

LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI SUB KOMITE MANAJEMEN RISIKO RS ISLAM JEMURSARI SURABAYA

Disusun Oleh :

MULYAMININGRUM

101511133040

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Surabaya, 01 April 2019



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.

NIP 196509141996011001

Pembimbing di RSI Jemursari Surabaya,

Surabaya, 02 April 2019



Iignes Marsitaharjanti, S.KM

NPP 14101661

Mengetahui,

Surabaya, Apr 02, 2019

Ketua Departemen



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.

NIP 196509141996011001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat penulis dapat menyelesaikan laporan magang yang berjudul “Proses Manajemen Risiko Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya” dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan individu magang ini merupakan pertanggungjawaban selama pelaksanaan magang di Sub Komite Manajemen Risiko RSI Jemursari Surabaya yang termasuk dalam salah satu mata kuliah di semester 8. Dalam laporan individu magang dijabarkan mengenai hasil dan pembahasan dari kegiatan magang untuk melihat tujuan yang telah tercapai selama pelaksanaan magang.

Pada kesempatan ini disampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes., selaku Ketua Departemen Fakultas Kesehatan Masyarakat dan dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk serta saran yang membangun dan motivasi yang sangat berharga dalam terselesaikannya laporan magang ini.
3. Nurman Hermawan, S.TP., M.Kes. selaku Ketua Sub Komite Manajemen Risiko RSI Jemursari Surabaya
4. Ignes Marsitaharjanti, S.KM. selaku staf sub komite manajemen risiko dan sebagai pembimbing lapangan magang.
5. Husnul, Feni, dan Nizam sebagai teman sepermagangan di RSI Jemursari Surabaya
6. Serta pihak lain yang belum tercantum, terima kasih atas dukungannya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 01 April 2019

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Magang	2
1.3 Manfaat Magang	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Rumah Sakit	4
2.3 Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit.....	6
2.4 Struktur Organisasi.....	18
2.5 Job Description dan Job Specification	20
2.6 Standar Prosedur Operasional (SPO)	21
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	23
3.1 Rancang Bangun Kegiatan	23
3.2 Lokasi Kegiatan	23
3.3 Waktu Pelaksanaan.....	23
3.4 Kerangka Operasional Magang	24
3.5 Metode Pelaksanaan Magang.....	24
3.6 Pengumpulan dan Analisis Magang	25
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	26
4.1 Gambaran Umum RS Islam Jemursari	26
4.1.1 Profil RS Islam Jemursari	26
4.1.2 Visi, misi dan nilai dasar RS Islam Jemursari	27
4.1.3 Struktur organisasi RS Islam Jemursari	29
4.1.4 Komposisi SDM RS Islam Jemursari	31
4.1.5 Jenis pelayanan di RS Islam Jemursari	32

4.1.6 Kinerja RS Islam Jemursari	36
4.2 Gambaran Umum Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam	
Jemursari	40
4.2.1 Profil Sub Komite Manajemen Risiko	40
4.2.2 Struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko	40
4.2.4 <i>Job description</i> dan <i>job specification</i> Sub Komite Manajemen	
Risiko	43
4.2.5 Kebijakan dan pedoman Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam	
Jemursari	49
4.2.5 Standar Prosedur Operasional Sub Komite Manajemen Risiko (K3)	50
4.3 Pelaksanaan Manajemen Risiko	54
4.3.1 Identifikasi risiko.....	54
4.3.2 Analisis risiko	59
4.3.3 Evaluasi risiko	62
4.3.4 Pengendalian risiko	63
4.3.5 Monitoring dan review	65
BAB V PENUTUP	66
5.1 Kesimpulan.....	66
5.2 Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	Bahaya Potensial Berdasarkan Lokasi Dan Pekerjaan Di Rumah Sakit	12
3.1	<i>Timeline</i> Kegiatan Magang di Sub Komite Manajemen Risiko Bagian K3 RS Islam Jemursari Surabaya	23
4.1	Jumlah Sumber Daya Manusia di RS Islam Jemursari Surabaya Februari 2018	31
4.2	Analisis Ketersediaan Pelayanan RS kelas B Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 dengan Pelayanan di RS Islam Jemursari Surabaya	34
4.3	Uraian Tugas Sub Komite Manajemen Risiko	43
4.4	Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil Sub Komite Manajemen Risiko	45
4.5	Kesesuaian Kualifikasi dan Ketersediaan Personil Sub Komite Manajemen Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan	46
4.6	Ketersediaan Konten Pada SPO Sub Komite Manajemen Risiko Menurut Format Minimal SPO (KARS, 2012)	53
4.7	Kesesuaian dan Pelaksanaan Prosedur Identifikasi Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan	55
4.8	Kesesuaian dan Pelaksanaan Prosedur Pelaporan Insiden Kecelakaan Kerja Pada SPO Dengan Kondisi Yang Ada Di Lapangan	56
4.9	Kriteria Peluang Risiko (P)	60
4.10	Kriteria Frekuensi Paparan Risiko (F)	60
4.11	Kriteria Impact/Akibat Risiko (A)	60
4.12	Kriteria Skor Risiko (R)	61
4.13	Kesesuaian dan Pelaksanaa Penilaian Risiko Sub Komite Manajemen Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan	62
4.14	Kriteria Skor Risiko (R)	63
4.15	Kesesuaian Dan Pelaksanaan Prosedur Pemeliharaan APAR Pada SOP Dengan Kondisi Di Lapangan	64

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Proses Manajemen Risiko K3RS	10
3.1	Kerangka Operasional Magang	24
4.1	Struktur Organisasi RS Islam Jemursari	29
4.2	Persentase BOR RSI Jemursari Tahun 2016-2018	36
4.3	Persentase ALOS RSI Jemursari Tahun 2016-2018	37
4.4	Persentase BTO RSI Jemursari Tahun 2016-2018	37
4.5	Persentase TOI RSI Jemursari Tahun 2016-2018	38
4.6	Persentase NDR RSI Jemursari Tahun 2016-2018	39
4.7	Persentase GDR RSI Jemursari Tahun 2016-2018	39
4.8	Struktur Organisasi Komite PMKP	41
4.9	Usulan Struktur Organisasi Komite PMKP	42
4.10	Usulan <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i> Ketua Sub Komite Manajemen Risiko (Mondy, 2016)	48
4.11	SPO Pencatatan Dan Pelaporan Insiden Kecelakaan Kerja	51
4.12	Usulan Form Pelaporan Insiden Kecelakaan Kerja	58

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	Surat Jawaban Permohonan Izin Magang	69
2.	Daftar Hadir Mahasiswa Magang	70
3.	Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang	71
4.	Dokumentasi Magang	73
5.	Berita Acara Perbaikan (BAP) Seminar Magang	74

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit juga merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja.

Kegiatan pelayanan di rumah sakit memiliki kerentanan terhadap terjadinya gangguan kesehatan, terjadi kecelakaan ketika bekerja, gangguan dari lingkungan dan terjadinya bermacam-macam bencana karena api, listrik, gas, air, ledakan, kimia maupun rusaknya bangunan. Hal ini mudah terjadi karena rumah sakit mempunyai sarana dan prasarana yang bila tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan gangguan lingkungan maupun bencana terhadap orang-orang yang ada di dalam maupun sekitarnya. Demikian pula sistem dan fungsi rumah sakit serta produk dan limbahnya bila tidak ditangani dengan baik dapat berakibat buruk bagi manusia yang ada di sekitarnya. Interaksi antar bangunan, penghuni, sarana prasarana, fungsi, sistem dan limbahnya mempunyai potensi terjadinya bahaya-bahaya dari segi biologi, kimia, fisika (panas, radiasi, suara), ergonometri dan psikososial. Pada akhirnya akan mengurangi produktivitas, kinerja dan efektifitas pelayanan akibat penurunan mutu sumberdaya manusia beserta alatnya.

Dalam proses perencanaan sampai pelaksanaan pelayanan perlu dilakukan pencegahan dan pengurangan potensi risiko terjadinya bahaya-bahaya yang disebut di atas, serta bila terjadi agar ditanggihkan dengan cepat dan tepat sehingga dampaknya tidak terlalu merugikan bagi seluruh pihak. Jika manajemen risiko keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit dikelola dengan baik maka akan mempengaruhi mutu rumah sakit. Oleh karena itu, maka perlu dilakukan manajemen risiko agar dapat mengurangi dan mencegah terjadinya risiko bahaya.

1.1 Tujuan

1.1.1 Tujuan umum

Mempelajari manajemen risiko K3 di RS Islam Jemursari.

1.1.2 Tujuan khusus

1. Mempelajari gambaran umum RS Islam Jemursari.
2. Mempelajari gambaran umum Sub Komite Manajemen Risiko K3 RS Islam Jemursari
3. Mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kebijakan, dan SOP yang ada di Sub Komite Manajemen Risiko K3 RS Islam Jemursari.
4. Mempelajari *job description* dan *job specification* pegawai yang terlibat dalam proses manajemen risiko K3 di RS Islam Jemursari.
5. Mempelajari dan menganalisis proses pelaksanaan manajemen risiko K3 yang ada di Rumah Sakit Islam Jemursari.
6. Memberikan masukan perbaikan atau usulan kepada Sub Komite Manajemen Risiko K3 RS Islam Jemursari.

1.2 Manfaat

Dengan adanya kegiatan magang, diharapkan dapat memberikan manfaat kepada pihak berikut :

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat menimba pelajaran praktis dari lapangan dan membandingkan ilmu yang diperoleh dengan dunia kerja yang sesungguhnya. Sehingga dapat mempersiapkan diri dalam menghadapi kompetisi pendidikan. Beberapa manfaat khusus yang diperoleh mahasiswa dari kegiatan magang adalah sebagai berikut:

- a. Menambah pengalaman bekerja dengan mengaplikasikan teori ilmu kesehatan masyarakat, terutama di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan.
- b. Mengetahui tentang gambaran RS Islam Jemursari, struktur organisasi, kebijakan, pedoman, SPO, tupoksi, dan *job description* yang terdapat di bagian sub komite manajemen risiko K3 RS Islam Jemursari.
- c. Mengetahui proses pelaksanaan serta proses yang terjadi dalam manajemen risiko K3 RS Islam Jemursari.

2. Bagi Perguruan Tinggi

Perguruan Tinggi dalam hal ini Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dapat memperkaya khasanah

dunia kerja melalui informasi yang diperoleh dari lapangan. Sehingga dapat melakukan penyesuaian materi perkuliahan terhadap tuntutan dunia kerja yang pada akhirnya dapat menghasilkan sarjana yang lebih kompetitif.

3. Bagi Tempat Magang

- a. Menjalin hubungan kerjasama yang baik antar Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya dengan perguruan tinggi
- b. Membantu kegiatan teknis dan operasional Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian rumah sakit

Menurut WHO (2019), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Rumah sakit melengkapi dan memperkuat efektivitas bagian lain dari sistem kesehatan dengan menyediakan layanan yang berkelanjutan untuk kondisi akut dan rumit. Rumah sakit berkonsentrasi pada sumber daya yang langka dalam jaringan rujukan terencana untuk merespon secara efisien kebutuhan kesehatan masyarakat. Rumah sakit adalah elemen penting untuk mencakup sistem kesehatan universal dan juga berperan penting dalam pencapaian tujuan pembangunan yang berkelanjutan (SDG's).

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan yang padat dengan kerumitan dan bersifat integratif karena melibatkan berbagai profesi kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, analis, radiografer, dan lain-lain yang secara bersama-sama memberikan pelayanan kepada pasien. Selain itu, rumah sakit juga sarat dengan teknologi, standar prosedur, risiko, dan sebagainya (Cahyono, 2008).

2.1.2. Tugas dan fungsi rumah sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

2. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3. Jenis rumah sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, jenis Rumah Sakit dibedakan menjadi 2 yaitu berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan dan berdasarkan pengelolaannya. Berikut adalah penjelasannya :

1. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan yaitu :
 - a. Rumah Sakit Umum
Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
 - b. Rumah Sakit Khusus
Rumah sakit yang hanya memberikan pelayanan kesehatan secara utama/ khusus pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu sesuai dengan disiplin ilmu, golongan umur, jenis penyakit, organ, maupun kehususan yang lainnya. Rumah sakit khusus terdiri dari rumah sakit khusus ibu dan anak, jantung, paru, gigi dan mulut, bedah, ginjal, jiwa, kulit dan kelamin, mata, dan penyakit infeksi.
2. Berdasarkan pengelolaannya yaitu :
 - a. Rumah Sakit Publik
Rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah maupun pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan Pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) maupun Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Rumah sakit publik tersebut dapat beralih menjadi rumah sakit privat.

b. Rumah Sakit Privat

Rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan mendapatkan keuntungan (*profit-oriented*) yang berbentuk Perseroan Terbatas maupun Persero.

2.1.4. Klasifikasi rumah sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi empat, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit pelayanan gawat darurat, empat spesialis dasar, lima spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain dan 13 subspecialis.

2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar, empat spesialis penunjang medik, delapan spesialis lain dan dua subspecialis dasar. Pelayanan medik minimal yang harus diberikan terdiri dari pelayanan gawat darurat.

3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medik.

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit dua spesialis dasar.

2.3 Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit

2.3.1 Manajemen risiko rumah sakit

Risiko adalah peluang terjadinya sesuatu yang akan mempunyai dampak pada pencapaian tujuan (AS/NZS 4360:2004) dan efek dari ketidakpastian tujuan (ISO 31000:2009). Manajemen risiko adalah budaya, proses dan struktur yang diarahkan

untuk mewujudkan peluang sambil mengelola efek yang tidak diharapkan (AS/NZS 4360:2004). Manajemen risiko adalah kegiatan terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan organisasi berkaitan dengan risiko (ISO 31000:2009). Manajemen risiko adalah suatu identifikasi terhadap setiap hal yang dapat menjadi sebuah kesalahan, menghentikan terjadinya kesalahan, mengurangi konsekuensi saat terjadi kesalahan, dan memulihkan kondisi setelah terjadinya kesalahan.

Setiap kesalahan yang terjadi dalam pengiriman produk atau jasa dari operasional dapat dipertimbangkan sebagai sebuah kegagalan. Kegagalan yang terjadi dapat memiliki konsekuensi yang sangat besar meskipun tidak muncul terlalu sering. Namun, kegagalan lainnya memiliki konsekuensi yang lebih kecil dengan frekuensi yang lebih sering. Secara operasional, risiko disebabkan oleh beberapa tipe kegagalan, dan terdapat banyak sumber kegagalan yang berbeda pada setiap operasi. Oleh karena itu dilakukan manajemen risiko yang secara umum memiliki empat tahap dalam aktivitasnya. Pertama, berkaitan dengan pemahaman terhadap kegagalan apa yang potensial untuk terjadi dalam proses operasi dan menilai tingkat keseriusannya. Kedua, tahap untuk menguji cara pencegahan terjadinya kegagalan. Ketiga, tahap untuk meminimalkan konsekuensi negatif dari kegagalan (mitigasi risiko). Tahap terakhir adalah untuk merancang perencanaan dan prosedur yang akan membantu pemulihan kondisi operasional dari terjadinya kegagalan. Dalam bidang keselamatan, risiko umumnya diakui bahwa konsekuensi selalu bersifat negatif dan oleh karena itu manajemen risiko keselamatan berfokus pada pencegahan dan mitigasi kerugian.

Manajemen risiko memiliki tujuan penting yang diklasifikasikan sebagai berikut:

1. *Pre-Loss Objectives*

Tujuan penting sebelum terjadinya kerugian termasuk dalam aspek ekonomi, pengurangan tingkat kecemasan, dan memenuhi kewajiban hukum.

2. *Post-Loss Objectives*

Manajemen risiko juga memiliki tujuan tertentu setelah terjadinya kerugian. Tujuan tersebut termasuk kelangsungan hidup/ketahanan perusahaan, operasi berkelanjutan, stabilitas pendapatan, pertumbuhan berkelanjutan, dan tanggung jawab sosial.

Menurut ukuran organisasi, fungsi manajemen risiko dapat berupa manajemen risiko tunggal, manajemen risiko paruh waktu, sampai departemen manajemen risiko skala penuh. Fungsi manajemen risiko harus mencakup berikut ini:

1. Menetapkan kebijakan dan strategi manajemen risiko,
2. Pelaksana utama manajemen risiko tingkat strategis dan operasional,
3. Membangun budaya sadar risiko dalam organisasi melalui pendidikan yang tepat,
4. Menetapkan kebijakan risiko internal dan struktur untuk unit bisnis,
5. Merancang dan meninjau proses manajemen risiko,
6. Mengembangkan proses respon risiko, termasuk kontingensi dan kelangsungan program bisnis,
7. Mempersiapkan laporan risiko untuk dewan dan *stakeholder*.

Manajemen risiko rumah sakit adalah upaya-upaya yang dilakukan rumah sakit yang dirancang untuk mencegah cedera pada pasien, mencegah terjadinya kecelakaan kerja pada staf/karyawan/peserta didik/ pengunjung atau amu/tenaga outsourcing, kerusakan pada peralatan dan bangunan atau meminimalkan kehilangan finansial. Manajemen risiko dilakukan dengan mengenali kelemahan dalam sistem dan memperbaiki kelemahan tersebut (dilakukan dengan menerapkan *no blame culture*). Tujuan program manajemen risiko di rumah sakit adalah untuk melindungi organisasi dari risiko yang terkait dengan timbulnya kerugian bagi organisasi, terlepas dari penyebabnya. Salah satu strategi dari program manajemen risiko yang efektif adalah ruang lingkup program yang mencakup semua sumber risiko potensial. Meskipun pada awalnya banyak profesional manajemen risiko hanya berfokus pada aspek tanggungjawab pelayanan klinis, namun seiring perkembangan disiplin manajemen risiko meluas mencakup banyak bidang lain yang sama pentingnya bagi kelangsungan organisasi pelayanan kesehatan modern. Didefinisikan secara luas, manajemen risiko pelayanan kesehatan berkaitan dengan berbagai masalah dan situasi yang berpotensi menimbulkan pertanggungjawaban atau kerugian bagi organisasi.

