dari komite mutu, representatif dari asuransi, representatif dari *legal counsel* dan sebagainya sesuai kebutuhan.

Menurut Rowland H,⁶ untuk menetapkan kebutuhan manajer risiko apakah diperlukan *full time* atau cukup *part time* saja, dapat dihitung berdasarkan beberapa variabel dalam panduan kebutuhan manajer risiko yaitu jumlah tempat tidur, jumlah *incident report* per tahun, riwayat klaim RS, *performance* dan tingkat litigasi. Pada penelitian ini, peneliti belum dapat menghitung kebutuhan tersebut karena ada beberapa variabel yang tidak bisa diperoleh datanya seperti riwayat klaim RS, *performance* dan level litigasi. Menurut NHS, biasanya dipilih seorang dokter yang bertanggung jawab terhadap manajemen risiko klinis yang disebut manajer risiko, walaupun tanggung jawab manajemen risiko berada pada semua pihak di RS.³

d. Kebijakan Manajemen Risiko

Dari hasil penelitian kebijakan manajemen risiko pada RS C dan RS D sudah cukup lengkap. Kebijakan tersebut meliputi sudah adanya Surat Keputusan (SK) pengangkatan manajer risiko, SOP, *flow chart* sampai *job description* yang memuat wewenang, tugas dan tanggung manajer risiko.

e. Identifikasi Risiko

Rumah sakit (RS) C dan RS D sudah melakukan identifikasi risiko secara formal. Rumah sakit (RS) C membuat *incident report* dan *accident report* sedangkan pada RS D membuat *form* insiden medis dan insiden umum. Identifikasi secara informal umumnya juga sudah dilaksanakan pada semua RS

seperti ronde, kuesioner, survei, dan *check list*.

f. Analisis Risiko

Secara umum RS yang diteliti sudah melakukan analisis risiko dengan berbagai cara seperti: mengolah komplain pasien, *Key Performance Indikator (KPI)*, *action plan*, *preventive action* dan *corrective action*, melakukan pembicaraan kasus dan rapat medis dan analisis berdasarkan kasus medik, nonmedik, etik atau teknis. Tetapi hanya sampai taraf *grading*, baru didapatkan pada RS C. Tetapi *grading* yang dilakukan di RS C belum sampai pada taraf perhitungan biaya, sedangkan *register* risiko belum dilakukan pada semua RS yang diteliti RS. Analisis risiko dilakukan dengan penggolongan risiko untuk menentukan keparahan dari tiap risiko dengan cara memeriksa kecenderungan terjadinya risiko dan akibatnya bila hal itu terjadi.⁷

Tujuan analisis risiko adalah untuk memisahkan risiko minor dari risiko mayor dan untuk menyediakan data yang akan digunakan dalam evaluasi dan pengelolaan risiko. Data yang dimaksud adalah sumber risiko, dampak dan frekuensi (*likelihood*). Risiko dianalisis dengan menggabungkan perhitungan dampak dan frekuensi (*likelihood*).⁹

g. Evaluasi risiko

Dari lima RS yang diteliti belum ada yang melakukan evaluasi risiko dengan membandingkan derajat risiko dengan kriteria risiko yang bisa dinyatakan dalam bentuk spesifik seperti *fatality*, frekuensi dan nilai uang. Evaluasi risiko yang dilaksanakan masih terbatas pada jumlah kasus *incident* dan *accident*.

h. Pengelolaan Risiko

Dari kedua RS yang sudah menjalankan manajemen risiko secara formal, pengelolaan risiko yang digunakan lebih sesuai dengan pengelolaan risiko yang pengelolaannya akan mengikuti analisis risiko termasuk pemilihan metode yang dipakai dalam manajemen risiko. Jadi pada analisis dilakukan *root cause*, maka pada pengelolaan dilakukan *preventive action* dan *corrective action*.⁹

Pengelolaan risiko terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut: mengidentifikasi pilihan pengelolaan risiko, *identifying options for risk treatment*, menilai pilihan pengelolaan risiko, merencanakan pengelolaan risiko dan mengimplementasikannya.⁸

i. Komunikasi dan Konsultasi

Dari hasil penelitian didapatkan semua RS yang diteliti sudah melakukan komunikasi dan konsultasi dengan pemilik/*stakeholder* dalam rapat *Board of Director* (BOD), Rapat Dewan Direksi dan *Steering Committee*.