2.2.3 Manajemen risiko K3 Rumah Sakit (K3RS)

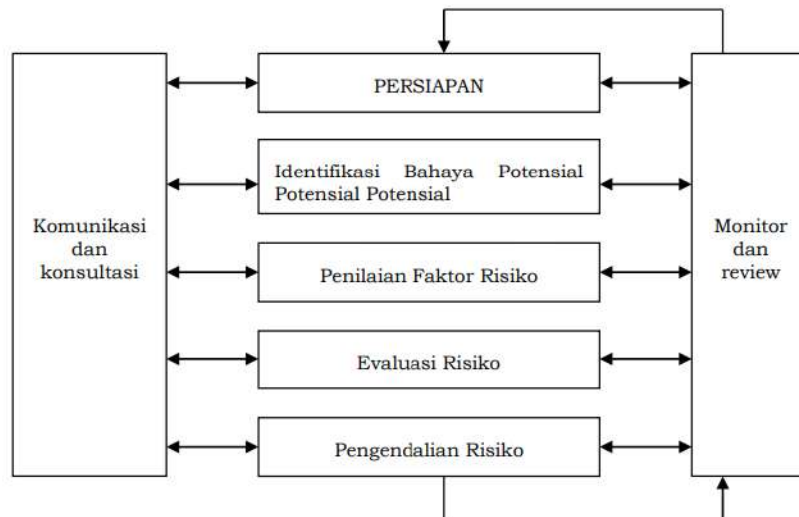
Menurut Menurut PMK No 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, manajemen risiko K3RS Manajemen risiko K3RS adalah proses yang bertahap dan berkesinambungan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja secara komperhensif di lingkungan Rumah Sakit. Manajemen risiko merupakan aktifitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja. Hal ini akan tercapai melalui kerja sama antara pengelola K3RS yang membantu manajemen dalam mengembangkan dan mengimplementasikan program keselamatan dan Kesehatan Kerja, dengan kerjasama seluruh pihak yang berada di Rumah Sakit.

Manajemen risiko K3RS bertujuan meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di Rumah Sakit pada tahap yang tidak bermakna sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit. Dalam melakukan manajemen risiko K3RS perlu dipahami halhal berikut:

1. Bahaya potensial/hazard yaitu suatu keadaan/kondisi yang dapat mengakibatkan (berpotensi) menimbulkan kerugian (cedera/injury/penyakit) bagi pekerja, menyangkut lingkungan kerja, pekerjaan (mesin, metoda, material), pengorganisasian pekerjaan, budaya kerja dan pekerja lain.
2. Risiko yaitu kemungkinan/peluang suatu hazard menjadi suatu kenyataan, yang bergantung pada:
 - a. pajanan, frekuensi, konsekuensi
 - b. dose-response.
3. Konsekuensi adalah akibat dari suatu kejadian yang dinyatakan secara kualitatif atau kuantitatif, berupa kerugian, sakit, cedera, keadaan merugikan atau menguntungkan. Bisa juga berupa rentangan akibat-akibat yang mungkin terjadi dan berhubungan dengan suatu kejadian.

Rumah Sakit perlu menyusun sebuah program manajemen risiko fasilitas/lingkungan/proses kerja yang membahas pengelolaan risiko keselamatan dan kesehatan melalui penyusunan manual K3RS, kemudian berdasarkan manual K3RS yang ditetapkan dipergunakan untuk membuat rencana manajemen fasilitas dan

penyediaan tempat, teknologi, dan sumber daya. Organisasi K3RS bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja dimana dalam sebuah Rumah Sakit yang kecil, ditunjuk seorang personil yang ditugaskan untuk bekerja penuh waktu, sedangkan di Rumah Sakit yang lebih besar, semua personil dan unit kerja harus dilibatkan dan dikelola secara efektif, konsisten dan berkesinambungan. Berikut merupakan proses manajemen risiko K3RS:



Gambar 2.1. Proses Manajemen Risiko K3RS

Sumber: PMK No 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Keterangan gambar langkah-langkah manajemen risiko K3RS:

a. Persiapan/Penentuan

Konteks Persiapan dilakukan dengan penetapan konteks parameter (baik parameter internal maupun eksternal) yang akan diambil dalam kegiatan manajemen risiko. Penetapan konteks proses manajemen risiko K3RS meliputi:

- 1) Penentuan tanggung jawab dan pelaksana kegiatan manajemen risiko yang terdiri dari karyawan, kontraktor dan pihak ketiga.
- 2) Penentuan ruang lingkup manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- 3) Penentuan semua aktivitas (baik normal, abnormal maupun emergensi), proses, fungsi, proyek, produk, pelayanan dan aset di tempat kerja.
- 4) Penentuan metode dan waktu pelaksanaan evaluasi manajemen risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja.

b. Identifikasi Bahaya Potensial

Identifikasi bahaya potensial merupakan langkah pertama manajemen risiko kesehatan di tempat kerja. Pada tahap ini dilakukan identifikasi potensi bahaya kesehatan yang terpajan pada pekerja, pasien, pengantar dan pengunjung. Untuk dapat menemukan faktor risiko ini diperlukan pengamatan terhadap proses dan simpul kegiatan produksi, bahan baku yang digunakan, bahan atau barang yang dihasilkan termasuk hasil samping proses produksi, serta limbah yang terbentuk proses produksi.

Pada kasus terkait dengan bahan kimia, maka perlu dipelajari Material Safety Data Sheets (MSDS) untuk setiap bahan kimia yang digunakan, pengelompokan bahan kimia menurut jenis bahan aktif yang terkandung, mengidentifikasi bahan pelarut yang digunakan, dan bahan inert yang menyertai, termasuk efek toksiknya. Ketika ditemukan dua atau lebih faktor risiko secara simultan, sangat mungkin berinteraksi dan menjadi lebih berbahaya atau mungkin juga menjadi kurang berbahaya. Sumber bahaya yang ada di RS harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolok ukur kemungkinan terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja. Semua risiko yang relevan teridentifikasi, harus didokumentasikan dan ditugaskan kepada petugas yang bertanggung jawab untuk risiko tersebut.

Identifikasi risiko dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode antara lain menggunakan audit, inspeksi, *brainstorming*, pendapat ahli, FMEA, analisis SWOT, survei dan lain-lain. Bagi pelayanan kesehatan misalnya rumah sakit, cara mudah dan terstruktur untuk melakukan identifikasi adalah melalui setiap unit. Setiap unit diminta untuk mengidentifikasi risikonya masing-masing lalu setelah semua terkumpul seluruh data yang sudah dijadikan satu akan menjadi identifikasi risiko rumah sakit.

Identifikasi risiko memperhitungkan beberapa hal berikut :

- 1) Pemberitahuan dari sistem pelaporan dan pembelajaran khususnya *Critical Incident Reporting System (CIRS)*,
- 2) Kejadian yang telah menyebabkan kerugian pada pasien,
- 3) Kasus pertanggungjawaban,
- 4) Kecelakaan kerja,

- 5) Keluhan,
- 6) Risiko eksternal atau contoh bahaya itu telah dipublikasikan,
- 7) Rekomendasi nasional dan internasional yang bertindak atas keselamatan pasien,
- 8) Hasil survei,
- 9) Statistik tentang komplikasi,
- 10) Hasil audit dan inspeksi.

Beberapa contoh bahaya potensial berdasarkan lokasi dan pekerjaan di Rumah Sakit antara lain :

Tabel 2.1 Bahaya Potensial Berdasarkan Lokasi Dan Pekerjaan Di Rumah Sakit

No	Bahaya potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
1.	FISIK :		
	Bising	IPS-RS, laundry, dapur, CSSD, gedung genset, boiler, IPAL	Karyawan yang bekerja di lokasi tersebut
	Getaran	Ruang mesin-mesin dan peralatan yang menghasilkan getaran (ruang gigi dan lain-lain)	Perawat, cleaning service dan lain-lain
	Debu	Genset, bengkel kerja, laboratorium gigi, gudang rekam medis, incenerator	Petugas sanitasi, teknisi gigi, petugas IPS, dan rekam medis
	Panas	CSSD, dapur, laundry, incenerator, boiler	Pekerja dapur, pekerja laundry, petugas sanitasi, dan IPS-RS
	Radiasi	X-Ray, OK yang menggunakan c-arm, unit gigi	Ahli radiologi, radioterapist dan radiografer. Radiolog, onkologist, kardiologist, spesialis kedokteran nuklir, urolog, dokter gigi, fisikawan medik, apoteker, teknisi elektromedik, perawat, perawat gigi, dan petugas lain di bagian radiasi.
2.	KIMIA :		
	Desinfektan	Semua area	Petugas kebersihan, perawat
	Cytotoxic	Farmasi, IPAL, bangsal	Pekerja farmasi, perawat, cleaning service
	Ethylene oxide	Kamar operasi	Dokter, perawat
	Formaldehyde	Laboratorium, kamar mayat, gudang farmasi	Petugas kamar mayat, petugas laboratorium dan farmasi
	Methyl: Methacrylate, Hg (amalgam)	Ruang pemeriksaan gigi	Dokter gigi, perawat gigi, teknisi gigi
	Solvents	Laboratorium, bengkel kerja, semua area di RS	Teknisi, petugas laboratorium, petugas pembersih
	Gas-gas anaestesi	Ruang operasi gigi, OK, ruang pemulihan (RR)	Dokter gigi, perawat, dokter bedah, dokter/perawat anaestesi

3.	BIOLOGI :		
	AIDS, Hepatitis B dan Non ANon B (virus)	IGD, kamar Operasi, ruang pemeriksaan gigi, laboratorium, laundry	Dokter , dokter gigi, perawat, petugas laboratorium, petugas sanitasi dan laundry
No	Bahaya potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
	Cytomegalovirus	Ruang kebidanan, ruang anak	Dokter dan perawat yang bekerja di bagian ibu dan anak
	Rubella	Ruang kebidanan, ruang ibu anak	Dokter dan perawat yang bekerja di bagian ibu dan anak
	Tuberculosis	Bangsas, laboratorium, ruang isolasi	Perawat, petugas laboratorium, fisioterapis
4.	ERGONOMI :		
	Pekerjaan yang dilakukan secara manual	Area pasien dan tempat penyimpanan barang (gudang)	Petugas yang menangani pasien dan barang
	Postur yang salah dalam melakukan pekerjaan	Semua area	Semua karyawan
	Pekerjaan yang berulang	Semua area	Dokter gigi, petugas pembersih, fisioterapis, sopir, operator komputer, yang berhubungan dengan pekerjaan juru tulis
5.	PSIKOSOSIAL :		
	Sering kontak dengan pasien, kerja bergilir, kerja berlebih, ancaman secara fisik	Semua area	Semua karyawan
6.	MEKANIKAL :		
	Terjepit mesin, tergulung, terpotong, tersayat, tertusuk.	Semua area yang terdapat peralatan mekanikal	Semua karyawan
7.	ELEKTRIKAL :		
	Tersetrum, terbakar, ledakan.	Semua area yang terdapat arus atau instalasi listrik	Semua karyawan
8.	LIMBAH :		
	Tertumpah, tertelan, terciprat, terhirup, tertusuk	Semua area yang menggunakan menghasilkan limbah padat, limbah cair dan limbah gas, limbah	Semua karyawan

Sumber : PMK No 66 Tahun 2016 tentang K3RS

Teknik identifikasi bahaya dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1) Metode pasif

Bahaya dapat dikenal dengan mudah jika dialami sendiri secara langsung, cara ini bersifat primitif dan terlambat karena kecelakaan setelah terjadi, baru

dikenal dan diambil langkah pencegahannya. Teknik atau metode ini sangat rawan, karena tidak semua bahaya dapat menunjukkan eksistensinya, sehingga dapat terlihat dengan mudah.

2) Metode semiproaktif

Teknik ini disebut juga belajar dari pengalaman orang lain, karena tidak perlu dialami sendiri. Teknik ini lebih baik, tidak perlu mengalami sendiri setelah itu baru mengetahui adanya bahaya. Namun teknik ini kurang efektif karena:

- a) Tidak semua bahaya telah diketahui atau pernah menimbulkan dampak kejadian kecelakaan.
- b) Tidak semua kejadian dilaporkan atau diinformasikan kepada pihak lain untuk diambil sebagai pelajaran.
- c) Kecelakaan kerja telah terjadi yang berarti tetap menimbulkan kerugian, walaupun menimpa pihak lain.

Diberbagai kalangan masih ada anggapan bahwa kecelakaan merupakan aib bagi perusahaan, sehingga data-data dan informasi tentang kejadian sulit diperoleh. Jika diekspose, kemungkinan kejadiannya sudah dipoles sehingga tidak sesuai dengan fakta kejadian sebenarnya. Di berbagai negara, hasil penyelidikan kecelakaan dipublikasikan dan dijadikan bahan pembelajaran.

3) Metode proaktif

Metode terbaik untuk mengidentifikasi bahaya adalah cara proaktif atau mencari bahaya sebelum bahaya tersebut menimbulkan akibat atau dampak yang merugikan. Tindakan proaktif memiliki kelebihan, antara lain:

- a) Bersifat preventif karena bahaya dikendalikan sebelum menimbulkan kecelakaan atau cedera.
- b) Bersifat peningkatan berkelanjutan (continual improvement) karena dengan mengenal bahaya dapat dilakukan upaya perbaikan.
- c) Meningkatkan awareness setiap pekerja setelah mengetahui dan mengenal adanya bahaya di sekitar tempat kerjanya.
- d) Mencegah pemborosan yang tidak diinginkan, karena dengan adanya bahaya dapat menimbulkan kerugian

d. Analisis Risiko

Risiko adalah probabilitas/kemungkinan bahaya potensial menjadi nyata, yang ditentukan oleh frekuensi dan durasi pajanan, aktivitas kerja, serta upaya yang telah dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian tingkat pajanan. Termasuk yang perlu diperhatikan juga adalah perilaku bekerja, higiene perorangan, serta kebiasaan selama bekerja yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan. Analisis risiko bertujuan untuk mengevaluasi besaran (magnitudo) risiko kesehatan pada pekerja. Dalam hal ini adalah perpaduan keparahan gangguan kesehatan yang mungkin timbul termasuk daya toksisitas bila ada efek toksik, dengan kemungkinan gangguan kesehatan atau efek toksik dapat terjadi sebagai konsekuensi pajanan bahaya potensial. Karakterisasi risiko mengintegrasikan semua informasi tentang bahaya yang teridentifikasi (efek gangguan/toksisitas spesifik) dengan perkiraan atau pengukuran intensitas/konsentrasi pajanan bahaya dan status kesehatan pekerja, termasuk pengalaman kejadian kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang pernah terjadi. Analisis awal ditujukan untuk memberikan gambaran seluruh risiko yang ada. Kemudian disusun urutan risiko yang ada. Prioritas diberikan kepada risiko-risiko yang cukup signifikan dapat menimbulkan kerugian.

e. Evaluasi Risiko

Evaluasi Risiko adalah membandingkan tingkat risiko yang telah dihitung pada tahapan analisis risiko dengan kriteria standar yang digunakan. Pada tahapan ini, tingkat risiko yang telah diukur pada tahapan sebelumnya dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Selain itu, metode pengendalian yang telah diterapkan dalam menghilangkan/meminimalkan risiko dinilai kembali, apakah telah bekerja secara efektif seperti yang diharapkan. Dalam tahapan ini juga diperlukan untuk membuat keputusan apakah perlu untuk menerapkan metode pengendalian tambahan untuk mencapai standard atau tingkat risiko yang dapat diterima. Sebuah program evaluasi risiko sebaiknya mencakup beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Inspeksi periodik serta monitoring aspek keselamatan dan higiene industri
- 2) Wawancara nonformal dengan pekerja
- 3) Pemeriksaan kesehatan
- 4) Pengukuran pada area lingkungan kerja

5) Pengukuran sampel personal

Hasil evaluasi risiko diantaranya adalah:

- 1) Gambaran tentang seberapa penting risiko yang ada.
- 2) Gambaran tentang prioritas risiko yang perlu ditanggulangi.
- 3) Gambaran tentang kerugian yang mungkin terjadi baik dalam parameter biaya ataupun parameter lainnya.
- 4) Masukan informasi untuk pertimbangan tahapan pengendalian.

f. Pengendalian Risiko

Prinsip pengendalian risiko meliputi 5 hierarki, yaitu:

- 1) Menghilangkan bahaya (eliminasi)
- 2) Menggantikan sumber risiko dengan sarana/peralatan lain yang tingkat risikonya lebih rendah/tidak ada (substitusi)
- 3) Rekayasa engineering/pengendalian secara teknik
- 4) Pengendalian secara administrasi
- 5) Alat Pelindung Diri (APD).

Beberapa contoh pengendalian risiko keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit:

- 1) Containment, yaitu mencegah pajanan dengan:
 - a) Desain tempat kerja
 - b) Peralatan safety (biosafety cabinet, peralatan centrifugal)
 - c) Cara kerja
 - d) Dekontaminasi
 - e) Penanganan limbah dan spill management
- 2) Biosafety Program Management, support dari pimpinan puncak yaitu Program support, biosafety specialist, institutional biosafety committee, biosafety manual, OH program, Information & Education
- 3) Compliance Assessment, meliputi audit, annual review, incident dan accident statistics. Safety Inspection dan Audit meliputi :
 - a) Kebutuhan (jenisnya) ditentukan berdasarkan karakteristik pekerjaan (potensi bahaya dan risiko)
 - b) Dilakukan berdasarkan dan berperan sebagai upaya pemenuhan standar tertentu

- c) Dilaksanakan dengan bantuan checklist (daftar periksa) yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan jenis kedua program tersebut.
- 4) Investigasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja
 - a) Upaya penyelidikan dan pelaporan KAK dan PAK di tempat kerja
 - b) Disertai analisis penyebab, kerugian KAK, PAK dan tindakan pencegahan serta pengendalian KAK, PAK
 - c) Menggunakan pendekatan metode analisis KAK dan PAK.
- 5) Fire Prevention Program
 - a) Risiko keselamatan yang paling besar & banyak ditemui pada hampir seluruh jenis kegiatan kerja, adalah bahaya dan risiko kebakaran
 - b) Dikembangkan berdasarkan karakteristik potensi bahaya & risiko kebakaran yang ada di setiap jenis kegiatan kerja
- 6) Emergency Response Preparedness
 - a) Antisipasi keadaan darurat, dengan mencegah meluasnya dampak dan kerugian
 - b) Keadaan darurat: kebakaran, ledakan, tumpahan, gempa, social cheos, bomb treat dll
 - c) Harus didukung oleh: kesiapan sumber daya manusia, sarana dan peralatan, prosedur dan sosialisasi
- 7) Program K3RS lainnya

Pemindahan Risiko (Risk transfer) mendelegasikan atau memindahkan suatu beban kerugian ke suatu kelompok/bagian lain melalui jalur hukum, perjanjian/kontrak, asuransi, dan lain-lain. Pemindahan risiko mengacu pada pemindahan risiko fisik dan bagiannya ke tempat lain.

g. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi dan konsultasi merupakan pertimbangan penting pada setiap langkah atau tahapan dalam proses manajemen risiko. Sangat penting untuk mengembangkan rencana komunikasi, baik kepada kontributor internal maupun eksternal sejak tahapan awal proses pengelolaan risiko. Komunikasi dan konsultasi termasuk didalamnya dialog dua arah diantara pihak yang berperan didalam proses pengelolaan risiko dengan fokus terhadap perkembangan kegiatan. Komunikasi internal dan eksternal yang efektif penting untuk meyakinkan pihak pengelolaan

sebagai dasar pengambilan keputusan. Persepsi risiko dapat bervariasi karena adanya perbedaan dalam asumsi dan konsep, isu-isu, dan fokus perhatian kontributor dalam hal hubungan risiko dan isu yang dibicarakan. Kontributor membuat keputusan tentang risiko yang dapat diterima berdasarkan pada persepsi mereka terhadap risiko. Karena kontributor sangat berpengaruh pada pengambilan keputusan maka sangat penting bagaimana persepsi mereka tentang risiko sama halnya dengan persepsi keuntungan-keuntungan yang bisa didapat dengan pelaksanaan pengelolaan risiko.

h. Pemantauan dan Telaah Ulang

Pemantauan selama pengendalian risiko berlangsung perlu dilakukan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang bisa terjadi. Perubahan-perubahan tersebut kemudian perlu ditelaah ulang untuk selanjutnya dilakukan perbaikan-perbaikan. Pada prinsipnya pemantauan dan telaah ulang perlu untuk dilakukan untuk menjamin terlaksananya seluruh proses manajemen risiko dengan optimal.

2.4 Struktur Organisasi

2.4.1 Pengertian struktur organisasi

Struktur organisasi menentukan bagaimana pekerjaan dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan secara formal (Robbins & Judge, 2007). Struktur organisasi dirancang untuk mencegah kekacauan melalui serangkaian hubungan pelaporan dan jalur komunikasi yang teratur (Aquinas, 2008). Struktur organisasi adalah suatu gambar yang menggambarkan tipe organisasi, pendepartemenan organisasi kedudukan, dan jenis wewenang pejabat, bidang dan hubungan pekerjaan, garis perintah dan tanggung jawab, rentang kendali dan sistem pimpinan organisasi. (Hasibuan, 2010).

2.4.2 Elemen struktur organisasi

Struktur organisasi dibuat agar penggunaan sumber daya perusahaan berjalan efisien terutama pada sumber daya manusia dan keuangan. Terdapat enam elemen kunci yang perlu diperhatikan untuk mendesain struktur organisasi (Sukoco, 2007), yaitu:

1. Spesialisasi Kerja

Derajat di mana tugas dalam organisasi dibagi menjadi beberapa pekerjaan. Dengan adanya spesialisasi kerja, penggolongan tugas yang spesifik dan berulang-ulang akan memberikan dampak efisiensi. Seorang manajer dapat menentukan pekerjaan

mana yang perlu dispesialisasi dalam rentang waktu yang telah ditetapkan untuk menghindari dampak negatif dari penerapan spesialisasi pekerjaan.

2. Departementalisasi

Dampak yang dari spesialisasi pekerjaan, dengan mengelompokkan pekerjaan yang serupa dalam satu departemen. Departementalisasi adalah aktivitas untuk menyusun satuan-satuan organisasi yang akan disertai bidang kerja tertentu atau fungsi tertentu. Fungsi departementalisasi adalah sekelompok aktivitas sejenis berdasarkan kesamaan sifat atau pelaksanaannya.

3. Rantai Komando

Unsur ini menjelaskan kepada siapa hasil aktivitas (pekerjaan) akan dilaporkan. Ada dua unsur penting dalam menjelaskan konsep rantai komando, yaitu otoritas dan kesatuan. Otoritas merupakan hak yang melekat pada posisi manajerial seperti memberikan tugas dan mengharapkan tugas tersebut dapat dipatuhi dan dijalankan. Kesatuan perintah adalah tiap-tiap pejabat dalam organisasi hendaknya hanya dapat diperintah dan bertanggung jawab kepada seorang pejabat tertentu.

4. Rentang Kendali

Unsur ini mendeskripsikan berapa jumlah bawahan yang dapat dikelola secara efisien dan efektif oleh seorang manajer.

5. Sentralisasi

Sentralisasi sebagai derajat di mana pembuatan keputusan dipusatkan pada beberapa jabatan di perusahaan. Desentralisasi adalah pengalihan tanggung jawab dan wewenang dalam mengambil keputusan dari kantor pusat kepada orang yang berlokasi terdekat dengan situasi yang membutuhkan perhatian. Dengan menggunakan desentralisasi, tindakan dapat dilakukan lebih cepat dalam menyelesaikan masalah, lebih banyak orang yang terlibat di dalamnya, dan menjadikan karyawan lebih menjadi bagian dari organisasi.

6. Formuliralisasi

Jika pekerjaan yang ada telah diformuliralisasi, akan diketahui pekerjaan apa saja yang harus dikerjakan, kapan harus diselesaikan, dan bagaimana cara menyelesaikannya.

2.5 Job Description dan Job Specification

2.5.1 Job Description

Job description (uraian pekerjaan) adalah informulirasi tertulis yang menguraikan tugas dan tanggung jawab, kondisi pekerjaan, hubungan pekerjaan dan aspek-aspek pekerjaan pada suatu jabatan tertentu dalam organisasi. Wether and Davis (1996) mendefinisikan *job description* sebagai pernyataan tertulis tentang tugas, kondisi kerja dan berbagai aspek yang berhubungan dengan suatu jabatan dalam pekerjaan tertentu. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/61/M.PAN/2004 tentang Pedoman Pelaksanaan Analisis Jabatan mendefinisikan *job description* atau uraian jabatan sebagai gambaran tentang hal-hal yang berkaitan dengan jabatan yang meliputi rincian tugas, hasil kerja, bahan kerja, peralatan kerja, tanggung jawab, wewenang, korelasi jabatan, kondisi lingkungan kerja, upaya fisik, dan kemungkinan risiko bahaya, serta persyaratan jabatan.

Job description harus ditetapkan secara jelas untuk setiap jabatan dengan tujuan pemegang jabatan mengetahui tugas dan tanggung jawab yang harus dilakukannya. *Job description* akan memberikan ketegasan dan standar tugas yang harus dicapai oleh pemegang jabatan. *Job description* menjadi dasar untuk menetapkan spesifikasi pekerjaan dan evaluasi pekerjaan bagi pemegang jabatan. Menurut Mondy (2016) unsur *job description* terdiri atas *major job identification, date, to whom they report, of the job analysis, job summary, duties performed, job spesification (educations, eperience, skill required, percentage of time devoted to each duty, working conditions and possible hazards, the machines and equipment used on the job)*

Deskripsi pekerjaan atau jabatan (*job description*) adalah suatu pernyataan tertulis yang menguraikan fungsi, tugas-tugas, wewenang, tanggung jawab, kondisi kerja dan aspek-aspek pekerjaan tertentu lainnya. Dalam suatu perusahaan, semua deskripsi pekerjaan mempunyai bentuk (*style*) yang sama, meskipun diantara perusahaan-perusahaan yang berbeda bentuk dan isi deskripsi jabatan bisa bervariasi.

2.5.2 Job Specification

Hasibuan (2010) mendefinisikan spesifikasi pekerjaan (*job spesification*) sebagai uraian persyaratan kualitas minimum orang yang bisa diterima agar dapat menjalankan satu jabatan dengan baik dan kompeten. *Job spesification* memiliki tujuan agar persyaratan bagi pekerja yang akan direkrut menjadi jelas. *Job spesification* juga

digunakan sebagai dasar untuk menyeleksi dini ditingkat luar perusahaan, artinya sebelum perusahaan menyeleksi sendiri dari sekian banyak calon pelamar dengan sendirinya jumlah peminat atau pelamar akan berkurang setelah membaca persyaratan yang tertulis dalam job spesifikasi. *Job specification* juga sangat memegang peranan penting sebagai variabel pendukung keberhasilan tujuan dari sebuah perusahaan. Kualitas SDM yang memadai maka produktivitas perusahaan juga akan meningkat seiring dengan meningkatnya kualitas SDM yang ikut berperan serta di dalamnya.

Job Specification disusun berdasarkan uraian pekerjaan dengan menjawab pertanyaan tentang ciri, karakteristik, pendidikan, pengalaman, dan yang lainnya dari orang yang melaksanakan pekerjaan tersebut dengan baik. *Specification* dikerjakan menunjukkan persyaratan orang yang akan direkrut dan menjadi dasar untuk melaksanakan seleksi. *Job Specification* adalah uraian persyaratan kualitas minimum orang yang bisa diterima agar dapat menjalankan satu pekerjaan dengan baik dan kompeten. *Job Specification* menunjukkan siapa yang melakukan pekerjaan itu dan faktor-faktor manusia yang disyaratkan. Ini merupakan profil karakteristik-karakteristik manusia yang diperlakukan suatu pekerjaan. Persyaratan-persyaratan tersebut menyangkut pendidikan, latihan, pengalaman dan persyaratan fisik serta mental. Pada umumnya, *Job Specification* memuat ringkasan pekerjaan yang jelas dan kualitas definitif yang dibutuhkan dari pemangku jabatan itu. Menurut Mondy (2016) unsur *job spesification* terdiri atas *educations, eperience, skill required, percentage of time devoted to each duty, working conditions and possible hazards, the machines and equipment used on the job.*

2.6 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.6.1 Pengertian Standar Prosedur Operasional

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah serangkaian instruksi kerja tertulis yang dibakukan (terdokumentasi) mengenai proses penyelenggaraan administrasi perusahaan, bagaimana dan kapan dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (P, 2016). Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu yang bersifat tetap, rutin, dan tidak berubah-ubah, prosedur kerja tersebut dibakukan menjadi dokumen tertulis (Budihardjo, 2014).

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformulasi Birokrasi RI Nomor 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan mendefinisikan SPO sebagai serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. Standar Prosedur Operasional pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas dan proses yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi yang merupakan anggota organisasi agar berjalan efektif dan efisien, konsisten, standar dan sistematis (Tambunan, 2013). Pedoman Akreditasi Rumah Sakit juga mendefinisikan SPO sebagai suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Dari beberapa pengertian yang telah dijelaskan, dapat disimpulkan bahwa SPO (Standar Prosedur Operasional) merupakan dokumen tertulis yang berisi prosedur penyelenggaraan aktivitas organisasi yang disusun secara berurutan dan tersistematis.

2.6.2 Format penulisan Standar Prosedur Operasional

Format minimal penulisan Standar Prosedur Operasional Rumah Sakit menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (2012), terdiri dari:

1. Kotak *heading* yang terdiri dari Rumah Sakit, Judul SPO, Nomor dokumen, Nomor Revisi, Halaman, Prosedur Tetap, Tanggal terbit, Ditetapkan Direktur
2. Isi SPO
 - a. Pengertian, berisi penjelasan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami.
 - b. Tujuan, berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik.
 - c. Kebijakan, berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO.
 - d. Prosedur, merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
 - e. Unit terkait, berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Rancang Bangun Kegiatan

Kegiatan magang ini merupakan jenis kegiatan yang bersifat observasional partisipatif di sub komite manajemen risiko K3 RS Islam Jemursari Surabaya. Mahasiswa melakukan kegiatan observasi dan pengumpulan data sesuai dengan ruang lingkup kegiatan magang yaitu mempelajari proses manajemen risiko K3 di sub komite manajemen risiko RS Islam Jemursari Surabaya.

3.2 Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di RS Islam Jemursari Surabaya khususnya pada sub komite manajemen risiko (K3).

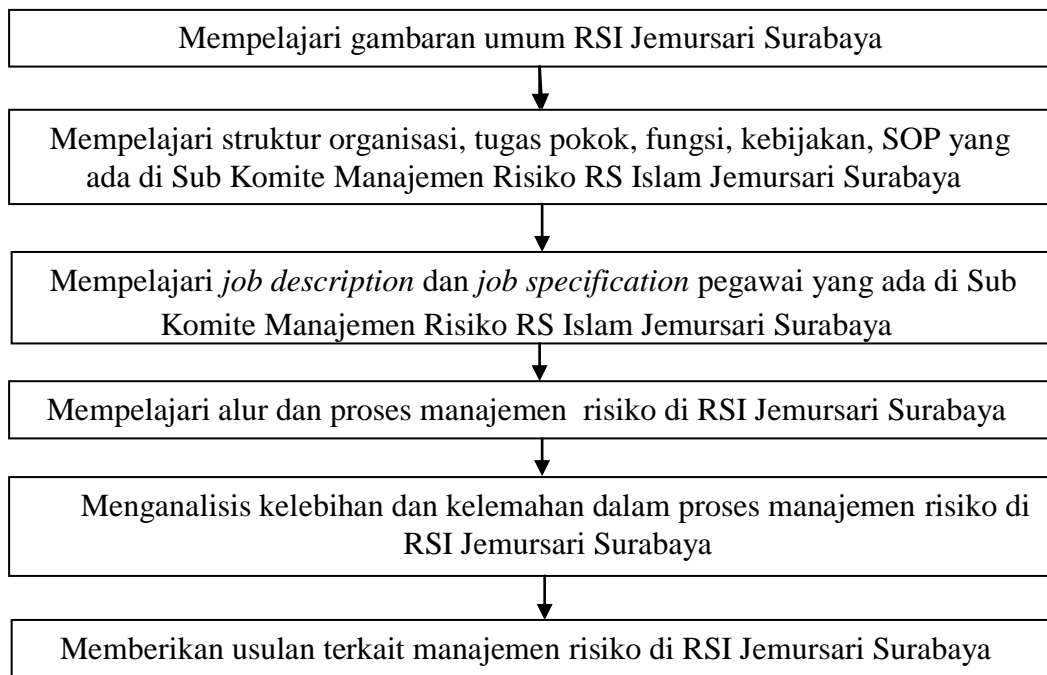
3.3 Waktu Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang atau kerja praktik ini dilaksanakan selama 4 (empat) minggu aktif setiap hari kerja (Senin sampai Sabtu) pada rentang waktu 28 Januari 2019 – 23 Februari 2019 sesuai dengan jam kerja di RS Islam Jemursari Surabaya.

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang di Sub Komite Manajemen Risiko Bagian K3 RS Islam Jemursari Surabaya

No	KEGIATAN	Januari	Februari			
		IV	I	II	III	IV
1	Pengenalan lingkungan Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya					
2	Mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kebijakan dan SPO yang berlaku di Sub Komite Manajemen Risiko Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya					
3	Mempelajari <i>job description</i> dan <i>job specification</i> petugas Manajemen Risiko Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya					
4	Mengumpulkan data					
5	Menyusun laporan magang					
6	Seminar hasil laporan magang					

3.4 Kerangka Operasional Magang



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Magang

3.5 Metode Pelaksanaan Magang

Metode yang akan digunakan dalam kegiatan magang antara lain:

1. Observasi atau pengamatan

Metode ini dilaksanakan dengan cara melakukan observasi atau pengamatan secara langsung terhadap proses manajemen risiko K3 di RSI Jemursari Surabaya, seperti observasi terhadap insiden keselamatan yang terjadi di RSI Jemursari selama proses magang.

2. Wawancara

Metode wawancara dilakukan dengan penanggungjawab proses manajemen risiko bagian K3 di RSI Jemursari Surabaya.

3. Partisipasi aktif

Metode ini dilaksanakan dengan ikut berperan aktif dalam melatih kemampuan dan ketrampilan dalam bekerja secara mandiri atau tim di Sub Komite Manajemen Risiko K3 RSI Jemursari Surabaya. Mempelajari gambaran umum RSI Jemursari Surabaya Mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kebijakan, SOP yang ada di Sub Komite Manajemen Risiko K3 RS Islam Jemursari Surabaya Mempelajari alur dan proses manajemen insiden keselamatan pasien di RSI Jemursari Surabaya

Menganalisis kelebihan dan kelemahan dalam proses manajemen risiko K3 di RSI Jemursari Surabaya Memberikan usulan terkait manajemen risiko K3 di RSI Jemursari Surabaya Mempelajari *job description* dan *job specification* pegawai yang ada di Sub Komite Manajemen Risiko K3 RS Islam Jemursari Surabaya.

4. Kajian literatur

Metode kajian literatur dilaksanakan dengan membandingkan proses manajemen risiko yang ada di RSI Jemursari dengan mengkaji beberapa referensi (buku teks dan jurnal ilmiah), kebijakan, pedoman, atau peraturan.

3.6 Pengumpulan dan Analisis Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Dalam kegiatan magang akan dilakukan pengumpulan data primer maupun sekunder yang digunakan sebagai data untuk dibandingkan dan dikaji dengan teori.

a. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dengan pembimbing instansi dan pegawai RSI Jemursari Surabaya terkait pelaksanaan proses manajemen risiko K3 yang ada di RSI Jemursari.

b. Data sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan melihat data mengenai beberapa hal yang ada di Sub Komite Manajemen Risiko K3. Kemudian akan dilakukan analisis atau evaluasi sesuai dengan tujuan yang disebutkan.

2. Teknik Analisis Data

Teknik analisis yang digunakan adalah membandingkan keadaan yang terdapat di lapangan dengan SOP, pedoman, atau peraturan, atau perundang-undangan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum RS Islam Jemursari

4.1.1 Profil RS Islam Jemursari

RS Islam Jemursari merupakan salah satu unit usaha di bawah Yayasan RS Islam Surabaya yang pembangunannya dimulai pada tahun 1992. RS Islam Jemursari merupakan pengembangan dari RS Islam Surabaya A. Yani (Wonokromo). RS Islam Jemursari menempati lahan seluas 4,6 hektar, berlokasi di Jalan Jemursari No. 51 – 57 Surabaya. RS Islam Jemursari dibuka pada tanggal 25 Mei 2002 dengan jumlah tempat tidur sebanyak 82 tempat tidur (TT).

Pada tahun 2006 RS Islam Surabaya Jemursari dengan Direksi baru mulai dipercaya oleh masyarakat, sehingga perlu penambahan tempat tidur menjadi 96 tempat tidur. Pada tanggal 9 Maret 2007 dibuka ruang Kemuning untuk menambah rawat inap kelas III. Pembukaan ruang perawatan kelas III bertujuan untuk memenuhi kebutuhan rawat inap bagi keluarga miskin, instansi lain yang membutuhkan fasilitas kelas III, dan kerjasama dengan Jamsostek. Pembukaan ruang Kemuning menjadikan kapasitas tempat tidur RS Islam Jemursari meningkat dari 96 tempat tidur menjadi 108 tempat tidur.

Pada bulan Desember 2007, RS Islam Jemursari membuka kelas VIP di ruang Teratai dan membuka pelayanan *Stroke Center* yang dapat melayani pasien Stroke secara terpadu. Peningkatan pelayanan yang ada di RS Islam Jemursari didukung dengan adanya kepercayaan dari masyarakat. Pada bulan Maret 2008, kapasitas RS Islam Jemursari bertambah menjadi 113 tempat tidur.

Pada bulan Juli 2009 RS Islam Surabaya Jemursari telah mempunyai Depo Farmasi di IGD, sehingga dapat melayani pembelian obat dari pasien IGD secara maksimal. Selain itu, RS Islam Jemursari dapat memberikan pelayanan UDD (*Unit Dose Dispensing*) untuk pasien rawat inap. Selanjutnya di tahun yang sama, tepatnya pada bulan Agustus 2009 tempat tidur RS Islam Surabaya Jemursari bertambah menjadi 116 tempat tidur.