j. Monitoring dan Review

Monitoring yang dilakukan masih sebatas pada *monitoring* berdasarkan *feed back* dan informasi kemudian diusulkan perbaikan-perbaikan. Jadi belum sampai pada tahap *monitoring* rencana pengelolaan risiko dan perubahan yang dilakukan apakah masih relevan atau tidak dengan rencana manajemen. Efektivitas rencana pengelolaan risiko dan strateginya perlu *dimonitoring*. Efektivitas pengawasan untuk memastikan bahwa perubahan yang dilakukan tidak mengganggu prioritas risiko. Ulasan (*review*) penting dilakukan untuk memastikan bahwa rencana manajemen masih relevan. *Review* adalah bagian dari rencana pengelolaan manajemen risiko.⁹

k. Pemetaan Risiko

Dari hasil penelitian, semua RS belum ada yang melakukan pemetaan risiko. Tetapi ada satu RS yaitu RS C yang sudah dalam proses untuk membuat pemetaan risiko. Pemetaan risiko adalah proses persamaan secara grafik suatu risiko organisasi. Pemetaan risiko secara grafik ditunjukkan melalui hubungan antara frekuensi (seberapa sering kejadian terjadi) dan dampaknya (berapa besar nilai kerugian) sebagai cara agar dapat diketahui risiko yang akan berdampak pada keuangan perusahaan. Pemetaan risiko akan membantu manajer risiko dalam memvisualisasikan frekuensi dan derajat berat kerugian perusahaan dalam periode waktu tertentu. Pemetaan risiko dapat digunakan sebagai alat manajemen risiko dalam menentukan strategi karena dapat digunakan dalam menganalisis risiko yang teridentifikasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian ini, diketahui bahwa pengetahuan informan mengenai manajemen risiko cukup bervariasi. Informan yang berasal dari RS yang belum melaksanakan manajemen risiko secara formal dan terstruktur sudah mengetahui definisi,

macam risiko dan tujuan manajemen risiko. Tetapi pengetahuan mengenai pengorganisasian, kebijakan dan proses manajemen risiko mulai dari identifikasi, analisis, evaluasi, pengelolaan sampai pemetaan risiko masih kurang. Sebaliknya informan yang berasal dari RS yang sudah menjalankan manajemen risiko secara formal dan terstruktur, pengetahuannya mengenai manajemen risiko lebih baik pada definisi, macam risiko, tujuan, organisasi, kebijakan maupun proses manajemen risiko seperti dari identifikasi, analisis, evaluasi, pengelolaan sampai pemetaan risiko.

Persepsi terhadap manajemen risiko sangat baik pada insiden medis yang penyebabnya adalah *human error* tetapi agak kurang pada insiden yang disebabkan oleh teknologi dan campuran (teknologi dan *human error*). Pelaksanaan manajemen risiko secara formal dan terstruktur baru dilaksanakan di dua RS yang diteliti.

Saran

Rumah sakit (RS) yang belum menerapkan manajemen risiko sebaiknya melakukan: a) mengirimi para pihak yang berkepentingan untuk mengikuti seminar atau simposium mengenai manajemen risiko agar lebih memahami manajemen risiko di RS, b) menerapkan manajemen risiko secara terstruktur dan formal, menetapkan program dan kebijakan manajemen risiko, c) meningkatkan pelaporan identifikasi dini terhadap risiko kejadian atau kecelakaan dengan menerapkan *incident report* dan *accident report* serta melakukan *assesment* secara proaktif, d) melakukan analisis risiko secara kualitatif dengan *system grading* dan *registrasi* risiko agar hasil analisis dapat lebih bermakna, e) melakukan evaluasi dengan membandingkan derajat risiko dengan kriteria risiko yang dinyatakan dalam suatu jumlah yang spesifik seperti *fatality*, frekuensi dan nilai uang, f) mengelola risiko dengan lebih komprehensif mulai dari identifikasi pilihan pengelolaan risiko, menilai pilihan, merencanakan pilihan sampai pada pengimplementasiannya, g) membuat pemetaan risiko (*mapping risiko*).

Rumah sakit (RS) yang sudah menerapkan manajemen risiko, terus meningkatkan program manajemen risiko terutama lebih mempertajam analisis, evaluasi dan pengelolaan risiko serta membuat pemetaan risiko.

KEPUSTAKAAN

1. Kuntjoro, T. Pembahasan Aspek Manajemen terhadap Terjadinya Kesalahan Di Rumah Sakit Dalam Seminar Nasional Antisipasi Error di Rumah Sakit, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FKUGM, Yogyakarta. 2000.
2. Sanbar, S.S. et al. Legal Medicine, fourth edition, St Louis American College of Legal Medicare. 1998.
3. Vincent, C. Clinical Risk Management, BMJ, London. 2001.
4. Majelis Kode Etik Kedokteran Ikatan Dokter Indonesi (MKEKIDI), 2003, DKI Jakarta.
5. Roberta, C. Risk Management Handbook for Health Care organizations, third edition, American Society for Healthcare Risk Management, Josey Bass, A Wiley Company, San Fransisco. 2000.
6. Rowland, H. Hospital Risk Management, Volume 1, Aspen Publication Gaithersburg, Maryland. 1992.
7. Jeffcott, M. An examination of Risk Manager's Perception of Medical Incidents, Dept of Computing Science, University of Glasgow, Scotland. 2001.
8. Standards Australia, AS/NHS, 1999.
9. Darmawi, H. Manajemen Risiko, Bumi Aksara, Jakarta. 2002.