Pencapaian berikutnya pada akhir Desember 2010, Rumah Sakit Islam Jemursari mendapatkan pengakuan menjadi rumah sakit tipe B oleh Kementerian Kesehatan RI.

Rumah Sakit Tipe B merupakan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspecialis terbatas. Rumah Sakit Islam Jemursari menambah kapasitas tempat tidurnya menjadi 239 tempat tidur.

RS Islam Jemursari telah terakreditasi secara periodik dan terakhir mencapai akreditasi paripurna pada tahun 2016. Selain akreditasi rumah sakit, RS Islam Jemursari juga mendapatkan beberapa penghargaan. Penghargaan yang telah didapatkan oleh RS Islam Jemursari adalah *The Champion of Surabaya WOW Service Excellent Award 2015*, *The best of Surabaya service excellent champion category : Private Hospital 2013* dan *The best of Surabaya service excellent champion category : Private Hospital 2011*. Saat ini, RS Islam Jemursari sedang melakukan persiapan untuk menjadi RS Pendidikan.

4.1.1 Visi, misi dan nilai dasar RS Islam Jemursari Surabaya

Berdasarkan dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB), RS Islam Jemursari Surabaya Tahun 2017-2021, visi, misi, dan nilai dasar RS Islam Jemursari adalah sebagai berikut:

1. Visi
“Rumah Sakit Islam Berstandar Internasional”.
2. Misi
RS Islam Jemursari memiliki misi yang telah direncanakan untuk mencapai visi Rumah Sakit. Berikut ini merupakan misi dari RS Islam Jemursari :
 - a. Memberikan pelayanan jasa rumah sakit secara prima dan Islami menuju Standar Mutu Pelayanan Internasional dengan dilandasi prinsip kemitraan.
 - b. Melaksanakan Manajemen Rumah Sakit berdasarkan Manajemen Syariah yang berstandar Internasional.
 - c. Membangun SDM Rumah Sakit yang profesional sesuai standar Internasional yang Islami dengan diiringi integritas yang tinggi dalam pelayanan.
 - d. Menyediakan sarana prasarana rumah sakit untuk mewujudkan implementasi pelayanan Islami dan berstandar Internasional.
3. Nilai dasar
Nilai Dasar RSI Jemursari dibuat dalam bentuk akronim “SYIFA”. Akronim tersebut digunakan untuk membentuk suatu *mindset* tentang peran rumah sakit sebagai sarana

bagi pasien untuk memperoleh kesembuhan serta menolak kemudharotan (keburukan).

Berikut ini merupakan penjelasan dari nilai dasar RS Islam Jemursari:

- a. Shiddiq : jujur dengan memiliki integritas dan kemandirian.
- b. Yaqin : yakin terhadap potensi diri dan kesembuhan pasien adalah berkat rahmat Allah SWT.
- c. Iman : semua tindakannya dilandasi keimanan kepada Allah, disertai ikhlas dalam pelayanan dan bersifat fleksible.
- d. Fathanah : cerdas dalam menangkap peluang dan selalu meningkatkan pengetahuan dan sikap.
- e. Amanah : dapat diandalkan dan transparan dalam menjalankan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

Berdasarkan telaah dokumen Rencana Strategi Bisnis RS Islam Jemursari tahun 2017-2021, struktur organisasi RS Islam Jemursari mengalami perubahan seiring dengan rencana rumah sakit untuk menjadi rumah sakit pendidikan. RS Islam Jemursari dipimpin oleh seorang Direktur Utama yang memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit, dimana direktur utama bertanggung jawab langsung kepada yayasan RS Islam Surabaya. Dalam menjalankan fungsinya, direktur utama dibantu oleh sekretariat, manajer satuan pengawas internal (SPI), manajer Teknologi Informatika, manajer pelayanan BPJS dan 3 direktur yang bertanggung jawab pada masing-masing bidangnya yakni Direktur Medis, Direktur Pendidikan dan Penelitian serta Direktur Umum dan Keuangan.

1. Direktur Medis, berperan dalam pengelolaan kegiatan pelayanan dan keperawatan dan membawahi 3 bidang, yaitu :
 - a. Bidang Pelayanan Medis
 - b. Bidang Keperawatan
 - c. Bidang Penunjang dan Rekam Medis
2. Direktur Pendidikan dan Penelitian, berperan dalam pengelolaan kegiatan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit dan membawahi 3 bidang, yaitu :
 - a. Bidang Pendidikan dan Pelatihan
 - b. Bidang Penelitian dan Pengembangan
 - c. Bidang Pendidikan Profesi Dokter
3. Direktur Umum dan Keuangan, berperan dalam pengelolaan kegiatan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit dan membawahi 4 bidang, yaitu :
 - a. Bidang Sumber Daya Manusia
 - b. Bidang Keuangan dan Akuntansi
 - c. Bidang Informatika dan Kerjasama
 - d. Bidang Umum

Masing-masing bidang dipimpin oleh manajer yang memiliki keahlian dan kompetensi di bidangnya, agar mampu melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik. Selain itu, kegiatan operasional RS Islam Jemursari juga didukung dengan beberapa bidang yang bertanggung jawab langsung kepada direktur utama, seperti Satuan Pengawas Internal, Pelayanan BPJS (*BPJS Center*), serta bidang Teknologi

Informulirasi. Sedangkan komite- komite di RS Islam Jemursari tergolong sebagai unit non struktural yang hanya melakukan fungsi koordinasi dengan direktur utama, tanpa adanya intervensi/campur tangan direktur utama dalam penyelenggaraannya. Komite di RS Islam Jemursari memiliki garis komando terhadap SMF (Staf Medik Fungsional) dan staf fungsional lainnya. Adapun komite yang terdapat di RS Islam Jemursari terdiri dari :

1. Komite Medis
2. Komite Keperawatan
3. Komite PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien)
4. Komite Etik dan Hukum
5. Komite PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)
6. Komite K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja)

4.1.4 Komposisi SDM di RS Islam Jemursari

Berdasarkan hasil pengolahan data pegawai RS Islam Jemursari Surabaya bulan Februari 2019, jumlah SDM yang mendukung kegiatan pelayanan dan administrasi di RS Islam Jemursari Surabaya adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Jumlah Sumber Daya Manusia di RS Islam Jemursari Surabaya Februari 2018

No	Jenis Tenaga	Pegawai Tetap	Pegawai Tidak Tetap	Jumlah	Persentase (%)
A. Tenaga Medis					
1	Dokter Umum	11	19	30	3,7
2	Dokter Gigi	2	1	3	0,4
3	Dokter Spesialis	16	83	99	12,1
Total		29	103	132	16,2
B. Tenaga Paramedis					
1	Keperawatan	252	51	303	37,2
2	Kebidanan	27	4	31	3,8
Total		279	55	334	41,0
C. Tenaga Kesehatan Lain					
1	Perekam Kesehatan	12	8	20	2,5
2	Analisis Lab	25	6	31	3,8
3	Radiografer	11	4	15	1,8
4	Apoteker	6	4	10	1,2
5	Asisten Apoteker	41	24	65	8,0
6	Ahli Gizi	5	4	9	1,1
7	Kesehatan Lingkungan	2	0	2	0,3
8	Tenaga Elektromedik	3	0	3	0,4
9	Keperawatan Gigi	3	0	3	0,4

No	Jenis Tenaga	Pegawai Tetap	Pegawai Tidak Tetap (mitra)	Jumlah	Persentase (%)
10	Refraksi Optis	1	0	1	0,1
11	Asisten Apoteker	8	2	10	1,2
Total		117	52	169	20,8
D. Tenaga Non Klinis/Non Medis		141	37	178	22,0
Total Seluruhnya		566	247	813	100

Sumber: Hasil Pemetaan Karyawan Tahun 2019 RS Islam Jemursari Surabaya

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa komposisi ketenagaan di RS Islam Jemursari sejumlah 813 pegawai yang sebagian besar adalah tenaga keperawatan dan untuk status ketenagaan paling banyak juga berasal dari keperawatan sebagai pegawai tetap.

4.1.5 Jenis pelayanan di RS Islam Jemursari

Berdasarkan telaah dokumen Rencana Strategi Bisnis RS Islam Jemursari Surabaya tahun 2017-2021 dan *company profile* RS Islam Jemursari Surabaya, berikut ini merupakan jenis pelayanan yang terdapat di RS Islam Jemursari Surabaya.

1. *Stroke Centre*
2. Rawat Jalan, terdiri dari:
 - a. Poli umum
 - b. Poli KIA
 - c. Poli gigi
 - d. Poliklinik spesialis, terdiri dari:
 - 1) Spesialis bedah umum
 - 2) Spesialis penyakit dalam
 - 3) Spesialis anak
 - 4) Spesialis obstetri dan ginekologi
 - 5) Spesialis mata
 - 6) Spesialis THT
 - 7) Spesialis saraf
 - 8) Spesialis jantung dan pembuluh darah
 - 9) Spesialis kulit kelamin
 - 10) Spesialis kesehatan jiwa
 - 11) Spesialis paru
 - 12) Spesialis bedah orthopedic

- 13) Spesialis bedah saraf
 - 14) Spesialis bedah plastik
 - 15) Spesialis rehabilitasi medik
 - 16) Spesialis urologi
 - 17) Spesialis bedah mulut
 - 18) Spesialis orthodonsi
 - 19) Spesialis kesehatan gigi anak
 - 20) Spesialis konservasi(endodonsi)
 - 21) Spesialis bedah thoraks-kardiovaskuler
 - 22) Spesialis bedah kepala leher
- e. Echocardiography
 - f. Treadmill
3. Instalasi Gawat Darurat
 4. Rawat inap, terdiri dari beberapa ruangan yaitu:
 - a. Ruang *intermediate*, terdiri dari 5 tempat tidur.
 - b. Ruang ICU (*Intensive Care Unit*), terdiri dari 6 tempat tidur.
 - c. Ruang Zahira, ruang perawatan dewasa terdiri dari 6 tempat tidur.
 - d. Ruang Teratai, ruang perawatan dewasa terdiri dari 21 tempat tidur.
 - e. Ruang Dahlia, ruang perawatan dewasa terdiri dari 32 tempat tidur.
 - f. Ruang Mawar, ruang perawatan untuk persalinan terdiri dari 14 tempat tidur.
 - g. Ruang Azzara I, ruang perawatan dewasa terdiri dari 21 tempat tidur.
 - h. Ruang Azzara II, ruang perawatan dewasa terdiri dari 15 tempat tidur.
 - i. Ruang Melati, ruang perawatan untuk anak terdiri dari 29 tempat tidur.
 - j. Ruang Neonatus, ruang perawatan untuk bayi baru lahir atau bayi dengan penyakit tertentu terdiri dari 18 tempat tidur.
 - k. Ruang khusus, yang terdiri dari:
 - 1) Ruang atau kamar operasi, tersedia 6 kamar.
 - 2) Ruang persalinan, tersedia 5 tempat tidur untuk persalinan.
 - 3) Ruang endoskopi, ruangan yang dilengkapi dengan alat endoskopi yang berfungsi mendeteksi penyakit dalam.
 2. Penunjang medik, seperti:
 - a. Instalasi laboratorium

- b. Instalasi radiologi
 - c. Fisioterapi
 - d. Instalasi farmasi
 - e. Instalasi gizi
 - f. Layanan rehabilitasi medic
3. Penunjang non medik, seperti bina rohani

Berikut adalah kesesuaian antara persyaratan pelayanan medik rumah sakit kelas B menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dengan pelayanan medik yang ada di RS Islam Jemursari Surabaya.

Tabel 4.2 Analisis Ketersediaan Pelayanan RS kelas B Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 dengan Pelayanan di RS Islam Jemursari Surabaya

No.	Persyaratan pelayanan Rumah Sakit kelas B berdasarkan Permenkes No 56 Tahun 2014	Ketersediaan Pelayanan di RS Islam Jemursari	
		Ada	Tidak ada
A. Pelayanan Gawat Darurat		√	
B. Pelayanan Medik Spesialis Dasar			
1	Pelayanan Penyakit Dalam	√	
2	Kesehatan Anak	√	
3	Bedah	√	
4	Obstetri Dan Ginekologi	√	
C. Pelayanan Medik Spesialis Penunjang			
1	Anestesiologi	√	
2	Radiologi	√	
3	Patologi Klinik	√	
4	Patologi Anatomi	√	
5	Rehabilitasi Medik	√	
D. Pelayanan Medik Spesialis Lain (Minimal Ada 8 Jenis Pelayanan)			
1	Mata	√	
2	THT	√	
3	Syaraf	√	
4	Jantung Dan Pembuluh Darah	√	
5	Kulit Dan Kelamin	√	
6	Kedokteran Jiwa	√	
7	Paru	√	
8	Orthopedi	√	
9	Urologi	√	
10	Bedah Syaraf	√	
11	Bedah Plastik	√	

12	Kedokteran Forensik		√
E. Pelayanan Medik Subspesialis (Minimal Ada 2 Jenis Pelayanan)			
1	Spesialisasi Bedah	√	
2	Penyakit Dalam	√	
3	Kesehatan Anak	√	
4	Obstetri Dan Ginekologi	√	
F. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Dan Mulut (Minimal Ada 3 Jenis Pelayanan)			
1	Bedah Mulut	√	
2	Konservasi/Endodonsi	√	
3	Orthodonti	√	
G. Pelayanan Kefarmasian		√	
H. Pelayanan Keperawatan Dan Kebidanan		√	
I. Pelayanan Penunjang Klinik		√	
J. Pelayanan Penunjang Nonklinik		√	
K. Pelayanan Rawat Inap		√	
Total		33	1

Sumber: Rencana Strategi Bisnis RS Islam Jemursari tahun 2017-2021

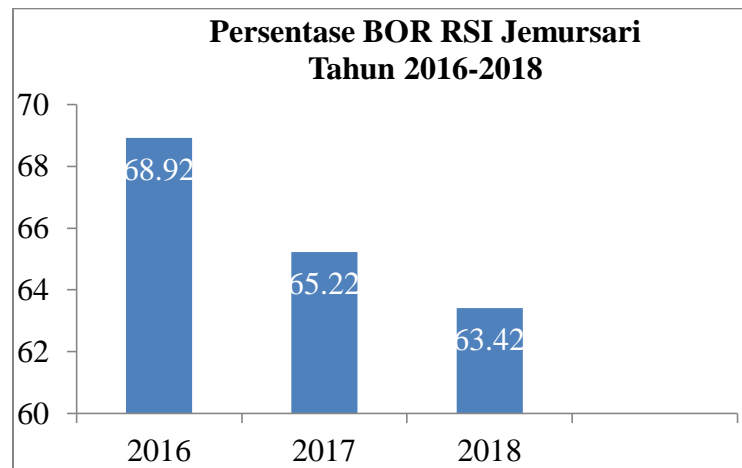
Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pelayanan yang tersedia di RS Islam Jemursari telah memenuhi syarat pelayanan Rumah Sakit Umum Kelas B sebesar 97,05% yaitu 33 jenis pelayanan yang terpenuhi dari 34 jenis pelayanan. RS Islam Jemursari dianggap telah memenuhi syarat pelayanan Rumah Sakit Umum Kelas B karena tersedianya pelayanan medik berupa pelayanan gawat darurat, empat pelayanan medik dasar, lima pelayanan medik spesialis penunjang, 11 pelayanan medik spesialis lain, empat pelayanan medik subspesialis, dan tiga pelayanan medik spesialis gigi dan mulut; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan penunjang klinik; pelayanan penunjang nonklinik; dan pelayanan rawat inap. Meskipun dalam tabel analisis pelayanan medik RS Islam Jemursari menunjukkan adanya ketidakterediaan salah satu pelayanan medik spesialis lain yaitu pelayanan kedokteran forensik, namun RS Islam Jemursari telah memenuhi syarat minimal sebagai Rumah Sakit Kelas B menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Rumah Sakit Kelas B harus memiliki minimal delapan pelayanan medik spesialis lain dari total 12 pelayanan medik spesialis lain, sedangkan kondisi di RS Islam Jemursari telah terdapat 11 jenis pelayanan medik spesialis lain kecuali pelayanan kedokteran forensik.

4.1.6 Kinerja RS Islam Jemursari

Kinerja RS Islam Jemursari dapat dilihat dari efisiensi pengelolaan rumah sakit. Parameter yang umum digunakan untuk mengukur efisiensi rumah sakit adalah *Bed Occupancy Rated* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Bed Turn Over* (BTO), *Turn Over Interval* (TOI), *Net Death Rate* (NDR), dan *Gross Death Rate* (GDR). Berikut ini merupakan penjelasan kinerja RS Islam Jemursari berdasarkan telaah dokumen yang ada di RS Islam Jemursari.

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan presentase pemakaian tempat tidur pada waktu tertentu yang didefinisikan sebagai rasio jumlah hari perawatan RS terhadap jumlah tempat tidur dikalikan dengan jumlah hari dalam satuan waktu. Berikut hasil BOR RS Islam Jemursari pada tahun 2016 – 2018:



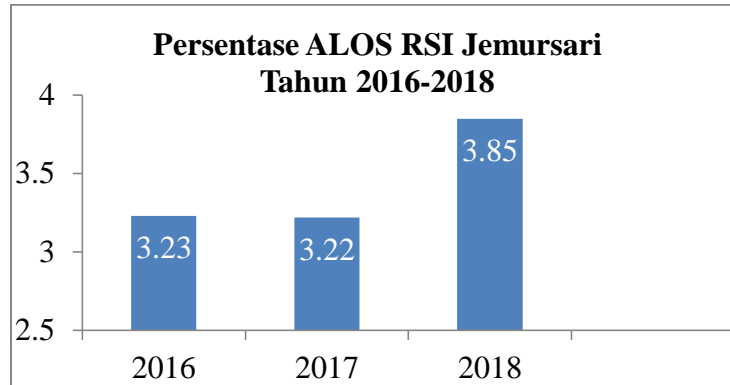
Gambar 4.2 Persentase BOR RSI Jemursari Tahun 2016-2018

Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa pemakaian tempat tidur RS Islam Jemursari pada tahun 2016 adalah sebesar 68,92% dan mengalami penurunan pada tahun 2017 menjadi 65,22%. Begitu juga pada tahun 2018 terjadi penurunan menjadi 63,42%.

2. *Average Length of Stay* (ALOS)

Average Length of Stay (ALOS) yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien di rumah sakit. Berikut merupakan ALOS RS Islam Jemursari pada tahun 2016-2018.



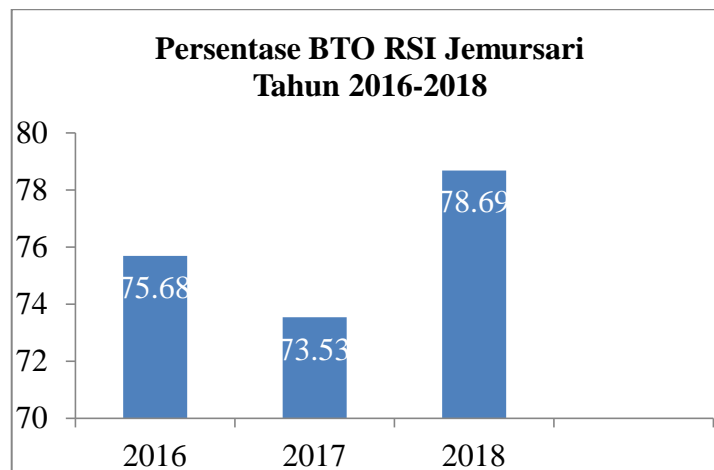
Gambar 4.3 Persentase ALOS RSI Jemursari Tahun 2016-2018

Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa rata-rata lama rawat di RS Islam Jemursari mengalami kenaikan pada tahun 2017 hingga 2018. Pada tahun 2016 ALOS sebesar 3,23 hari dan sedikit menjadi lebih rendah pada tahun 2017, kemudian mengalami kenaikan signifikan pada tahun 2018 yaitu menjadi 3,85 hari.

3. *Bed Turn Over* (BTO)

Bed Turn Over (BTO) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu. Berikut merupakan hasil BTO RS Islam Jemursari tahun 2016 – 2018:



Gambar 4.4 Persentase BTO RSI Jemursari Tahun 2016-2018

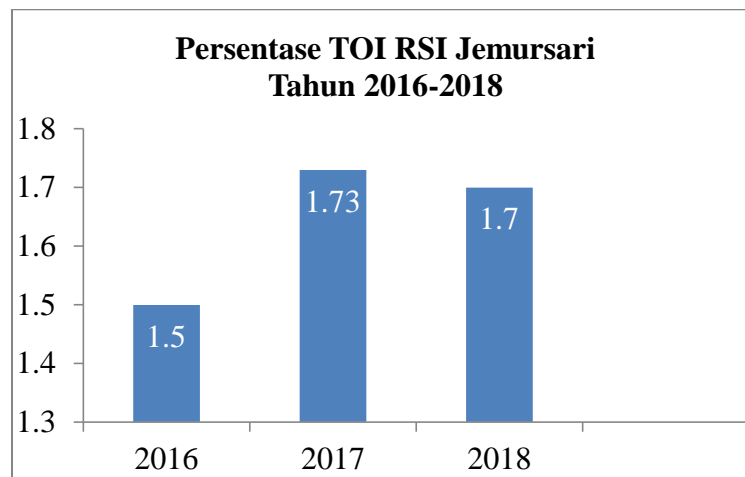
Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa frekuensi pemakaian tempat tidur di RS Islam Jemursari pada tahun 2016 adalah sebesar 75,68 kali. Pada

tahun 2017 mengalami penurunan menjadi 73,53 kali dan mengalami kenaikan signifikan menjadi 78,69 kali pada tahun 2018.

4. *Turn Over Interval* (TOI)

Turn Over Interval (TOI) yaitu rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran efisiensi penggunaan tempat tidur. Berikut merupakan hasil TOI RS Islam Jemursari pada tahun 2016 – 2018:



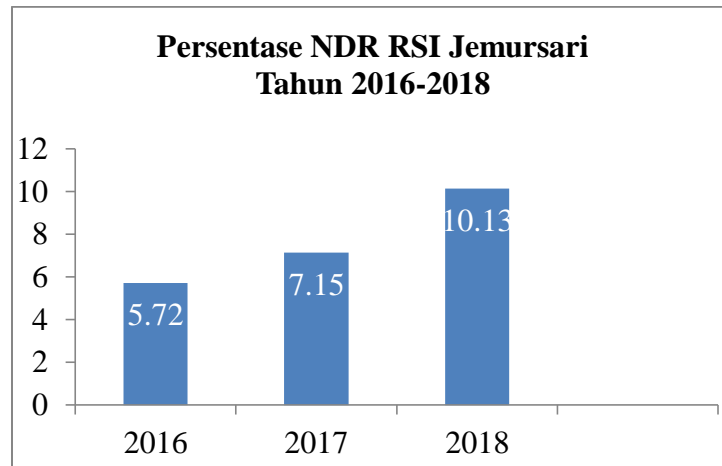
Gambar 4.5 Persentase TOI RSI Jemursari Tahun 2016-2018

Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa TOI RS Islam Jemursari pada tahun 2015 adalah sebesar 1,5 hari, pada tahun 2016 terjadi kenaikan menjadi 1,73 hari pada tahun 2017 dan 1,7 hari pada tahun 2018.

5. *Net Death Rate* (NDR)

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Berikut merupakan hasil NDR RS Islam Jemursari pada tahun 2016 – 2018:



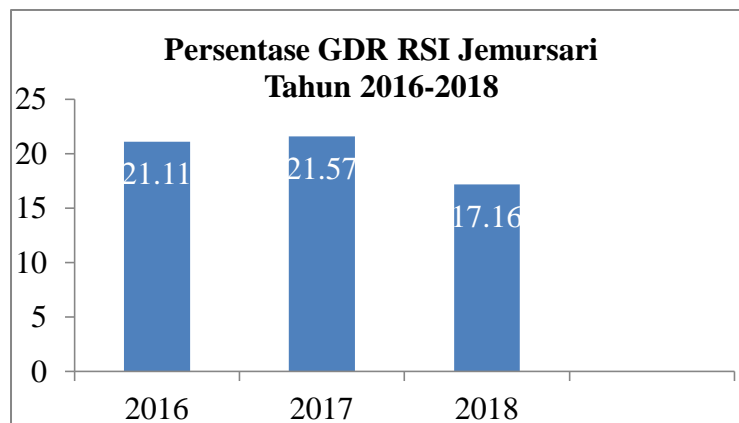
Gambar 4.6 Persentase NDR RSI Jemursari Tahun 2016-2018

Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa NDR di RS Islam Jemursari terus mengalami peningkatan selama tahun 2016-2018. Mulai dari 5,72 kematian pada tahun 2016 menjadi 7,15 pada tahun 2017 dan terakhir sebesar 10,13 kematian pada tahun 2018.

6. *Gross Death Rate (GDR)*

Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum untuk 1000 penderita keluar. Berikut merupakan hasil GDR RS Islam Jemursari pada tahun 2016 – 2018:



Gambar 4.7 Persentase GDR RSI Jemursari Tahun 2016-2018

Sumber : Data Sekunder Unit Rekam Medis RS Islam Jemursari Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat diketahui bahwa GDR RS Islam Jemursari pada tahun 2016 adalah sebesar 21,11 kematian, pada tahun 2017 adalah sebesar 21,57 pada tahun 2017 dan menurun menjadi 17,16 kematian pada tahun 2018.

4.2 Gambaran Umum Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari

4.2.1 Profil Sub Komite Manajemen Risiko

Sub Komite Manajemen Risiko merupakan bagian dari Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RS Islam Jemursari. Sub Komite Manajemen Risiko sub komite yang bertanggungjawab terhadap terlaksananya manajemen risiko di rumah sakit mulai dari identifikasi risiko, FMEA hingga pelaksanaan tindak lanjut. Sub Komite Manajemen Risiko terdiri dari Ketua Sub Komite, Sekretaris, Anggota (Penunjang Medis; Pemeliharaan Sarana; dan K3) dan *Quality champion link* (perwakilan setiap unit di RS). Kegiatan rutin lain dari Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari adalah pemaparan laporan identifikasi risiko sampai tindak lanjut dalam pertemuan Komite PMKP setiap 3 bulan sekali.

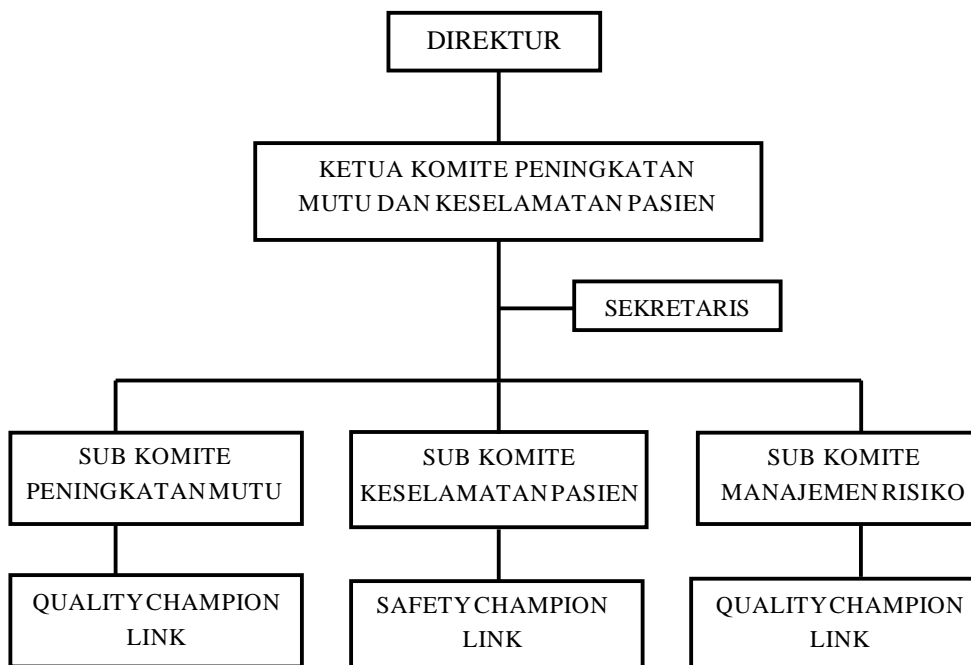
Menurut panduan manajemen risiko RS Islam Jemursari, manajemen risiko adalah aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, pengunjung dan institusi rumah sakit. Manajemen risiko dapat dibedakan berdasarkan lima kategori berikut:

1. Manajemen Risiko Klinis adalah suatu upaya sistematis rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko akibat pelaksanaan pelayanan medik pada pasien. Manajemen risiko klinis juga dapat disebut sebagai program keselamatan pasien.
2. Manajemen Risiko Non Klinis adalah suatu upaya sistematis rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko akibat pelaksanaan pelayanan non medik.
3. Manajemen Risiko Keuangan adalah suatu upaya sistematis rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko terkait masalah keuangan.
4. Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah suatu upaya sistematis rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko akibat pekerjaan dan lingkungan kerja.
5. Manajemen Risiko Keamanan adalah suatu upaya sistematis rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko akibat penculikan bayi dan kehilangan harta benda.

4.2.2 Struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko

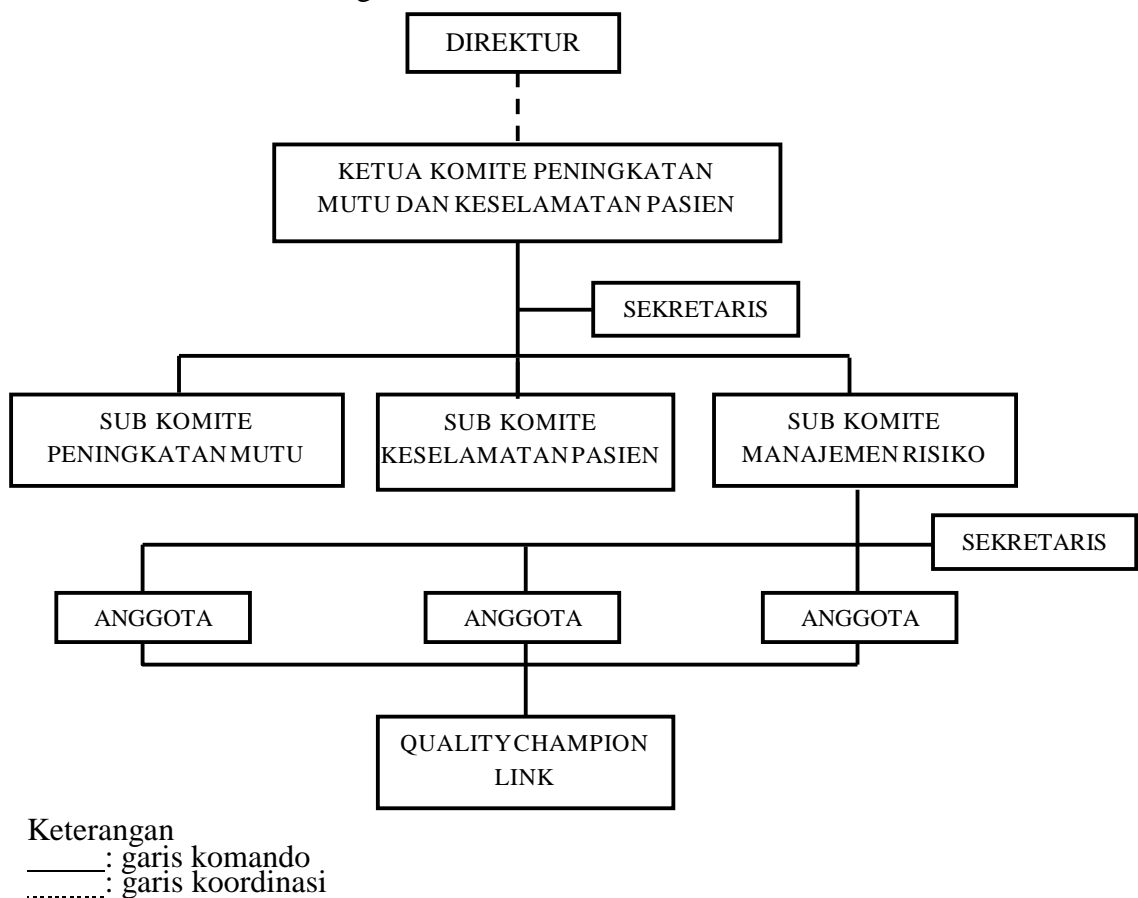
Struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari tertulis di Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP dan Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari. Akan tetapi terdapat sedikit perbedaan pada struktur organisasi yang tertulis pada kedua dokumen tersebut. Pada dokumen Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP, digambarkan posisi Ketua Komite PMKP berada di bawah garis komando Direktur, sedangkan pada Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari digambarkan dengan Ketua Komite PMKP berada di posisi paling atas atau tidak berada di garis komando Direktur. Pada kedua dokumen tersebut tidak ada perbedaan struktur bagi Sub Komite Manajemen Risiko sebagai bagian dari Komite PMKP, namun pada Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari telah disebutkan nama pada setiap posisi mulai dari ketua komite, sekretaris komite, ketua sub komite, sekretaris sub komite, anggota komite, dan *quality champion link* dari setiap unit. Dibawah ini merupakan gambar struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari yang terdapat pada dokumen Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP :



Gambar 4.8. Struktur Organisasi Komite PMKP
Sumber : Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP

Pada gambar di atas, Sub Komite Manajemen Risiko berada di bawah garis komando Ketua Komite PMKP dan Direktur Utama. Sub Komite Manajemen Risiko memiliki garis komando terhadap *quality champion link* yang merupakan perwakilan setiap unit untuk menggerakkan program manajemen risiko di setiap unit masing-masing. Hasil telaah pada struktur organisasi pada dokumen pedoman pengorganisasian komite PMKP diatas juga memiliki perbedaan dengan struktur organisasi yang ada pada dokumen Rencana Strategi Bisnis RS Islam Jemursari Tahun 2017-2021. Berdasarkan hasil telaah, gambar struktur organisasi dari Sub Komite Manajemen Risiko yang ada pada Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP belum menerapkan fungsi garis komando dan garis koordinasi. Sehingga diperlukan adanya penyempurnaan pada struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko. Berikut ini adalah usulan struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko berdasarkan analisis dokumen Pengorganisasian Komite PMKP dengan menerapkan fungsi garis komando dan koordinasi dalam struktur organisasi:



Gambar 4.9. Usulan Struktur Organisasi Komite PMKP

4.2.3 Job Description dan Job Specification Sub Komite Manajemen Risiko

Berdasarkan hasil telaah dokumen Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP dan Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari, maka dapat diketahui bahwa Sub Komite Manajemen Risiko belum memiliki *job description* yang dijadikan acuan setiap SDM dalam menjalankan tugasnya. Pada dokumen pedoman hanya disebutkan uraian tugas bagi masing-masing pelaksana manajemen risiko. Berikut ini merupakan uraian tugas bagi Sub Komite Manajemen Risiko :

Tabel 4.3. Uraian Tugas Sub Komite Manajemen Risiko

Jabatan	Uraian Tugas
Ketua Sub Komite Manajemen Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membuat rencana dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit. 2) Melakukan pengorganisasian program manajemen risiko rumah sakit. 3) Melakukan identifikasi risiko dari seluruh unit dan tempat di rumah sakit bersama dengan quality champion link. 4) Melakukan analisis risiko bersama dengan quality champion link. 5) Melakukan evaluasi risiko bersama dengan quality champion link. 6) Merencanakan implementasi dan tindak lanjut pengelolaan risiko yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit. 7) Melakukan evaluasi FMEA terhadap kegiatan/proses yang dinilai berisiko tinggi di rumah sakit.
Sekretaris Sub Komite Manajemen Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melaksanakan kegiatan administrasi dan dokumentasi kegiatan manajemen risiko rumah sakit. 2) Membantu Ketua dalam melakukan pendokumentasian identifikasi risiko dari seluruh unit dan tempat di rumah sakit bersama dengan quality champion link. 3) Membantu Ketua dalam melakukan pendokumentasian analisis risiko bersama dengan quality champion link. 4) Membantu Ketua dalam melakukan pendokumentasian evaluasi risiko bersama dengan quality champion link. 5) Membantu Ketua dalam melakukan pendokumentasian rencana tindak lanjut pengelolaan risiko yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit.

	6) Membantu Ketua dalam kegiatan administrasi FMEA.
Anggota Sub Komite Manajemen Risiko	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan implementasi pengelolaan risiko bersama dengan unit terkait. 2) Membantu Ketua dalam membuat rencana dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit. 3) Membantu Ketua dalam melakukan pengorganisasian program manajemen risiko rumah sakit. 4) Membantu Ketua dalam melakukan identifikasi risiko dari seluruh unit dan tempat di rumah sakit bersama dengan quality champion link. 5) Membantu Ketua dalam melakukan analisis risiko bersama dengan quality champion link. 6) Membantu Ketua dalam melakukan evaluasi risiko bersama dengan quality champion link. 7) Membantu Ketua dalam melakukan rencana tindak lanjut pengelolaan risiko yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit. 8) Melakukan implementasi pengelolaan risiko bersama dengan unit terkait. 9) Membantu Ketua dalam melakukan FMEA.
<i>Quality Champion Link</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membuat rencana dalam kegiatan manajemen risiko unit masing-masing. 2) Melakukan pengorganisasian program manajemen risiko pada unit masing-masing. 3) Melakukan identifikasi risiko dari unit masing-masing bersama dengan quality champion link lain. 4) Melakukan analisis risiko pada unitnya bersama dengan quality champion link lain dan Ketua Sub Komite Manajemen Risiko. 5) Melakukan evaluasi risiko pada unitnya bersama dengan quality champion link lain dan Ketua Sub Komite Manajemen Risiko. 6) Melakukan rencana tindak lanjut untuk pengelolaan risiko pada unitnya yang mungkin bisa dilakukan oleh unit sendiri atau unit lain. 7) Melakukan implementasi pengelolaan risiko pada unitnya atau unit lain bersama dengan unit terkait.

Sumber : Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari

Dokumen *job description* atau deskripsi tugas dibuat agar karyawan memahami tugas yang harus dikerjakan oleh setiap karyawan guna meningkatkan kinerja karyawan (Budiharjo, 2015). Manfaat *job description* yaitu:

1. Membantu menghindari ketidakpastian dan memberikan pemahaman atau penjelasan tentang apa yang harus dikerjakan
2. Mengeliminasi gap maupun tumpang tindih (*overlapping*) tanggung jawab
3. Memudahkan prosedur rekrutmen, pelatihan, dan berbagai aktifitas sumber daya manusia lainnya.
4. Membantu karyawan dalam merencanakan karir mereka.
5. Mengoptimalkan peran dan tanggungjawab pekerja
6. Memotivasi dan meningkatkan kemampuan pekerja.
7. Meningkatkan rasa tanggungjawab pekerja.
8. Menempatkan seseorang pada bagian yang tepat.
9. Sebagai batasan untuk menunjang mencapai visi dan misi organisasi.

Sedangkan berdasarkan hasil telaah kedua dokumen tersebut juga belum ditemukan adanya rincian terkait *job specification* bagi Sub Komite Manajemen Risiko, hanya terdapat pola ketenagaan dan kualifikasi personil bagi Komite PMKP pada Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP.

Tabel 4.4. Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil Komite PMKP

Nama Jabatan	Kualifikasi		Jumlah Kebutuhan
	Formal	Kompetensi	
Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien			
Ketua	S1/ sederajat	Memahami manajemen mutu rumah sakit	1
Sekretaris	S1/ sederajat	Memahami manajemen mutu rumah sakit Memiliki kemampuan administratif	1
Sub Komite Peningkatan Mutu			
Ketua	S1/ sederajat	Memahami manajemen mutu rumah sakit	1
Sekretaris	S1/ sederajat	Memahami manajemen mutu rumah sakit Memiliki kemampuan administratif	1
Quality Champion Link	D3/ sederajat	Memiliki dedikasi dan integritas dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit	3
Sub Komite Keselamatan Pasien			
Ketua	S1/ sederajat	Memahami manajemen keselamatan pasien rumah sakit	1
Sekretaris	S1/ sederajat	Memahami manajemen keselamatan pasien rumah sakit Memiliki kemampuan administratif	1

Safety Champion Link	D3/ sederajat	Memiliki dedikasi dan integritas dalam kegiatan keselamatan pasien rumah sakit	1 Orang Setiap Unit
Sub Komite Manajemen Risiko			
Ketua	S1/ sederajat	Memahami manajemen risiko di rumah sakit	1
Sekretaris	S1/ sederajat	Memahami manajemen risiko di rumah sakit Memiliki kemampuan administratif	1
Quality Champion Link	D3/ sederajat	Memiliki dedikasi dan integritas dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit	1 Orang Setiap Unit

Sumber : Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP

Pada Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil Komite PMKP di dokumen Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP disebutkan kualifikasi yang harus dipenuhi oleh ketua, sekretaris, dan *quality champion link* Sub Komite Manajemen Risiko. Namun belum terdapat kualifikasi untuk anggota Sub Komite Manajemen Risiko. Berikut ini merupakan analisis kesesuaian kualifikasi dan ketersediaan personil Sub Komite Manajemen Risiko pada dokumen pedoman dengan kondisi nyata yang ada di RS Islam Jemursari.

Tabel 4.5. Kesesuaian Kualifikasi dan Ketersediaan Personil Sub Komite Manajemen Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan

No	Jabatan	Kualifikasi Personil Sub Komite Manajemen Risiko	Kesesuaian Kualifikasi		Ketersediaan Personil	
			Sesuai	Tidak Sesuai	Ada	Tidak ada
1.	Ketua	- Pendidikan minimal S1/ sederajat - Memahami manajemen risiko di rumah sakit	√		√	
2.	Sekretaris	- Pendidikan minimal S1/ sederajat - Memahami manajemen risiko di rumah sakit - Memiliki kemampuan administratif		√	√	
3.	<i>Quality champion link</i>	- Pendidikan minimal D3/ sederajat - Memiliki dedikasi dan integritas dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit	√		√	
Total			2	1	3	0

Sumber: Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP

Berdasarkan tabel diatas, kesesuaian kualifikasi personil Sub Komite Manajemen Risiko yang tertulis di dokumen dengan kondisi nyata di lapangan sebesar 66,67% karena dari kualifikasi tiga jabatan yang telah diatur hanya dua jabatan pada Sub Komite Manajemen Risiko yang telah memenuhi kualifikasi yaitu Ketua Sub

Komite Manajemen Risiko dan *Quality Champion Link*. Sedangkan untuk jabatan Sekretaris Sub Komite Manajemen Risiko belum memenuhi kualifikasi karena jenjang pendidikan minimal yang tidak sesuai. Namun, menurut hasil wawancara dengan anggota Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3 menyatakan bahwa ketidaksesuaian status pendidikan minimal sekretaris tersebut dianggap lulus pada uji kualifikasi karena terpenuhinya kualifikasi yang lain dan pada saat penetapan posisi Sekretaris Sub Komite Manajemen Risiko juga dipertimbangkan mengenai status pengalaman kerja. Dari hasil telaah tersebut disimpulkan bahwa akan lebih baik apabila dilakukan penambahan kualifikasi salah satunya adalah status pengalaman kerja pada pedoman pengorganisasian Komite PMKP untuk menghindari terjadinya kesalah pahaman terutama bagi pihak luar yang mengetahui kondisi tersebut. Kemudian terkait dengan belum diaturnya kualifikasi untuk anggota Sub Komite juga perlu ditambahkan dalam pengorganisasian Komite PMKP agar dapat dilakukan evaluasi dan pengembangan komite yang lebih baik.

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa ketersediaan personil untuk setiap jabatan pada Sub Komite Manajemen Risiko pada kondisi di lapangan sebesar 100% yaitu satu orang sebagai ketua, satu orang sebagai sekretaris, tiga orang sebagai anggota (bagian K3, bagian pemeliharaan sarana, dan bagian penunjang medis), dan satu orang perwakilan dari 32 unit sebagai *quality champion link*.

Hasibuan (2010) mendefinisikan spesifikasi pekerjaan (*job spesification*) sebagai uraian persyaratan kualitas minimum orang yang bisa diterima agar dapat menjalankan satu jabatan dengan baik dan kompeten. *Job spesification* memiliki tujuan agar persyaratan bagi pekerja yang akan direkrut menjadi jelas. *Job spesification* juga digunakan sebagai dasar untuk menyeleksi dini ditingkat luar perusahaan, artinya sebelum perusahaan menyeleksi sendiri dari sekian banyak calon pelamar dengan sendirinya jumlah peminat atau pelamar akan berkurang setelah membaca persyaratan yang tertulis dalam job spesifikasi. *Job spesification* juga sangat memegang peranan penting sebagai variabel pendukung keberhasilan tujuan dari sebuah perusahaan. Kualitas SDM yang memadai maka produktivitas perusahaan juga akan meningkat seiring dengan meningkatnya kualitas SDM yang ikut berperan serta di dalamnya.

Job Spesification disusun berdasarkan uraian pekerjaan dengan menjawab pertanyaan tentang ciri, karakteristik, pendidikan, pengalaman, dan yang lainnya dari

orang yang melaksanakan pekerjaan tersebut dengan baik. *Specification* dikerjakan menunjukkan persyaratan orang yang akan direkrut dan menjadi dasar untuk melaksanakan seleksi. Manfaat *job specification* yaitu:

1. Sebagai pedoman bagi pekerja untuk menduduki sebuah pekerjaan.
2. Membantu pihak atasan untuk membuat batasan terhadap suatu spesifikasi pekerjaan.
3. Meningkatkan kualitas organisasi.

Berikut ini adalah usulan *Job Description* dan *Job Specification* Ketua Sub Komite Manajemen Risiko berdasarkan analisis dokumen Pengorganisasian Komite PMKP dan menyesuaikan beberapa konten *Job Description* menurut Mondy (2016):

	JOB DESCRIPTION & JOB SPECIFICATION	Kode Nomor	:
		Tanggal Pembuatan	:
		Perbaikan ke	:
		Tanggal Perbaikan	:
Jabatan	:	Ketua	
Unit	:	Sub Komite Manajemen Risiko	
Atasan Langsung	:	Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	
Bawahan Langsung	:	Anggota Tetap Sub Komite Manajemen Risiko	
Uraian Singkat			
Melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi dan action dalam rangka tata kelola Tim Manajemen Risiko Rumah Sakit Islam Jemursari.			
Tugas Pokok			
Membantu Direktur utama dalam merencanakan, mengarahkan, mengkoordinasikan, mengendalikan, mengevaluasi pelaksanaan program-program manajemen risiko di Rumah Sakit Islam Jemursari.			
Tanggungjawab			
Secara administratif dan struktural bertanggungjawab terhadap terlaksananya kegiatan manajemen risiko di Rumah Sakit Islam Jemursari yang dilakukan bersama dengan sub-sub komite lainnya.			
Uraian Tugas			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat rencana dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit. 2. Melakukan pengorganisasian program manajemen risiko rumah sakit. 3. Melakukan identifikasi risiko dari seluruh unit dan tempat di rumah sakit bersama dengan quality champion link. 4. Melakukan analisis risiko bersama dengan quality champion link. 5. Melakukan evaluasi risiko bersama dengan quality champion link. 6. Merencanakan implementasi dan tindak lanjut pengelolaan risiko yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit. 7. Melakukan evaluasi FMEA terhadap kegiatan/proses yang dinilai berisiko tinggi di rumah sakit. 			
Kualifikasi			
1. Pendidikan	:	S1/Sederajat	
2. Usia	:	30 tahun (minimal)	
3. Jenis Kelamin	:	L / P	
4. Pengalaman	:	5 tahun (minimal)	

Karakter Personal	
1. Jujur 2. Amanah 3. Disiplin 4. Memiliki kemampuan memimpin 5. Memiliki sikap dan pribadi yang dapat dijadikan role model bagi staf 6. Memiliki kemampuan komunikasi serta hubungan interpersonal dengan berbagai pihak 7. Berorientasi kepuasan pelanggan 8. Enerjik, kreatif dan inovatif 9. Memiliki motivasi kerja yang tinggi	
Kompetensi Bidang	
1. Menguasai manajemen perumahsakit 2. Menguasai manajemen risiko rumah sakit	
Yang Bersangkutan,	Atasan
(Ketua Sub Komite Manajemen Risiko)	(Ketua Komite PMKP)

Gambar.4.10 Usulan *Job Description* dan *Job Specification* Ketua Sub Komite Manajemen Risiko (Mondy, 2016)

4.2.4 Kebijakan dan pedoman Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Sub Komite Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari memiliki kebijakan dan pedoman yang dijadikan acuan. Berikut ini merupakan kebijakan dan pedoman terkait keselamatan pasien di RS Islam Jemursari.

1. Keputusan Direktur RS Islam Jemursari Nomor JS.A.SKR.299.10.18 tentang Penyempurnaan Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari
2. Pedoman Pengorganisasian Komite PMKP
3. Panduan Manajemen Risiko

Kebijakan merupakan sebuah alat atau instrumen untuk mengatur penduduk dari atas ke bawah, dengan cara memberi *rewards* dan *sanctions* (Marzali, 2006). Menurut Dunn, kebijakan publik adalah sebuah list pilihan suatu tindakan yang saling terhubung yang disusun oleh sebuah instansi atau pejabat pemerintah antara lain dalam sebuah bidang pertahanan, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, pengendalian kriminalitas, dan sebuah pembangunan perkotaan. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa

kebijakan adalah instrumen yang terdiri dari suatu tindakan yang saling terhubung dan disusun oleh sebuah instansi atau pejabat pemerintahan.

Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari telah memiliki kebijakan terkait pengorganisasian dan pedoman pelaksanaan manajemen risiko. Kebijakan pelaksanaan manajemen risikodiperuntukkan bagi seluruh unit yang ada di RS Islam Jemursari terkait dengan pelaksanaan kegiatan manajemen risiko. Dalam proses manajemen risiko K3 RS Islam Jemursari masih mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087 Tahun 2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit sebagai kebijakan luar organisasi. Sedangkan saat ini telah terdapat peraturan yang lebih terbaru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. Oleh karena itu, diperlukan penyesuaian pelaksanaan manajemen risiko dengan acuan kebijakan luar organisasi yang baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

4.2.5 Standar Prosedur Operasional Sub Komite Manajemen Risiko (K3)

Berdasarkan hasil telaah dokumen dan wawancara dengan Anggota Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3, terdapat 5 Standar Prosedur Operasional utama terkait proses manajemen risiko di RS Islam Jemursari. Berikut ini adalah daftar SPO yang terdapat di Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3.

1. SPO Alur Risk Assessment
2. SPO Prosedur Penilaian Risiko Lingkungan Kerja
3. SPO Prosedur Penilaian Risiko Pekerjaan
4. SPO Pencatatan dan Pelaporan insiden kecelakaan kerja
5. SPO Pencatatan dan Pelaporan Penyakit Akibat Kerja

Dokumen SPO yang terdapat di Sub Komite Manajemen Risiko Rumah Sakit Islam Jemursari memiliki format yang sama dengan SPO di Pedoman Akreditasi Rumah Sakit.

Berikut ini merupakan salah satu contoh Standar Prosedur Operasional yang terdapat di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Islam Jemursari.

persyaratan standar pelayanan RS/Akreditasi RS, mendokumentasi langkah-langkah kegiatan, dan memastikan staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya. Oleh karena itu adanya SPO sangat penting dan berguna bagi organisasi.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2012) mengemukakan persyaratan untuk menyusun Standar Prosedur Operasional. Berikut ini merupakan persyaratan untuk menyusun Standar Prosedur Operasional.

1. Identifikasi kebutuhan

Mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO atau belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SPO masih efektif atau tidak.

2. Penulisan SPO dari yang melakukan pekerjaan

SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/Pimpinan RS hanya untuk menganggapi dan mengoreksi SPO tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SPO hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan pesonel/unit kerja dalam penyusunan SPO.

3. SPO harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan

Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim/Panitia diminta memberikan tanggapan.

4. Kejelasan SPO

Didalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.

5. SPO jangan menggunakan kalimat majemuk. Subyek, predikat dan obyek harus jelas.

6. SPO harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai.

7. SPO harus jelas ringkas dan mudah dilaksanakan

SPO pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SPO profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan IPTEK dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

Berikut ini merupakan tabel analisis ketersediaan antara SPO yang terdapat di Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3 di RS Islam Jemursari dengan format minimal yang ada pada Pedoman Akreditasi Nasional.

Tabel 4.6 Ketersediaan Konten Pada SPO Sub Komite Manajemen Risiko Menurut Format Minimal SPO (KARS, 2012)

No	Format SPO KARS (2012)	Ketersediaan konten pada SPO Sub Komite Manajemen Risiko	
		Ada	Tidak ada
A	Kotak <i>heading</i>		
1	Heading dan kotaknya dicetak pada setiap halaman	√	
2	Kotak rumah sakit (nama dan logo)	√	
3	Judul SPO	√	
4	Nomor dokumen	√	
5	Nomor revisi	√	
6	Halaman	√	
7	Tanggal terbit	√	
8	Ditetapkan direktur	√	
B	Isi		
1	Pengertian	√	
2	Tujuan	√	
3	Kebijakan	√	
4	Prosedur	√	
5	Unit Terkait	√	
Total		13	0

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa ketersediaan konten SPO yang terdapat di Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari menurut format SPO dari KARS (2012) sebesar 100% karena SPO yang terdapat di Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari telah memiliki 13 dari 13 konten pada format SPO KARS (2012). Kesesuaian dapat dilihat dari kotak *heading* dan isi SPO. Pada kotak *heading* terdapat persyaratan yang telah dipenuhi oleh Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari, yaitu *heading* dan kotaknya dicetak pada setiap halaman, terdapat nama dan logo rumah sakit, judul SPO, nomor dokumen, nomor revisi, halaman, tanggal SPO diterbitkan dan ditetapkan direktur. Sedangkan persyaratan isi yang telah terpenuhi adalah terdapat pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, dan unit terkait.

4.3 Pelaksanaan Manajemen Risiko K3

Pelaksanaan manajemen risiko K3 di RS Islam Jemursari melibatkan Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3 yang memiliki peran utama serta seluruh unit terkait yang berhubungan dengan pelaksanaan manajemen risiko K3 di lingkungan RS Islam Jemursari. Implementasi manajemen risiko K3 di RS Islam Jemursari dilakukan dengan menyusun *risk assessment* yang mencakup seluruh proses manajemen risiko terkait dengan potensi bahaya yang ada di rumah sakit terutama bahaya K3. *Risk assessment* dilakukan dengan menggunakan metode proaktif dan metode reaktif. Metode proaktif merupakan metode yang dilakukan sebelum adanya kejadian dengan mempelajari potensi risiko atau potensi bahaya yang akan ditimbulkan dari suatu kegiatan, sedangkan metode reaktif yaitu tindakan yang dilakukan setelah adanya kejadian. Pedoman *risk assessment* telah tersedia di RS Islam Jemursari berupa panduan manajemen risiko dan SPO *Risk Assessment*. Pedoman tersebut berguna sebagai acuan untuk melakukan manajemen risiko. Proses manajemen risiko di RS Islam Jemursari dilakukan setiap saat, karena proses pelayanan kesehatan dan lingkungan rumah sakit yang selalu padat risiko. Hasil pelaksanaan penilaian risiko yang telah disusun dalam bentuk laporan disampaikan dalam pertemuan komite setiap tiga bulan sekali dan dilaporkan kepada direktur dalam satu tahun sekali.

4.3.1 Identifikasi risiko

Identifikasi risiko di RS Islam Jemursari merupakan sebuah proses yang dilakukan secara 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. Pelaksanaan identifikasi risiko K3 di RS Islam Jemursari melibatkan seluruh unit kerja rumah sakit, sedangkan pencatatannya dilakukan oleh petugas K3 yang juga merupakan anggota sub komite manajemen risiko. Pencatatan risiko yang ditemukan dibedakan berdasarkan:

1. Kategori risiko (keselamatan pasien/K3/infeksi kontrol)
2. Sumber identifikasi
 - a. Laporan insiden
 - b. Komplain
 - c. Mitigasi

- d. Rapat unit kerja
 - e. Survey
 - f. Ronde
3. Lokasi
 4. Insiden/kejadian
 5. Sebab insiden/kejadian
 6. Jenis insiden (KPC, KNC, KTC, dan KTD)
 7. Tipe insiden
 8. Efek/dampak

Berdasarkan sumber identifikasi, pencatatan risiko dapat dilakukan melalui berbagai sumber identifikasi dan tidak hanya melibatkan anggota komite manajemen risiko saja, namun juga peran dari seluruh unit kerja. Dalam pelaksanaan identifikasi risiko secara umum di Rumah Sakit Islam Jemursari mengacu pada panduan manajemen risiko dan prosedur identifikasi risiko. Berikut ini merupakan analisis kesesuaian dan pelaksanaan prosedur identifikasi risiko berdasarkan SOP Identifikasi Risiko dengan kondisi pelaksanaan di lapangan yang ada di RS Islam Jemursari.

Tabel 4.7. Kesesuaian dan Pelaksanaan Prosedur Identifikasi Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan

No	Prosedur Identifikasi Risiko	Kesesuaian Prosedur		Pelaksanaan Prosedur	
		Sesuai	Tidak sesuai	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
1.	Identifikasi ruang/daerah/wilayah yang akan dinilai risikonya	√		√	
2.	Identifikasi bahaya dari risiko yang mungkin terjadi dan sebab kejadian.	√		√	
3.	Tentukan Jenis dan Type insiden	√		√	
4.	Identifikasi efek/dampak yang ditimbulkan dari risiko bahaya tersebut	√		√	
Total		4	0	4	0

Sumber: Prosedur identifikasi risiko

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa identifikasi risiko secara umum di RS Islam Jemursari telah 100% sesuai dengan prosedur yang ada pada SOP identifikasi risiko. Sedangkan untuk pelaksanaan setiap prosedur pada SPO juga sudah 100% dilaksanakan dalam proses identifikasi risiko di RS Islam Jemursari.

Pencatatan identifikasi risiko lebih banyak diperoleh melalui survei yang dilakukan oleh anggota Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3, tetapi terkadang

juga diperoleh melalui sumber identifikasi yang lain seperti laporan insiden dan rapat unit kerja. Namun dalam proses identifikasi risiko yang bersumber dari laporan insiden, masih terdapat beberapa ketidaksesuaian dengan prosedur yang ada. Pertama, masih adanya petugas rumah sakit yang belum memahami perbedaan antara insiden keselamatan pasien dan insiden kecelakaan kerja sehingga seringkali terjadinya insiden kecelakaan kerja tidak langsung diketahui oleh Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3 karena pelaporan insiden oleh petugas yang mengetahui kejadian dilakukan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kedua, belum adanya formulir pelaporan insiden kecelakaan kerja, petugas unit yang terkait dengan terjadinya insiden kecelakaan kerja melakukan pelaporan kepada Sub Komite Manajemen Risiko bagian K3 secara lisan melalui sambungan telepon atau bertemu langsung dan kemudian dicatat dalam formulir *Risk Assessment* oleh petugas manajemen risiko bagian K3. Berikut ini merupakan analisis kesesuaian dan pelaksanaan prosedur pelaporan insiden kecelakaan kerja RS Islam Jemursari berdasarkan SOP dengan kondisi yang ada di lapangan.

Tabel 4.8. Kesesuaian dan Pelaksanaan Prosedur Pelaporan Insiden Kecelakaan Kerja Pada SPO Dengan Kondisi Yang Ada Di Lapangan

No	Prosedur Pelaporan insiden kecelakaan kerja (Karyawan)	Kesesuaian Prosedur		Pelaksanaan Prosedur	
		Sesuai	Tidak sesuai	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
1.	Laporkan kepada petugas penanggung jawab ruangan	√		√	
2.	Hubungi dokter yang bertugas untuk memeriksa kondisi korban	√		√	
3.	Korban ditangani sesuai dengan prosedur pelayanan medis yang berlaku.	√		√	
4.	Isi formulir pelaporan insiden kecelakaan kerja		√		√
5.	Catat nama karyawan yang mengalami kecelakaan.		√	√	
6.	Tanggal dan jam kejadian dicatat dalam kolom yang tersedia.		√	√	
7.	Jenis kecelakaan dan tindak lanjutnya, misalnya diobati sendiri, dibawa ke Poli / IGD.		√	√	
8.	Paraf oleh Kepala Unit Kerja atau yang mewakili. Jika diperlukan kronologi mengenai kecelakaan yang agak lengkap bisa membuat dengan kertas tersendiri yang dilampirkan dalam laporan.		√	√	

9.	Formulir tersebut diserahkan oleh Petugas Penanggung Jawab Ruang kepada Petugas K3		√		√
10.	Petugas K3 menentukan apakah kecelakaan tersebut merupakan kecelakaan kerja	√		√	
Total		4	6	8	2


Sumber: Prosedur pelaporan insiden kecelakaan kerja

Berdasarkan tabel diatas, kesesuaian pelaporan insiden kecelakaan kerja di RS Islam Jemursari masih sebesar 40% dari total 100% prosedur yang terpenuhi pada SPO. Sedangkan 60% prosedur lainnya, pelaksanaannya belum sesuai dengan standar yang tertulis pada SPO pelaporan insiden kecelakaan kerja. Ketidaksesuaian pelaksanaan pelaporan insiden kecelakaan kerja dengan prosedur tersebut terjadi karena RS Islam Jemursari belum memiliki formulir pelaporan insiden kecelakaan kerja, sementara 60% proses pelaporan insiden kecelakaan kerja yang tertulis pada SPO berkaitan dengan ketersediaan form pelaporan insiden kecelakaan kerja.

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa pelaporan insiden kecelakaan kerja di RS Islam Jemursari telah melaksanakan 80% dari 10 prosedur yang ada pada SPO, dimana 20% lainnya berkaitan dengan serah terima form pelaporan insiden kecelakaan kerja yang belum tersedia. Pada SPO pelaporan insiden kecelakaan kerja diatur bahwa pencatatan data terkait insiden kecelakaan kerja dilakukan di form pelaporan insiden kecelakaan kerja yang nantinya akan dianalisis apakah insiden tersebut termasuk kecelakaan kerja untuk segera ditangani dan kemudian dicatat dalam form *Risk Assessment* Temuan bidang K3. Namun pada kondisi di lapangan, pelaporan insiden kecelakaan kerja dilakukan oleh unit terkait kepada petugas K3 secara lisan (melalui telepon atau bertemu langsung). Data insiden untuk proses analisis dan keputusan penanganan diperoleh hanya dari laporan lisan tersebut yang kemudian ditetapkan apakah insiden tersebut termasuk kecelakaan kerja.

Belum adanya form pelaporan selain mengakibatkan ketidaksesuaian pelaksanaan pelaporan insiden kecelakaan kerja dengan SPO juga dapat mengakibatkan efektifitas catatan data insiden berkurang dan tidak maksimalnya apabila akan dilakukan analisis lebih lanjut. Dari hasil telaah tersebut disimpulkan bahwa akan lebih baik apabila dilakukan pembuatan form pelaporan insiden kecelakaan kerja agar dalam

pelaksanaannya sesuai dengan SPO. Berikut ini adalah usulan form pelaporan insiden kecelakaan kerja yang diadaptasi dari form pelaporan insiden keselamatan pasien:

	Formulir Laporan Insiden / Kecelakaan Kerja Pada Sub Komite Manajemen Risiko
	LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)
	RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2X24 JAM
A. DATA KORBAN	
Nama : Umur : Tahun Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
B. INSIDEN	
Tanggal dan Waktu Insiden Tanggal : Jam : Insiden : Kronologis Insiden : Jenis Insiden : <input type="checkbox"/> Kondisi Potensial Cedera (KPC) <input type="checkbox"/> Kejadian Nyaris Cedera (KNC) <input type="checkbox"/> Kejadian Tidak Cedera (KTC) <input type="checkbox"/> Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / Kejadian Sentinel (<i>Sentinel Event</i>) Orang pertama yang melaporkan insiden* : <input type="checkbox"/> Karyawan : Dokter / perawat / petugas lainnya <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga / Pendamping pasien <input type="checkbox"/> Pengunjung <input type="checkbox"/> Lain-lain (sebutkan) Insiden terjadi pada*: <input type="checkbox"/> Karyawan : Dokter / perawat / petugas lainnya <input type="checkbox"/> Keluarga / Pendamping pasien <input type="checkbox"/> Pengunjung Tempat Insiden/Lokasi kejadian :	
C. INVESTIGASI INSIDEN	
Penyebab insiden : a. Penyebab langsung* : <input type="checkbox"/> Kondisi bahaya <input type="checkbox"/> Tindakan bahaya b. Penyebab tidak langsung* : <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Pekerjaan c. Penyebab dasar* : <input type="checkbox"/> Kurang prosedur <input type="checkbox"/> Kurang sarana <input type="checkbox"/> Kurang taat Akibat Insiden terhadap Pasien* : <input type="checkbox"/> Kematian <input type="checkbox"/> Cedera Irreversibel / Cedera Berat <input type="checkbox"/> Cedera Reversibel / Cedera Sedang <input type="checkbox"/> Cedera Ringan <input type="checkbox"/> Tidak ada cedera Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :	

..... Tindakan dilakukan oleh*: <input type="checkbox"/> Tim (terdiri dari) : <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> Petugas Lainnya(Sebutkan)			
Pembuat Laporan	:	Penerima Laporan	:
Paraf	:	Paraf	:
Tgl. Terima	:	Tgl. Lapo	:
(Diisi oleh petugas K3) Skor = Dampak x Probabilitas = X Skor = Grading Risiko Kejadian*: <input type="checkbox"/> BIRU <input type="checkbox"/> HIJAU <input type="checkbox"/> KUNING <input type="checkbox"/> MERAH NB. * = pilih satu jawaban.			

Gambar.4.12 Usulan Form Pelaporan Insiden Kecelakaan Kerja

4.3.2 Analisis risiko

Analisis risiko adalah upaya untuk memahami lebih dalam risiko yang telah teridentifikasi. Penilaian risiko dilakukan sebagai bentuk keberlanjutan proses manajemen risiko setelah risiko teridentifikasi. Pencatatan hasil analisis risiko juga dimasukkan dalam formulir *risk assessment* yang terlampir di Panduan Manajemen Risiko Tahun 2015. Analisis risiko di Sub Komite Manajemen Risiko dilakukan dengan tindakan proaktif dan reaktif. Untuk tindakan proaktif dengan menggunakan tool berupa Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), sedangkan untuk tindakan reaktif dengan menggunakan tool Root Cause Analysis (RCA).

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 adalah membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko. Menentukan prioritas risiko dengan mempertimbangkan 3 faktor yaitu peluang, frekuensi paparan dan akibat, seperti berikut :

TINGKAT RISIKO = PELUANG X FREKUENSI PAPAN X AKIBAT

Tabel. 4.9 Kriteria Peluang Risiko (P)

Nilai	Keterangan
10	<i>Almost certain</i> / Hampir pasti; Sangat mungkin akan terjadi /hampir dipastikan akan terjadi pada semua kesempatan.
6	<i>Quite possible</i> / Mungkin terjadi; Mungkin akan terjadi atau bukan sesuatu hal yang aneh untuk terjadi (50 : 50 kesempatan)
3	<i>Unusual but possible</i> / Tidak biasa namun dapat terjadi; Biasanya tidak terjadi namun masih ada kemungkinan untuk dapat terjadi tiap saat.
1	<i>Remotely possible</i> / Kecil kemungkinannya; Kecil kemungkinannya untuk terjadi / sesuatu yang kebetulan terjadi
0,5	<i>Conceivable</i> / Sangat kecil kemungkinannya; Belum pernah terjadi sebelumnya setelah bertahun-tahun terpapar bahaya / kecil sekali kemungkinannya untuk terjadi
0,1	<i>Practically impossible</i> / Secara praktek tidak mungkin terjadi; Belum pernah terjadi sebelumnya di manapun / merupakan sesuatu yang tidak mungkin untuk terjadi

Tabel 4.10. Kriteria Frekuensi Paparan Risiko (F)

Nilai	Keterangan
10	<i>Continue</i> / Terus-menerus; terjadi beberapa kali dalam sehari.
6	<i>Frequent</i> / Sering; terjadi harian / minimal sekali dalam sehari
3	<i>Occasional</i> / Kadang-kadang; terjadi seminggu sekali
2	<i>Infrequent</i> / Tidak sering; terjadi sekali antara seminggu sampai sebulan
1	<i>Rare</i> / Jarang; beberapa kali dalam setahun
0,5	<i>Very rare</i> / Sangat jarang; terjadi sekali dalam setahun
0	<i>No exposure</i> / Tidak terpapar; tidak pernah terjadi

Tabel 4.11. Kriteria Impact/Akibat Risiko (A)

Nilai	Keterangan
100	a. <i>Catastrophe</i> / Malapetaka/ Keuangan ekstrem b. Banyak kematian c. Kerugian sangat besar / berhenti total d. Kerugian keuangan > 10 Milyar

40	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Disaster</i> / Bencana/ Keuangan sangat berat b. Beberapa kematian c. Kerugian besar / sebagian proses berhenti d. Menyebabkan penyakit yang bersifat komunitas/endemik pada karyawan atau pasien e. Menyebabkan terhambatnya pelayanan hingga lebih dari 1 hari f. Kerugian keuangan > 5 M — 10M
15	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Very serious</i>/ Sangat serius/ Keuangan berat b. Menyebabkan satu kematian, kerugian cukup besar c. Memperberat atau menambah penyakit pada beberapa pasien atau karyawan d. Menyebabkan penyakit yang bersifat permanen atau kronis (HIV, Hepatitis, keganasan, Tuli, gangguanfungsi organ menetap). e. Menyebabkan terhambatnya pelayanan lebih dari 30 menit hingga 1 hari f. Kerugian keuangan 1 — 5 Milyar
7	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Serious</i>/Serius/ Keuangan sedang b. Menyebabkan cedera serius seperti cacat atau kehilangan anggota tubuh permanen c. Menyebabkan penyakit yang memerlukan perawatan medis lebih dari 7 hari dan dapat disembuhkan d. Menyebabkan terhambatnya pelayanan kurang dari 30 menit. e. Kerugian keuangan 500 jt — 1 Milyar
3	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Casualty treatment</i>/ Perawatan medis/ Keuangan ringan b. Menyebabkan cedera/penyakit yang memerlukan perawatan medis atau tidak dapat masuk bekerja hingga 7 hari c. Kerugian keuangan 50 juta — 500 juta
1	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>First aid treatment</i>/P3K/ Keuangan sangat ringan b. Cidera tidak serius / minor seperti lecet, luka kecil dan hanya perlu penanganan P3K c. Kerugian keuangan s/d 50 juta

Proses menganalisa risiko yang perlu dipertimbangkan adalah dampak dari risiko tersebut bila benar terjadi. Risiko yang dampaknya besar harus segera ditindaklanjuti dan mendapatkan perhatian dari pimpinan. Risiko yang dampaknya medium rendah akan dikelola oleh Manager Umum bersama Kepala Unit Kerja untuk membuat rencana tindak lanjut dan pengawasan.

Tabel 4.12 Kriteria Skor Risiko (R)

Skor	Kriteria	Keterangan
Lebih dari 400	Sangat tinggi	Hentikan kegiatan dan perlu perhatian manajemen puncak.
200 - 400	Tinggi	Perlu mendapat perhatian dan manajemen puncak dan tindakan perbaikan segera dilakukan.
70 - 199	Substantial	Lakukan perbaikan secepatnya dan tidak diperlukan keterlibatan pihak manajemen puncak.
20 - 69	Menengah;	Tindakan perbaikan dapat dijadwalkan kemudian dan penanganan cukup dilakukan dengan prosedur yang ada
<20	Rendah	Risiko dapat diterima

Dalam pelaksanaan analisis risiko di Rumah Sakit Islam Jemursari mengacu pada panduan manajemen risiko dan prosedur penilaian risiko. Berikut ini merupakan analisis kesesuaian prosedur penilaian risiko dengan kondisi pelaksanaan di lapangan yang ada di RS Islam Jemursari.

Tabel 4.13. Kesesuaian dan Pelaksanaa Penilaian Risiko Sub Komite Manajemen Risiko Pada Pedoman Dengan Kondisi Di Lapangan

No	Prosedur Identifikasi Risiko	Kesesuaian Prosedur		Pelaksanaan Prosedur	
		Sesuai	Tidak sesuai	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
1.	Analisis risiko yang ditimbulkan dengan menilai peluang, akibat, dan frekuensi kejadian	√		√	
2.	Kalikan hasil penilaian peluang, akibat dan frekuensi untuk memperoleh Total Nilai Risiko	√		√	
3.	Rencanakan pengendalian dampak yang mungkin ditimbulkan	√		√	
4.	Catat pada lembar <i>Risk Assessment</i>	√		√	
5.	Lakukan perencanaan dan pelaksanaan pengendalian risiko.	√		√	
6.	Evaluasi dan pantau pengendalian risiko.	√		√	
7.	Laporkan hasil evaluasi kepada Direktur	√		√	
Total		7	0	7	0

Sumber: Prosedur penilaian risiko

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa penilaian atau analisis risiko secara umum di RS Islam Jemursari telah 100% sesuai dengan semua prosedur yang ada pada SOP analisis risiko. Sedangkan untuk pelaksanaan setiap prosedur analisis risiko juga sudah 100% dilaksanakan dalam proses analisis risiko di RS Islam Jemursari.

4.3.3 Evaluasi risiko

Tujuan dari evaluasi risiko adalah membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko. Proses evaluasi risiko akan menentukan risiko-risiko mana yang memerlukan perlakuan dan bagaimana prioritas perlakuan atas risiko-risiko tersebut. Hasil evaluasi risiko akan menjadi masukan bagi proses perlakuan risiko.

Hasil analisis risiko menjadi masukan untuk dievaluasi lebih lanjut menjadi urutan prioritas perlakuan risiko, sekaligus menyaring risiko-risiko tertentu untuk tidak ditindaklanjuti atau diperlakukan khusus. Keputusan tindak lanjut tersebut mempertimbangkan:

1. Identifikasi potensial risiko dan *hazard*
2. Menelusuri siapa dan apa yang dapat dirugikan serta bagaimana caranya.
3. Evaluasi temuan risiko, analisa apakah pengelolaannya sudah cukup atau perlu diubah untuk mencegah terjadinya insiden.
4. Catat temuan lalu buat rencana pengelolaannya.
5. Evaluasi pengelolaan secara menyeluruh dan perbaiki bila perlu

Tabel 4.14 Kriteria Skor Risiko (R)

Skor	Kriteria	Keterangan
Lebih dari 400	Sangat tinggi	Hentikan kegiatan dan perlu perhatian manajemen puncak.
200 - 400	Tinggi	Perlu mendapat perhatian dari manajemen puncak dan tindakan perbaikan segera di lakukan.
70 - 199	Substantial	Lakukan perbaikan secepatnya dan tidak diperlukan keterlibatan pihak manajemen puncak.
20 - 69	Menengah;	Tindakan perbaikan dapat dijadwalkan kemudian dan penanganan cukup dilakukan dengan prosedur yang ada
<20	Rendah	Risiko dapat diterima

Dalam menentukan kriteria risiko tersebut di atas maka pengertian pengendalian risiko harus ikut diperhatikan. Karena dapat saja hasil kriteria risiko berdasarkan analisis risiko masuk kriteria risiko tinggi, tetapi karena pengendalian risikonya efektif, maka risiko tersisa menjadi kecil, sehingga kategorinya menjadi risiko rendah. Dalam kondisi semacam ini perhatian akan difokuskan pada keberadaan pengendalian risiko dan apakah pengendalian risiko tersebut cukup efektif atau tidak. Hasil dari evaluasi risiko adalah menunjukkan peringkat risiko yang memerlukan penanganan lebih lanjut atas dasar risiko yang tersisa dan efektifitas pengendalian risiko yang ada.

4.3.4 Perlakuan risiko

Perlakuan risiko adalah 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 melalui langkah-langkah antisipatif yang direncanakan dan dilakukan secara rutin untuk mengurangi risiko.

Tahapan pengendalian risiko tersebut adalah :

- a. Eliminasi (menghilangkan bahaya), merubah proses, metode atau bahan untuk menghilangkan bahaya yang ada.
- b. Substitusi (mengganti), material, zat atau proses dengan material, zat, proses lain yang tidak kurang berbahaya

- c. Rekayasa engineering atau rekayasa teknik, menyingkirkan bahaya dari pasien atau karyawan atau pengunjung dengan memberi perlindungan, menyimpan di suatu ruang atau waktu terpisah.
 - d. Pengendalian secara administrasi misalnya pengawasan, pelatihan, rotasi, sosialisasi atau adanya Standar Prosedur Operasional (SPO).
 - e. Memberi Alat pelindung Diri (APD), digunakan sebagai alternatif terakhir setelah kita telah berusaha melakukan 4 tindakan perbaikan di atas.
2. Penanganan, yaitu langkah-langkah yang diambil atau direncanakan untuk mengurangi risiko jika tindakan pengendalian belum memadai..

Salah satu bentuk mitigasi atau pengurangan dampak risiko yang dilakukan RS Islam Jemursari adalah pemasangan dan pemeliharaan alat pemadam api ringan (APAR) sebagai upaya mengurangi dampak risiko terjadinya kebakaran di lingkungan rumah sakit. Berikut ini merupakan analisis kesesuaian dan pelaksanaan prosedur pemeliharaan APAR dengan kondisi di lapangan yang ada di RS Islam Jemursari.

Tabel 4.15. Kesesuaian Dan Pelaksanaan Prosedur Pemeliharaan APAR Pada SOP Dengan Kondisi Di Lapangan

No	Prosedur Identifikasi Risiko	Kesesuaian Prosedur		Pelaksanaan Prosedur	
		Sesuai	Tidak sesuai	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
1.	Setiap APAR diperiksa rutin 4 kali setahun	√		√	
2.	Tulis tanggal, nama pemeriksa, paraf dan keterangan (keterangan ringkas mengenai hasil pemeriksaan) pada kartu pemeriksaan yang tergantung di setiap APAR	√		√	
3.	Catat hasil pemeriksaan dalam buku pemeriksaan peralatan	√		√	
4.	Yang diperiksa adalah : a. Penempatan : 1. Mudah dilihat 2. Mudah dijangkau 3. Mudah diambil 4. Tidak ada barang yang menghalangi. b. Tanda Penempatan / Pemasangan : 1. Tanda “ALAT PEMADAM API” harus ada. 2. Tanda “ALAT PEMADAM API” harus terlihat dari jarak cukup jauh. c. Segel : Periksa kondisi segel, APAR harus	√ √ √ √ √ √ √ √		√ √ √ √ √ √ √ √	

tersegel.				
d. Jarum Manometer : Lihat posisi jarum berada di daerah hijau.	√		√	
e. Pin: Periksa kondisi Pin tertancap.	√		√	
f. Selang : Periksa kondisi selang (pecah/sobek,keras/tersumbat)	√		√	
g. Tabung :				
1. Periksa kebersihan tabung	√		√	
2. Tidak ada cacat (karat) pada tabung.		√	√	
h. Isi Tabung : Periksa isi tabung dengan mengocok/mombolak-balikkan tabung.	√		√	
i. Nozzle Periksa kondisi Nozzle, apakah pecah, hilang	√		√	
j. Juklak : Periksa apakah juklak sudah tertempel pada tabung APAR		√	√	
Total	16	2	18	0

Sumber: Prosedur pemeliharaan APAR

Berdasarkan tabel diatas, kesesuaian proses pemeliharaan APAR di RS Islam Jemursari masih sebesar 88,89% dari total 100% (16 dari 18) prosedur yang terpenuhi pada SPO. Sedangkan 11,11% prosedur pemeliharaan APAR di RS Islam Jemursari belum sesuai dengan standar yang tertulis pada SPO. Standar pemeliharaan APAR yang belum terpenuhi di RS Isalam Jemursari meliputi masih adanya satu dari 67 APAR dengan kondisi cat tabung yang terkelupas (cacat) karena letak yang langsung terpapar sinar matahari, dan masih ada 5 dari 67 APAR yang belum dilengkapi juklak karena baru dilakukan pemasangan di bangunan baru. Sementara dari tabel diatas juga dapat diketahui bahwa pemeliharaan APAR di RS Islam Jemursari telah melaksanakan 100% dari 18 prosedur yang ada pada SPO.

4.3.5 Monitoring atau review

Monitoring dilakukan melalui pemantauan rutin terhadap kinerja aktual proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana atau harapan yang akan dihasilkan. Sedangkan review dilakukan melalui peninjauan atau pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan magang di Sub Komite Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari adalah sebagai berikut:

- a. RSI Jemursari Surabaya merupakan rumah sakit kelas B yang terletak di Jalan Jemursari Nomor 51-57 Surabaya yang dibangun pada tahun 1992 dan mulai beroperasi pada 25 Mei 2002. RSI Jemursari Surabaya telah memiliki 239 tempat tidur pada tahun 2017. Pelayanan unggulan *profit* RSI Jemursari Surabaya adalah pelayanan hemodialisa dan pelayanan unggulan *non profit* adalah pelayanan pembinaan kerohanian.
- b. Sub Komite Manajemen Risiko merupakan bagian dari Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RS Islam Jemursari . Sub Komite Manajemen Risiko sub komite yang bertanggungjawab terhadap terlaksananya manajemen risiko di rumah sakit mulai dari identifikasi risiko, FMEA hingga pelaksanaan tindak lanjut. Sub Komite Keselamatan Pasien RS Islam Jemursari belum memiliki tugas pokok dan fungsi yang berguna untuk menunjukkan hal-hal yang harus dilakukan.
- c. SDM di Sub Manajemen Risiko belum memiliki dokumen *job description* dan *job specification* akan tetapi telah tersedia uraian tugas dan kualifikasi personil berdasarkan jabatan pada Pedoman Pengorganisasian Manajemen Risiko RS Islam Jemursari. Kualifikasi SDM Sub Komite Manajemen RS Islam Jemursari telah sesuai dengan peraturan pada Pedoman Pengorganisasian Manajemen Risiko RS Islam Jemursari.
- d. Proses manajemen risiko di RS Islam Jemursari mencakup identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, perlakuan risiko dan monitoring dan review yang dilaksanakan sesuai dengan SPO tentang proses manajemen risiko yang tersedia di Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari.

5.2 Saran

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, terdapat beberapa saran yang diusulkan berdasarkan kajian normatif terhadap pelaksanaan kegiatan magang di Sub Manajemen Risiko RS Islam Jemursari. Berikut ini merupakan saran yang dapat diberikan oleh penulis, yaitu:

- a. Menyusun tugas pokok dan fungsi yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) agar Sub Komite Manajemen Risiko memiliki batasan kerja yang lebih jelas.
- b. Memperbarui penulisan struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari disertai dengan fungsi garis komando dan garis koordinasi.
- c. Membuat *job description* dan *job specification* Sub Komite Manajemen Risiko RS Islam Jemursari.
- d. Membuat alur pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien berdasarkan SPO pencatatan manajemen risiko dan pelaporan kecelakaan atau penyakit akibat kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Aquinas, P. G., 2008. *Organizational Structure and Design: Application & Challenges*. New Delhi: Excel Books.
- Budihardjo, M., 2014. *Panduan Praktis Menyusun SOP*. Jakarta: Raih Asa Sukses.
- Cahyono, J. B. S. B., 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Davis, W. S. & Yen, D. C., 2000. *The Information System Consultant's Handbook: Systems Analysis and Design*. Florida: CRC Press LLC.
- Joiner Assocs., Inc. Staff, 2002. *Flowcharts: Plain & Simple*. Madison: Oriel Incorporated.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Marzali, A., 2006. *Antropologi dan Kebijakan Publik*. Jakarta: Prenamedia.
- Mondy, Wayne and Joseph J. Martocchio. 2016. *Human Resource Management, 14th edition: Pearson Education*
- P, A., 2016. *Langkah-langkah Efektif Menyusun SOP (Standard Operating Procedures)*. Depok: Huta Publisher.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
- Robbins, S. P. & Judge, T. A., 2007. *Organizational Behavior*. 12th penyunt. New Jersey: Pearson Education.
- Setyaningsih, Y., Wahyuni, I., Jayant, S. 2010. Analisis Potensi Bahaya dan Upaya Pengendalian Risiko Bahaya Pada Pekerja Pemecah Batu. *Jurnal Pengendalian Risiko Kerja*. Semarang. 4(3). 29-42.
- Sukoco, B. M., 2007. *Manajemen Administrasi Perkantoran Modern*. Jakarta: Erlangga.
- Undang-Undang Republik Indonesi Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- WHO. 2019. *Hospitals*. <https://www.who.int/hospitals/en/>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Jawaban Permohonan Izin Magang



Nomor : JS.A.SKR.0327.01.19
Perihal : Jawaban Permohonan Izin Magang

Kepada :
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Kampus C Mulyorejo
Surabaya 60115

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sholawat dan salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah SAW, semoga Saudara beserta staf selalu dalam keadaan sehat wal'afiat.

Memindaklanjuti surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Nomor : 9503/UN3.1.10/PPd/2018 Tanggal 26 Desember 2018 Perihal Izin Magang bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kegiatan tersebut dilaksanakan di RS Islam Jemursari sebagaimana proposal terlampir atas nama sebagai berikut :

No	Nama Mahasiswa	NIM
1.	Husnul Khatimah	101511133010
2.	Mulyaminingrum	101511133040
3.	Feni Choirun Nisa	101511133152
4.	Ainunnizam A.F.	101511133158

Untuk teknis pelaksanaan dan pembiayaan dapat menghubungi Bidang Penelitian dan Pengembangan RS Islam Jemursari dengan *contact person* : Himmatuzzakiya, S.KM (085733322362).

Demikian pemberitahuan dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya, kami menyampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 17 Januari 2019

Direktur,



Prof. Dr. dr. Rochmad Romdoni, Sp.PD, Sp.JP (K)

Tembusan :

1. Manajer Penelitian & Pengembangan RS Islam Jemursari

Lampiran 2. Daftar Hadir Mahasiswa Magang

UNIT KEMITRAAN DAN PENELITIAN
 DEPARTEMEN PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN
 RUMAH SAKIT ISLAM JEMURSARI
 Jl. Jemursari no. 51 - 57 Surabaya 60237 Telp. 031-8471877 ext. 8336

NAMA SISWA / MAHASISWA : MULYAMININGRUM
 INSTANSI/ PRODI : FKM UNAIR
 SEMESTER / KELAS : VIII
 TEMPAT/ RUANG PRAKTEK :

DAFTAR HADIR MAHASISWA/SISWA PRAKTEK












NO	MINGGU KE	SENIN			SELASA			RABU			KAMIS			JUM'AT			SABTU			MINGGU		
		TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD	TGL	DTG	TTD
1	Pertama	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30
2	Kedua	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30
3	Ketiga	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30
4	Keempat	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30	08.30
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						















Surabaya,
 Pembimbing / CE Ruangan,
 (.....)

RAMAH, SENYUM, IKHLAS DAN SALAM

Lampiran 3. Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang
Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Mulyamingrum
 NIM : 101511133040
 Tempat Magang : Sub Komite Manajemen Risiko (K3) RS Islam Jemursari Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1	a. Orientasi magang b. Mempelajari panduan Manajemen Risiko c. Melakukan pengecekan kondisi selang hydrant di luar gedung	
Hari ke-2	a. Mempelajari panduan Risk Assessment b. Mempelajari panduan FMEA c. Melakukan pengecekan hydrant dalam gedung d. Melihat pembuatan surat pengajuan pengadaan kelengkapan hydrant	
Hari ke-3	a. Mempelajari proses HVA dan HIRA b. Melakukan dokumentasi kecelakaan kerja c. Membantu merekap daftar kecelakaan kerja d. Mempelajari SOP kegiatan K3	
Hari ke-4	a. Melakukan dokumentasi kecelakaan kerja b. Mempelajari struktur organisasi RS Islam Jemursari c. Mempelajari <i>job description</i> Sub Komite Manajemen Risiko	
Hari ke-5	a. Melakukan pengecekan APAR b. Mempelajari tata hubungan kerja Sub Komite Manajemen Risiko	
Hari ke-6	a. Melakukan pengecekan APAR	
Minggu ke-2		
Hari ke-1	a. Melakukan pengecekan APAR	
Hari ke-2	Libur (Tahun Baru Imlek)	
Hari ke-3	a. Melengkapi kelengkapan APAR (pemberian juklak baru) b. Membantu proses penentuan area berisiko (listrik dan air)	
Hari ke-4	a. Membantu proses penentuan area berisiko (B3) b. Mempelajari pola ketenagaan dan kualifikasi personil Sub Komite Manajemen Risiko	
Hari ke-5	a. Mempelajari struktur organisasi Sub Komite Manajemen Risiko b. Mempelajari dan melakukan simulasi risk assessment di Ruang Laundry	

	c. Melakukan pengecekan kondisi helm K3	
Hari ke-6	a. Melihat proses <i>safety brief</i> b. Melakukan simulasi risk assessment di Ruang Zahira	
Minggu ke-3		
Hari ke-1	a. Melihat pembuatan denah area berisiko b. Melihat proses penilaian area berisiko c. Mempelajari SOP, Panduan Manajemen Risiko, dan <i>job description</i> d. Melakukan <i>risk assessment</i> Ruang Zahira	
Hari ke-2	a. Melengkapi kelengkapan APAR (form pengecekan)	
Hari ke-3	a. Melakukan dokumentasi kecelakaan kerja	
Hari ke-4	a. Mempelajari proses telusur fasilitas b. Membantu rekap hasil telusur fasilitas	
Hari ke-5	a. Mempelajari daftar periksa (<i>instrumen MFK</i>)	
Hari ke-6	a. Mempelajari dan membantu pembuatan laporan HVA	
Minggu ke-4		
Hari ke-1	a. Mendesain rambu penunjuk arah jalan b. Membantu proses pengarsipan dokumen akreditasi c. Melakukan pengecekan APAR	
Hari ke-2	a. Membantu proses pengarsipan dokumen akreditasi b. Melihat pembuatan surat pengajuan pengadaan c. Mempelajari peraturan baru K3RS (PMK No 66 Tahun 2016 tentang K3RS) d. Membantu proses penyesuaian panduan dengan <i>peraturan baru</i>	
Hari ke-3	a. Mempelajari SK tentang Manajemen Risiko b. Melihat proses pengajuan pembaruan panduan pengelolaan limbah	
Hari ke-4	a. Membuat grafik pemeriksaan suhu dan kelembapan tahun 2018 b. Melakukan review terhadap naskah <i>safety brief</i> c. Melakukan penempelan rambu jalur evakuasi	
Hari ke-5	a. Mengumpulkan data b. Mengerjakan laporan	
Hari ke-6	a. Mengumpulkan data b. Mengerjakan laporan	

Lampiran 5. Berita Acara Perbaikan (BAP) Seminar Magang**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR MAGANG**

Nama : Mulyamingrum
 NIM : 101511133040
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 06 Maret 2019
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Laporan Magang : Proses Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya
 Dosen Penguji : Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	-	Menambahkan proses munculnya manajemen risiko yang digambarkan dalam bentuk matriks dan form
2	-	Menambahkan form kesesuaian untuk menganalisis setiap kegiatan selama magang dibandingkan dengan peraturan yang berlaku
3	-	Memperbaiki teknik penulisan

Dosen Penguji,



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.

NIP 196509141996011001

**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR MAGANG**

Nama : Mulyamingrum
 NIM : 101511133040
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 06 Maret 2019
 Program Studi : SI Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Laporan Magang : Proses Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya
 Dosen Penguji : Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	Tinjauan Pustaka	Menambahkan batasan tentang manajemen risiko dan manajemen insiden keselamatan pasien.
2	30	Melengkapi kerangka operasional dengan arah panah.
3	47	Mengkonfirmasi kepada pihak RS apakah diperbolehkan menampilkan struktur organisasi yang dilengkapi nama pegawai (diletakkan di lampiran).
4	48	Menanyakan lebih jelas terkait format <i>job description</i> baku yang dimiliki RS.
5	48	Memperhatikan penyetaraan istilah "uraian tugas" dan " <i>job description</i> ", harus dikonfirmasi ke RS terlebih dahulu.
6	57	Menanyakan lebih jelas terkait format SPO baku yang dimiliki RS.
7	67	Saran dan usulan disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di RS, apabila menyarankan standar baru harus disertai diskusi dalam pembahasan.

Dosen Penguji,



Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.
 NIP. 196604201992032002

**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR MAGANG**

Nama : Mulyamingrum
 NIM : 101511133040
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 06 Maret 2019
 Program Studi : SI Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Laporan Magang : Proses Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya
 Dosen Penguji : Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes.

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	58	Menambahkan pembahasan proses manajemen risiko dengan pendekatan sistem (input-proses-output) yang mencakup 5W+1H
2	-	Memperhatikan kualitas gambar pendukung yang jelas dan terbaca dengan baik

Dosen Penguji,



Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes.
 NIP 197510181999032002

**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR MAGANG**

Nama : Mulyamingrum
 NIM : 101511133040
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 06 Maret 2019
 Program Studi : SI Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Laporan Magang : Proses Manajemen Risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya
 Dosen Penguji : Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes.

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	2	Memperhatikan kesesuaian tujuan khusus dan hasil penjabaran
2	Tinjauan Pustaka	Menambahkan batasan tentang manajemen risiko dan manajemen insiden keselamatan pasien.
3	42	Memperhatikan teknik penulisan keterangan gambar
4	48	Memperhatikan teknik penulisan keterangan gambar
5	54	Memperhatikan teknik penulisan keterangan gambar
6	58	Menambahkan pembahasan tentang proses metode manajemen risiko di RS.

Dosen Penguji,



Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes.
 NIP 198805032014042004